

Bevorderende en belemmerende factoren voor het toepassen van Samen Beslissen bij de behandeling van vrouwen met urineweginfecties zonder tekenen van weefselinvasie in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief onderzoek

Drs. Tessa M.Z.X.K. van Horrik

Dr. Tamara N. Platteel

Dr. Annelies Colliers

In samenwerking met:

Prof. Dr. Sibyl Anthierens

Dr. Marco H. Blanker

Drs. Antoinette A. van Driel

Dr. Eefje de Bont

Prof. Dr. Jochen Cals

Dr. Bart J. Laan

Prof. Dr. Suzanne E. Geerlings

Dr. Roderick P. Venekamp



Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Inhoudsopgave | 2 |
| Samenvatting..... | 3 |
| Inleiding..... | 4 |
| Methoden..... | 5 |
| Studie opzet en setting..... | 5 |
| Onderzoeksteam | 5 |
| Steekproefgrootte | 6 |
| Selectie van deelnemers | 6 |
| Topiclijst ontwikkeling..... | 6 |
| Codering en analyse van de interviews..... | 7 |
| Resultaten | 8 |
| Deelnemers | 8 |
| Interviews met zorgverleners..... | 10 |
| 1. De organisatie van de diagnostiek en behandeling van UWI’s in de huisartsenpraktijk is ingericht om snel en efficiënt te zijn | 11 |
| 2. Zorgverleners veronderstellen dat zij handelen naar de wensen en verwachtingen van hun patiënten, maar passen hierbij vaak geen SDM toe met betrekking tot het al dan niet antibiotisch behandelen van een cystitis | 15 |
| 3. Zorgverleners zien ondanks de barrières wel enige ruimte om de UWI-zorg te veranderen om SDM vaker toe te passen in het beleid | 19 |
| Interviews met gezonde niet-zwangere vrouwen (patiënten) met ervaring met cystitis | 23 |
| 1. De behoefte aan SDM van een niet-zwangere gezonde vrouw met een cystitis hangt af van de hulpvraag die ze op dat moment heeft..... | 24 |
| 2. Een deel van de patiënten staat open voor SDM, maar specifieke kennis over diverse behandelopties ontbreekt..... | 25 |
| 3. Een deel van de gezonde, niet-zwangere vrouwen heeft vertrouwen dat SDM kan worden toegepast door de doktersassistent..... | 29 |
| Discussie en aanbevelingen..... | 31 |
| Limitaties | 31 |
| Bevindingen en aanbevelingen | 31 |
| Referenties | 34 |
| Bijlagen..... | 36 |
| Bijlage 1 Topiclijst voor zorgverleners versie 29-6-2022..... | 36 |
| Bijlage 2 Topiclijst voor patiënten versie 30-9-2022 | 39 |
| Bijlage 3 Logic model voor shared decision making..... | 41 |

Samenvatting

Achtergrond

Urineweginfecties (UWI) zijn een van de meest voorkomende aandoeningen in de Nederlandse huisartsenpraktijk en worden meestal behandeld met antibiotica. Dit is bij gezonde niet-zwangere vrouwen met een ongecompliceerde UWI, ofwel cystitis, niet altijd nodig aangezien deze aandoening ook met een afwachtend beleid kan genezen. Zorgverleners wordt geadviseerd om samen beslissen, ook wel shared decision making (SDM) genoemd, te gebruiken om de verschillende behandelopties van een cystitis met vrouwen te bespreken. Echter, in de praktijk wordt SDM nog maar weinig toegepast.

Methoden

We verrichtten een kwalitatief onderzoek door middel van individuele semigestructureerde interviews met zorgverleners en vrouwen met een UWI in de voorgeschiedenis om de belemmerende en bevorderende factoren voor het toepassen van SDM in de huisartsenpraktijk te onderzoeken. Het onderzoek vond plaats van mei tot en met oktober 2022. De interviews werden online uitgevoerd via Microsoft Teams of telefonisch. We gebruikten thematische inductieve analyse en datamanagement werd ondersteund door Nvivo versie 12.7.0 voor Mac.

Resultaten

Tien huisartsen, zeven doktersassistenten en vijftien vrouwen met een UWI in de voorgeschiedenis werden geïnterviewd. Er werden verschillende belemmerende en bevorderende factoren van het toepassen van SDM geïdentificeerd. Ten eerste is de diagnostiek en behandeling van UWI's zo ingericht in de huisartsenpraktijk dat deze zo efficiënt mogelijk is en wordt de patiënt nauwelijks betrokken bij de behandelkeuze. Daarnaast beschouwen zorgverleners niet-antibiotische behandelopties als minder effectief dan antibiotische behandeling, wat belemmert om deze optie als gelijkwaardige optie te bespreken met patiënten. Patiënten geven aan dat hun behoefte aan SDM vooral afhangt van de hulpvraag die ze hebben wanneer zij contact opnemen met de huisartsenpraktijk. Daarbij zien patiënten ook voordelen in het gebruik van SDM en worden ze graag betrokken bij de behandelkeuze. Tot slot zien zorgverleners wel enkele mogelijkheden om SDM toe te passen in de dagelijkse praktijk. Doktersassistenten zouden hierin een prominente rol kunnen spelen mits zij hiervoor de middelen en vaardigheden verkrijgen. Doktersassistenten staan hier ook voor open. Bovendien denken zorgverleners dat het toepassen van SDM op de lange termijn tijdswinst kan opleveren en patiënten zelfredzamer kan maken.

Conclusie

Het weinig frequent toepassen van SDM bij de behandeling voor cystitis bij gezonde niet-zwangere vrouwen in de huisartsenpraktijk lijkt met name te zijn vanwege organisatorische factoren en negatieve opvattingen van huisartsen over niet-antibiotische behandelopties. Toch geven vrouwen met cystitis aan voordelen te zien van SDM, afhankelijk van hun hulpvraag. Doktersassistenten zouden hierin een sleutelrol kunnen spelen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het ontwikkelen van op maat gemaakte interventies gebaseerd op de belemmerende en bevorderende factoren die we geleerd hebben uit dit onderzoek.

Inleiding

Urineweginfecties (UWI's) komen in de huisartsenpraktijk veel voor. In 2021 betrof de incidentie van cystitis/urine­weg­infecties in de Nederlandse huisartsenpraktijk 116,5 per 1000 vrouwen en 19,8 per 1000 mannen[1]. UWI's worden veelal behandeld met antibiotica en mede hierdoor behoren UWI's tot de indicaties met de meeste antibioticavoorschriften in de eerste lijn [2, 3].

Bij gezonde, niet zwangere vrouwen met een UWI zonder tekenen van weefselinvasie (hierna “cystitis” genoemd, zie tabel 1) is het echter ook een optie om initieel de spontane genezing af te wachten [4-6]. Voordelen van een dergelijk afwachtend beleid zijn dat de patiënt geen risico loopt op mogelijke bijwerkingen van de antibiotica en dat de kans op resistentie-ontwikkeling voor het individu en de populatie wordt verminderd [7, 8]. Er is wel een iets groter risico op complicaties, zoals een pyelonefritis (het absolute risicoverschil is ongeveer 1,6%) [9-12]. De weging van deze voor- en nadelen is erg persoonlijk en daarmee voor elk individu anders. De NHG-Standaard Urineweginfecties beveelt daarom aan om als zorgverlener met gezonde, niet zwangere vrouwen met een cystitis, in gesprek te gaan over de verschillende behandelopties en deze samen te wegen [13]. Dit wordt “samen beslissen” of “shared decision making” (SDM) genoemd [14]. De diverse opties die hierbij volgens de richtlijn overwogen kunnen worden zijn directe behandeling met antibiotica, een afwachtend beleid met pijnstilling en een uitgesteld antibiotica recept [13]. In het laatste geval worden antibiotica al wel voorgeschreven, maar wordt de patiënt geïnstrueerd deze pas in te nemen als klachten toenemen of aanhouden.

De resultaten van eerdere onderzoeken, onder andere in Nederland, suggereren dat het gebruik van SDM bij gezonde, niet zwangere vrouwen met een cystitis kan leiden tot een vermindering in antibioticagebruik en dat zowel zorgverleners (huisartsen en doktersassistenten) als patiënten hiervoor open staan [5, 15-18]. In de praktijk blijkt SDM echter nog weinig frequent te worden toegepast. Dit gaf aanleiding tot het verbeter signaal binnen het traject ‘Zinnige zorg Urineweginfecties’ in 2021 om meer SDM toe te passen bij de behandeling van gezonde, niet zwangere vrouwen met een cystitis in de huisartsenpraktijk [19].

Het meer toepassen van SDM vereist echter een drastische verandering van het huidige beleid bij UWI's in de huisartsenpraktijk. Het bewerkstelligen van gedragsverandering is notoir uitdagend en behelst een complex samenspel van diverse factoren, waaronder kennis en vaardigheden, mogelijkheden, en motivatie [20].

Om meer inzicht te verkrijgen of een toename van SDM bij de behandeling van gezonde, niet zwangere vrouwen met een cystitis in de huisartsenpraktijk kans van slagen heeft én waar toekomstige interventies die dit trachten te bewerkstelligen zich op zouden moeten richten, verrichtten we in opdracht van Zorginstituut Nederland een kwalitatief onderzoek onder zowel zorgverleners als patiënten.

Methoden

Studie opzet en setting

We verrichtten een kwalitatief onderzoek bestaande uit semigestructureerde individuele interviews met zowel zorgverleners uit de eerstelijns (huisartsen en doktersassistenten) als patiënten (vrouwen die in de afgelopen twee jaar één of meerdere cystitiden hebben gehad waarvoor ze hun huisartsenpraktijk contacteerden). In dit kwalitatieve onderzoek werden twee onderzoeksvragen beantwoord: één over belemmerende en bevorderende factoren voor het toepassen van SDM en één over belemmerende en bevorderende factoren voor het gepast inzetten van urinekweken. In dit verslag worden de methoden en resultaten beschreven van de onderzoeksvraag over SDM. De resultaten over het gepast inzetten van urinekweken worden in een apart rapport beschreven [21]. Tabel 1 bevat een overzicht van de definities die we binnen dit onderzoek hebben gehanteerd.

Na het verkrijgen van toestemming van de deelnemers werden semigestructureerde interviews uitgevoerd op basis van een topiclijst (bijlagen 1 en 2), gericht op identificatie van belemmerende en bevorderende factoren voor gebruik van SDM bij de behandeling van gezonde, niet zwangere vrouwen met een cystitis. De interviews vonden telefonisch of digitaal via Microsoft Teams plaats van mei tot en met september 2022. Alle interviews werden met toestemming van deelnemers opgenomen met een audiorecorder of via Microsoft Teams.

Tabel 1. Definities van de gebruikte termen

| Onderwerp | Definitie of beschrijving |
|---|--|
| Zorgverlener | Huisarts of doktersassistent |
| UWI met/zonder tekenen van weefselinvasie | Urinerweginfecties met tekenen van weefselinvasie (zoals pyelonefritis) gaan, in tegenstelling tot infecties waarbij alleen de lagere urinewegen betrokken zijn, doorgaans gepaard met een of meer van de volgende symptomen: koorts, algemene malaise, (koude) rillingen, flank- of perineumpijn, tekenen van sepsis en delier. Bij een urineweginfectie zonder tekenen van weefselinvasie (cystitis) zijn voorgenoemde symptomen afwezig. |
| Recidiverende UWI | Tenminste drie gediagnosticeerde UWI's in een jaar. |

UWI: urineweginfectie

Onderzoeksteam

- Drs. Tessa van Horrik: arts-onderzoeker (promovenda). In aanvulling op de gespreksvaardigheden die zij heeft opgedaan in haar opleiding tot basisarts heeft zij een zesdaagse cursus ‘Qualitative Health Research’ gevolgd.
- Dr. Annelies Colliers: praktiserend huisarts met ervaring in kwalitatief onderzoek naar infectieziekten en antibioticagebruik in de eerstelijnszorg.
- Dr. Tamara Platteel: assistant professor en praktiserend huisarts met ervaring in onderzoek naar urineweginfecties in de huisartsenpraktijk.
- Prof. dr. Sibyl Anthierens: associate professor en socioloog met ervaring in kwalitatief en implementatieonderzoek in de eerstelijnszorg.
- Dr. Marco Blanker: assistant professor, praktiserend huisarts en epidemioloog met als aandachtsgebied urologie.

- Drs. Antoinette van Driel: huisarts en promovenda met als aandachtsgebied antibioticagebruik voor urineweginfecties.
- Dr. Eefje de Bont: assistent professor en praktiserend huisarts met ervaring in kwalitatief onderzoek in de huisartsenpraktijk en aandachtsgebied infectieziekten.
- Prof. Dr. Jochen Cals: hoogleraar effectieve diagnostiek in de huisartsengeneeskunde en praktiserend huisarts.
- Dr. Bart Laan: arts in opleiding tot internist met ervaring in onderzoek naar het terugdringen van niet-gepaste zorg.
- Prof. dr. Suzanne Geerlings: hoogleraar kwaliteit van zorg en internist-infectioloog.
- Dr. Roderick Venekamp: associate professor, praktiserend huisarts en epidemioloog.

Steekproefgrootte

Op basis van eerdere ervaringen werd ingeschat dat data sufficiëntie zou worden bereikt met 10 tot 20 interviews per groep (zorgverleners en patiënten). We beschouwden de data sufficiënt wanneer er geen nieuwe inzichten en thema's meer naar boven kwamen uit de interviews.

Selectie van deelnemers

Er werd een doelgerichte sample geselecteerd om voldoende variatie aan deelnemerskarakteristieken te bewerkstelligen. Doelgericht selecteren is de meest gangbare manier van het samenstellen van een steekproef bij kwalitatief onderzoek. Hierbij wordt voorafgaand aan het onderzoek bepaald welke variatie er gewenst is in de deelnemersgroep. Deze kenmerken worden geselecteerd op basis van literatuur, eerdere ervaringen of theorie die relevant worden geacht voor het onderzoek. In dit onderzoek werd er gestreefd naar een gevarieerde groep deelnemers wat betreft geslacht, het aantal jaren werkervaring, het type huisartsenpraktijk (bijv. solopraktijk of gezondheidscentrum) en de regio waarin zij werkzaam zijn (Noord-, Midden- of Zuid-Nederland). Daarbij streefden we ernaar om huisartsen en doktersassistenten te interviewen die niet in dezelfde praktijk werkten om zoveel mogelijk verschillende perspectieven te onderzoeken. Potentieel geschikte zorgverleners werden geworven via het netwerk van de huisartsen uit de projectgroep en via groepen met huisartsen op Telegram. Vervolgens werden ze telefonisch of per email benaderd met een korte informatiefolder over het onderzoeksdoel. De deelnemende zorgverleners ontvingen €50,- onkostenvergoeding voor het interview.

Patiënten werden doelgericht geworven via deelnemende huisartsen en sociale media (LinkedIn, Facebook en Instagram). We streefden naar een gevarieerde groep wat betreft leeftijd, UWI-voorgeschiedenis, opleidingsniveau en regio waar zij woonachtig zijn. Potentieel geïnteresseerde deelnemers werden telefonisch of per email benaderd met een korte informatiefolder over het onderzoeksdoel. Deelnemende patiënten ontvingen €25,- onkostenvergoeding voor het interview. Zij beantwoordden alleen vragen over de onderzoeksvraag met betrekking tot SDM, waardoor het interview gemiddeld korter van duur was.

Topiclijst ontwikkeling

Tijdens het ontwerp van de studie én voordat het eerste semigestructureerde interview plaatsvond, ontwikkelde de projectgroep topiclijsten voor zowel zorgverleners (bijlage 1) als voor patiënten (bijlage 2). De thema's en vragen in de topiclijsten waren gebaseerd op resultaten uit eerdere

onderzoeken naar bevorderende en belemmerende factoren voor gebruik van SDM in het algemeen en bij de behandeling van UWI's in de huisartsenpraktijk, bestaande literatuur rondom behoeften van vrouwen bij de behandeling van UWI's in de huisartsenpraktijk die in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk waren uitgevoerd [17, 22, 23], en aangevuld met expert input vanuit de projectgroep. Daarnaast maakten we gebruik van het Consolidated Framework For Implementation Research om de topiclijsten samen te stellen [24].

De topiclijsten werden getest in april 2022 via pilotinterviews met een huisarts, een doktersassistent en twee patiënten met een voorgeschiedenis van cystitis. De resultaten van deze pilotinterviews werden niet meegenomen in de analyses. Op basis van deze pilotinterviews werden inhoudelijk geen aanpassingen verricht aan de topiclijsten; enkel de volgorde van vragen werd aangepast.

Codering en analyse van de interviews

Interviews werden uitgevoerd door één onderzoeker (TvH). De opnames van de interviews werden na pseudonimisatie verbatim getranscribeerd door Uitgetypt.nl. Er werd gebruik gemaakt van inductieve thematische analyse [25]. Data werden verzameld en geanalyseerd middels een iteratief proces.

De eerste drie interviews van beide deelnemersgroepen, zorgverleners en patiënten, werden door twee onderzoekers (TvH en AC) onafhankelijk van elkaar doorgenomen en inductief gecodeerd. Na deze onafhankelijke codeerfase werden deze initiële codes besproken en werd gekeken naar potentiële patronen. Op basis van deze bevindingen werden waar nodig de topiclijsten aangepast met verduidelijkende vragen waar nog meer informatie gewenst was. Gedurende de verdere analyse werden de data en codes herhaaldelijk geanalyseerd, geïnterpreteerd en gecategoriseerd door het kernonderzoeksteam (TvH, AC en TP). Tussentijdse analyses werden besproken in overleggen met het gehele onderzoeksteam en op basis van de feedback aangepast. Het gevormde thematisch kader werd gebruikt voor verdere analyse en waar nodig aangepast naar aanleiding van nieuwe data. Ten slotte werden de thema's verfijnd, getoetst en gedefinieerd met behulp van de gehele onderzoeksgroep. Datamanagement werd ondersteund door NVivo versie 12.7.0 voor Mac.

Medisch ethische toetsingscommissie

De Medisch Ethische Toetsingscommissie NedMec (METC NedMec), heeft op 29 maart 2022 geconcludeerd dat dit onderzoek niet onder de reikwijdte van de WMO (Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met mensen) valt.

Resultaten

Deelnemers

In totaal zijn 19 huisartsen, 13 doktersassistenten en 23 vrouwelijke patiënten met een cystitis benaderd voor deelname waarvan tien huisartsen, zeven doktersassistenten en 15 patiënten deelnamen aan de studie.

De gemiddelde duur van de interviews met zorgverleners waarin twee onderzoeksvragen centraal stonden (zie ook studie opzet en setting) was 50 minuten (spreiding 30-60 minuten). Van de tien deelnemende huisartsen waren er vier man en zes vrouw. De werkervaring varieerde van een half jaar tot >25 jaar. Alle deelnemende doktersassistenten waren vrouw en hun werkervaring varieerde van 1,5 jaar tot >15 jaar. Bij de patiënten was de gemiddelde interviewduur 30 minuten (spreiding 18-46 minuten). De leeftijd varieerde van 20 tot 68 jaar. Op één patiënte na (V1) werden alle geïnterviewde patiënten behandeld met antibiotica toen zij een cystitis hadden. In Tabel 2 en 3 staan de karakteristieken van de geïnterviewde deelnemers weergegeven.

Tabel 2. Karakteristieken van deelnemende huisartsen en doktersassistenten

| Nr. | Leeftijd | Geslacht | Werkervaring | Regio werkplek | Type huisartsenpraktijk |
|---------------------------|----------|----------|--------------|------------------|-------------------------|
| <i>Huisartsen</i> | | | | | |
| H1 | 26-35 | Vrouw | 1,5 jaar | Zuid-Nederland | Duo |
| H2 | 36-45 | Man | 16 jaar | Zuid-Nederland | Groep |
| H3 | 36-45 | Vrouw | 7 jaar | Midden-Nederland | Duo |
| H4 | 46-55 | Man | 10 jaar | Midden-Nederland | Gezondheidscentrum |
| H5 | 56-65 | Vrouw | >25 jaar | Noord-Nederland | Duo |
| H6 | 36-45 | Vrouw | 0,5 jaar | Zuid-Nederland | Solo |
| H7 | 46-55 | Man | 15 jaar | Midden-Nederland | Gezondheidscentrum |
| H8 | 46-55 | Man | >25 jaar | Noord-Nederland | Groep |
| H9 | 36-45 | Vrouw | 8 jaar | Midden-Nederland | Solo |
| H10 | 36-45 | Vrouw | 9 jaar | Zuid-Nederland | Solo |
| <i>Doktersassistenten</i> | | | | | |
| D1 | 56-65 | Vrouw | 15 jaar | Midden-Nederland | Solo |
| D2 | 18-25 | Vrouw | 3,5 jaar | Midden-Nederland | Groep |
| D3 | 26-35 | Vrouw | 15 jaar | Noord-Nederland | Duo |
| D4 | 36-45 | Vrouw | 16,5 jaar | Zuid-Nederland | Groep |
| D5 | 18-25 | Vrouw | 3,5 jaar | Midden-Nederland | Verschillende |

| | | | | | |
|----|-------|-------|----------|------------------|--------------------|
| D6 | 26-35 | Vrouw | >10 jaar | Midden-Nederland | Groep |
| D7 | 46-55 | Vrouw | 1,5 jaar | Midden-Nederland | Gezondheidscentrum |

Tabel 3. Karakteristieken van deelnemende gezonde niet-zwangere vrouwen (patiënten) met ervaring met cystitiden

| Nr. | Leeftijd | Regio woonplaats | Hoogst behaalde opleiding | UWI voorgeschiedenis* |
|-----|----------|------------------|---------------------------|-----------------------|
| V1 | 37 | Noord-Nederland | Bachelor (HBO/WO) | 1-3 in leven |
| V2 | 20 | Midden-Nederland | VWO | 1-3 in leven |
| V3 | 31 | Zuid-Nederland | MBO2-4 | Recidiverend |
| V4 | 75 | Noord-Nederland | MBO2-4 | >3 in leven |
| V5 | 65 | Zuid-Nederland | MBO1 | 1-3 in leven |
| V6 | 54 | Midden-Nederland | Master (HBO/WO) | 1-3 in leven |
| V7 | 39 | Midden-Nederland | Master (HBO/WO) | ≥3 in leven |
| V8 | 29 | Midden-Nederland | Master (HBO/WO) | ≥3 in leven |
| V9 | 49 | Zuid-Nederland | Bachelor (HBO/WO) | Recidiverend |
| V10 | 56 | Zuid-Nederland | Bachelor (HBO/WO) | Recidiverend |
| V11 | 61 | Zuid-Nederland | HAVO | ≥3 in leven |
| V12 | 50 | Zuid-Nederland | MBO2-4 | ≥3 in leven |
| V13 | 62 | Noord-Nederland | MBO2-4 | ≥3 in leven |
| V14 | 68 | Noord-Nederland | MBO2-4 | ≥3 in leven |
| V15 | 24 | Zuid-Nederland | HAVO | ≥3 in leven |

*Recidiverende UWI: drie of meer UWI's in het afgelopen jaar op het moment van deelname; drie of meer UWI's in leven: patiënten die drie of meer UWI's hebben ervaren, maar niet binnen een tijdsbestek van één jaar, waardoor zij niet kwalificeerden als recidiverend

Interviews met zorgverleners

Tabel 4 toont de hoofdthema’s uit de interviews met de huisartsen en doktersassistenten

Tabel 4. Hoofdthema’s en bijbehorende belemmerende en bevorderende factoren uit de interviews met zorgverleners

| Thema | Belemmerende en bevorderende factoren |
|---|--|
| 1. De organisatie van de diagnostiek en behandeling van UWI’s in de huisartsenpraktijk is ingericht om snel en efficiënt te zijn | <p><u>Belemmerende factoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De huidige UWI zorg is veelal geprotocolleerd ingericht, al dan niet gebaseerd op de NHG-Standaard, waarbij de zorgverleners het beleid bepalen zonder dat de patiënt hierin betrokken wordt. - De werkomgeving biedt veelal te weinig ruimte om (fysieke) afstemming over het beleid met de patiënte mogelijk te maken. - Een SDM-gesprek wordt soms gezien als een discussie met een patiënte, waar zorgverleners geen tijd voor hebben. - In het algemeen zijn zorgverleners tevreden met hoe de UWI zorg nu is ingericht en voelen weinig ruimte om dit te veranderen. |
| 2. Zorgverleners veronderstellen dat zij handelen naar de wensen en behoeften van hun patiënten, maar passen hierbij vaak geen SDM toe m.b.t. het al dan niet antibiotisch behandelen van een cystitis | <p><u>Belemmerende factoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorgverleners denken dat patiënten vrijwel altijd antibiotica willen en verwachten voor hun UWI, maar de wens van de patiënt wordt niet besproken. - De duur en de inschatting van de ernst van de symptomen zijn van invloed op de bereidwilligheid om SDM toe te passen. - Zorgverleners vinden dat er geen goed alternatief beschikbaar is voor antibiotica in de behandeling van cystitiden, waardoor zij geen SDM toepassen. |
| 3. Zorgverleners zien ondanks de barrières wel enige ruimte om de UWI-zorg te veranderen en SDM vaker toe te passen in het beleid | <p><u>Bevorderende factoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorgverleners zien enkele redenen om SDM toe te passen, zoals minder antibioticagebruik, een betere behandelrelatie met patiënten en op lange termijn tijdswinst door het verhogen van zelfredzaamheid van patiënten. - Zorgverleners voorzien een belangrijke rol voor de doktersassistenten in het toepassen van SDM bij de behandeling van cystitiden omdat zij bijna alle communicatie voeren met deze patiënten. - Huisartsen en doktersassistenten hebben onderling vertrouwen dat SDM op een goede en veilige manier belegd kan worden bij de doktersassistent. |

- Doktersassistenten willen graag over de kennis en vaardigheden beschikken, die zij nu nog niet hebben, om SDM toe te passen bij de behandeling van UWI's.

SDM: shared decision making; UWI's: urineweginfecties

1. De organisatie van de diagnostiek en behandeling van UWI's in de huisartsenpraktijk is ingericht om snel en efficiënt te zijn

1.1 Belemmerende factor: de huidige UWI zorg is veelal geprotocolleerd ingericht, al dan niet gebaseerd op de NHG-Standaard, waarbij de zorgverleners het beleid bepalen zonder dat de patiënt hierin betrokken wordt

Huisartsen geven aan veel minder betrokken te zijn bij de behandeling van cystitiden bij gezonde niet-zwangere vrouwen dan doktersassistenten. Tevens verloopt de diagnostiek en behandeling van UWI's in de huisartsenpraktijk routinematig. Een patiënt die vermoedt een UWI te hebben wordt vrijwel altijd (telefonisch) gesproken door de doktersassistent, die de triage uitvoert. Hierbij wordt in een groot deel van de praktijken een vragenlijst of –formulier gebruikt dat door de patiënt of doktersassistent kan worden ingevuld. Vervolgens kan de patiënt, al dan niet in overleg met de doktersassistent, urine inleveren bij de doktersassistent. Deze inventariseert de klachten en voert de urinediagnostiek uit. Het behandelvoorstel komt, indien sprake is van een cystitis, doorgaans op één van de volgende wijzen tot stand: i) de doktersassistent stelt zelfstandig een beleid voor aan de patiënt. Dit beleid wordt al dan niet gefiatteerd door de huisarts; ii) de anamnese en uitslag van de urinediagnostiek worden beoordeeld door de huisarts, waarna deze een behandelvoorstel doet dat vervolgens door de doktersassistent wordt besproken met de patiënt. Het overleg tussen de huisarts en doktersassistent vindt meestal plaats via het patiëntendossier, maar soms ook mondeling of op papier. In het algemeen vindt overleg over de patiënt plaats tussen de doktersassistent en de huisarts, wordt de patiënt niet actief betrokken bij het beleidsvoorstel en spreekt een patiënte met een cystitis de huisarts niet.

Soms bij een echt ongecompliceerde blaasontsteking dan mogen we als assistenten dat zelf afhandelen en ook de antibiotica voorschrijven die natuurlijk nog wel weer geautoriseerd wordt door de arts dus die wordt wel ergens gezien natuurlijk dat we dat doen. Dus daar kijken we wel naar, maar als het wel gecompliceerd is dan wordt 't eigenlijk altijd even overlegd, (...) als er heel vaak recidief is van een blaasontsteking dan is het vaak nodig om even te overleggen van wat gaan we doen? Gaan we even kweken of toch geen antibiotica, of wel?

Doktersassistent 3

Soms geven we natuurlijk zelf ook wel een aanzetje eigenlijk, van: goh dit en dat, een halfjaar geleden heeft ze het ook al gehad en toen kreeg ze nitro[furantoïne] 5 dagen, doen we dat nou weer? En dan is het ja en dan is het klaar. Dus in die zin geef je daar soms toch wel een zetje toe wat je daar zelf daar soms van vindt. Maar geen beslissende rol, laat ik het zo zeggen, dat niet nee. **Doktersassistent 4**

*De assistent die noteert de anamnese. Wij hebben daar briefjes voor, voor aan de balie als mensen komen. Soms bellen ze van tevoren op (...) Dan vragen ze [doktersassistenten] door de telefoon al van alles en nog wat en dat schrijven ze op. sommige mensen komen zonder dat ze bellen gewoon met een potje urine en dan krijgen ze een briefje en dan moeten ze daar de klachten noteren (...) Ze doen een stickje (...) En dat [de uitslag] schrijven ze op en dan krijgen we een taak: verdenking urineweginfectie, verdere behandeling. **Huisarts 5***

Veel doktersassistenten geven aan volgens een lokaal protocol te werken dat gebaseerd is op de NHG-Standaard Urineweginfecties of direct de NHG-Standaard te raadplegen. Een deel van de huisartsen en doktersassistenten geeft daarbij aan de inhoud van het protocol niet te kennen of dit niet bekeken te hebben. Tevens wordt meermaals genoemd dat zowel huisartsen als doktersassistenten hun eigen werkwijze hebben wat betreft de uitgebreidheid van de anamnese en hoe vaak er een afwachtend beleid wordt voorgesteld bij UWI's. Ook geven enkele huisartsen aan dat zij niet precies weten wat de doktersassistente met de patiënt bespreekt aan de telefoon over de behandeling en zelfzorgadviezen. Het is onduidelijk in hoeverre SDM over het behandelbeleid wordt besproken of aanbevolen in de lokale protocollen of werkafspraken. Veelal gaat het behandelbeleid dat hierin staat over de keuze voor het type antibioticum.

*Ja, en het is ook denk ik hoe het georganiseerd wordt vanuit de bazen hè in de dagpraktijk. Ik bedoel ja de ene vindt 't oké als je die drie vragen stelt en dan een kuurtje schrijft ja en de andere is natuurlijk die zit daar veel meer op om dat veel meer uit te vragen en geprotocoleerder te werken. **Doktersassistent 3***

*De andere huisartsen zijn wel echt van, een beetje van de oude stempel dus waarbij het langer duurt voordat veranderingen worden doorgevoerd. Dus of zij nog steeds daarvoor [urineweginfecties], sowieso antibiotica voorschrijven of dat zij ook weleens bespreekbaar maken van, om een afwachtend beleid te handhaven, dat durf ik niet te zeggen. **Huisarts 1***

*Dus ik ga er even van uit dat de assistentes het [protocol] wel gebruiken, maar ik weet het eigenlijk niet precies. **Huisarts 6***

*En dan is het idee dat, en daar zijn ze [doktersassistenten] ook in geschoold, dat je bespreekt dat een UWI over het algemeen self-limiting is en dat je met name behandelt om de vervelende klachten te verkorten. En dat je daar inderdaad met de vrouw dan een plan op maakt. En dan ofwel een recept, dan wel een uitstelrecept, dan zo afwachten. Dat is het idee. Maar ik zit nooit bij die gesprekken. En relatief vaak zijn het wel recepten. **Huisarts 7***

*Eigenlijk is het systeem zo ingericht om zo snel mogelijk een UWI aan te tonen of uit te sluiten. Het plan afwachten is eigenlijk, wordt zelden gebruikt (...) Als je kijkt naar hoeveel urines er op een dag binnenkomen, dat kan tussen de zes en tien zijn, ja, dan moet je gewoon zo snel mogelijk het proces doorlopen, want er zijn zoveel andere dingen die tijd kosten en dit is ook een terugkerend iets, dat moet je op een bepaalde manier zo (...) inregelen dat het je de minste tijd kost. (...) En eigenlijk, het lijkt allemaal simpel, maar gewoon een UWI kan je best wel wat dingen over zeggen en als je het echt goed wil doen, kost het tijd, nou, en daar maak je keuzes in. **Huisarts 4***

1.2 Belemmerende factor: de werkomgeving biedt veelal te weinig ruimte om (fysieke) afstemming over het beleid met de patiënte mogelijk te maken

Er is vaak geen extra kamer over in de praktijk waar de doktersassistent rustig een (SDM-)gesprek kan voeren met een patiënte en waarbij haar privacy in acht kan worden genomen. Sommige zorgverleners geven aan dat een telefonisch gesprek daarom prettiger is om een uitgebreide anamnese te kunnen afnemen en om een beleid te bespreken met de patiënte. Wanneer patiënten in de praktijk aan de balie staan is het namelijk vaak zo dat andere patiënten in de wachtkamer kunnen meeluisteren, waardoor er geen of onvoldoende privacy is. Daarnaast hebben zorgverleners diverse andere taken waarvoor zij verantwoordelijk zijn, waardoor ze geen tijd hebben of kunnen vrijmaken om SDM toe te passen voor de behandeling van cystitis bij niet-zwangere gezonde vrouwen (zie ook Huisarts 4 in sub-thema 1.1).

*(...) Maar goed, dat is een balie die zo doorloopt naar een wachtkamer dus ja, de gesprekken bij ons aan de balie kan je best wel goed horen. Dus daar goed uitvragen vind ik nog wel eens een beetje, ja, dat is wel wat lastiger met vragen over SOA bijvoorbeeld (...) Daarom vind ik het fijn dat ze bellen, dan heb je toch wel een ander soort gesprek. **Doktersassistent 3***

*We hebben een balie en een wachtkamer en dat is niet helemaal goed afgegrensd. Dus heel veel uitvraag aan de balie [door de doktersassistent, als de patiënt aan de balie staat om urine in te leveren] is soms ook wel lastig in verband met privacy. **Huisarts 10***

1.3 Belemmerende factor: een SDM-gesprek wordt soms ook gezien als een discussie met een patiënte, waar zorgverleners geen tijd voor hebben

Wat ook meespeelt is dat sommige doktersassistenten vrezen dat het toepassen van SDM tot meer ‘discussie’ over de uitslag van de urinediagnostiek en de behandeling van een cystitis leidt met de patiënte, waarvoor zij geen tijd hebben. Toch geeft een deel van de zorgverleners aan dat zij het niet erg vinden om meer tijd te nemen om patiënten te informeren over de behandelopties en het beloop van een UWI. Dit laatste zou op lange termijn ook weer tijd kunnen schelen doordat

patiënten dan minder snel contact opnemen met de huisartsenpraktijk omdat zij al weten wat ze kunnen doen bij een nieuwe UWI-episode.

*(...) want mijn idee is, of dat terecht is of niet, weet ik niet, maar dat patiënten toch wel heel graag als ze bellen antibiotica willen, dus dat je dan eigenlijk handelt tegen de verwachting in, dus daar moet je wel stevig in je schoenen staan om het alternatief voor te stellen en dan helpt het als je daar kennis van hebt en als je daar, nou ja, wat achtergrondinformatie bij hebt. **Huisarts 3***

*Ja, nou voornamelijk in de reactie van patiënten, die dan inderdaad denken van: 'O, maar...' die dan op hun strepen gaan staan om iets wat echt niet, geen juiste oplossing is, of dat helemaal niet kan in hun geval of wat dan ook. Dat kan natuurlijk discussies gaan opleveren of iets. En in onze praktijk, als ik erover nadenk dat wij inderdaad dat soort extra werk, noem ik het maar even, moeten gaan doen, dat dat puur tijd-technisch gewoon nog krapper gaat worden. Want we zitten al met ook, in onze praktijk toch wel een tekort op dit moment. Dus als ik daar allemaal over na zou denken, het complete plaatje inderdaad, zou dat een nadeel kunnen zijn. **Doktersassistent 2***

*(...) dat is misschien een kul argument hoor, maar is het natuurlijk al vaak heen en weer gebel hè, want mensen die bellen, die zeggen ik heb urineweg[klachten], ik moet vaak plassen, het is branderig, dan zegt de assistente nou kom maar, kom de urine maar brengen. Is daar een moment van contact, dan moeten ze vervolgens terugbellen om te horen wat de uitslag is. Zou je dan zeggen oké nou de uitslag is dat het een blaasontsteking is, maar we doen graag shared decision making met u, dus lees alle opties maar na en bel me dan nog maar weer terug. Dan heb je nog weer een contactmoment. Dus als je dat zou willen, nou dat inspireert ook wel weer om er even over na te denken. Zou je dat denk ik haast bij het inleveren van de urine al moeten zeggen van nou, we gaan het nakijken mocht het nou een blaasontsteking zijn dan hebben we verschillende opties. Lees het vast even door. Het is wel fijn dat dat contact met de assistente met de uitslag dat je dan ook gelijk een hamerstuk hebt. Tenzij er iets heel bijzonder is, maar anders wil je ook gewoon graag afronden (...) **Huisarts 4***

1.4 Belemmerende factor: in het algemeen zijn zorgverleners tevreden met hoe de UWI zorg nu is ingericht en voelen weinig behoefte of ruimte om dit te veranderen

De meeste zorgverleners zijn tevreden over de organisatie van de zorg rondom UWI's in hun praktijk, waarbij ze de nadruk leggen op de snelheid en het gemak waarmee deze contacten verlopen (zie ook Huisarts 4 in sub-thema 1.3). Huisartsen en doktersassistenten die in een klein team met vaste werknemers samenwerken geven bovendien aan dat het goed mogelijk is om werkafspraken te maken en een uniforme werkwijze te creëren. Daarentegen benoemen deelnemers, die werkzaam zijn in een grote praktijk of met veel flexmedewerkers of waarnemers, dat het moeilijker is een

uniforme werkwijze te bewerkstelligen wat betreft anamnese, informatievoorziening en beleidsvoorstel aan patiënten. Desondanks zijn zij niet ontevreden over de manier waarop de UWI zorg is georganiseerd, maar er is altijd ruimte voor verbetering.

*Wij hebben een huisarts die ook onderwijs geeft, dus die vindt het ook wel prettig om ook aan ons goed uitleg te geven over wat hij wil en wat hij niet wil. En daar heel duidelijk is, dus we weten precies waar we aan toe zijn. En hij werkt heel graag volgens de NHG Standaard, dus ja, aan alle kanten worden we eigenlijk wel met zekerheden omkleed. Dus het is daardoor ook prettig om dingen dan zelf af te handelen, of in overleg met hem. Dus ja, we hebben gewoon heel veel duidelijkheid. Want ik heb ook wel eens in een praktijk gewerkt waar ik dan, zeg maar, in de poule van de assistentes was van voor vijf huisartsen. En dan had je toch wel ook wel meningsverschillen, om het zo maar eens te zeggen, tussen de huisartsen, over hoe bepaalde zaken moesten worden afgehandeld. En dat gaf mij enorm veel onzekerheid. En die ben ik hier volledig kwijt. En dat komt natuurlijk omdat wij een solopraktijk zijn, dus je bent gewoon gericht op één huisarts, en daar kan je je aan vasthouden, zal ik maar zeggen. En dat is wel fijn met een solopraktijk, je kent de meeste patiënten wel, dus daar kan je redelijk blind op varen. **Doktersassistent 1***

*(...) Ja weet je, de urineweginfectie heeft het voordeel dat je dus met een stickje kan je heel veel doen, en er zijn niet zoveel andere aandoeningen waar de diagnostiek zo makkelijk is. (...) en ja weet je, er is, er zijn gewoon veel complexere consulten. Ik denk dat we daar onze energie in moeten stoppen. **Huisarts 8***

*Voor mij is het heel lastig, want ik ben invaller en ik bemoei me eigenlijk niet met andermans werk. In dat opzicht denk ik: ik doe het [uitgebreidere informatie meegeven aan patiënt] dan wel en als jij het niet doet, prima. **Doktersassistent 5***

*Nou, ik ben waarnemend huisarts en ik ben verantwoordelijk voor mijn eigen handelen, maar ik ben niet verantwoordelijk voor hoe het management in de praktijk is. En bij wijze van spreken: als er, ja, als de praktijk gewoon slecht georganiseerd is, ja, daar mag ik me eigenlijk niet eens tegenaan bemoeien, want dan wordt het meer een soort loondienst. Maar ik moet daar gewoon als ZZP'er werken en me daar verder niet te veel mee bemoeien. **Huisarts 6***

2. Zorgverleners veronderstellen dat zij handelen naar de wensen en verwachtingen van hun patiënten, maar passen hierbij vaak geen SDM toe met betrekking tot het al dan niet antibiotisch behandelen van een cystitis

2.1 Belemmerende factor: zorgverleners denken dat patiënten vrijwel altijd antibiotica willen en verwachten voor hun UWI, maar de wens van de patiënte wordt niet besproken

Een aantal doktersassistenten en huisartsen die aangeven al SDM toe te passen, verwijzen hiermee eerder naar de inspraak die ze patiënten geven in de keuze voor het type antibioticum dan naar een gesprek over het al dan niet starten van een antibioticum. Een niet-antibiotische behandeling wordt vaak niet door de doktersassistent of huisarts geïnitieerd. Deze optie wordt vaak pas besproken wanneer een patiënte zelf aangeeft liever (nog) geen antibiotica te gebruiken. Een afwachtend beleid wordt meestal alleen actief besproken in het geval van een dubieuze of negatieve dipstick uitslag, oftewel wanneer de diagnose van UWI niet (overtuigend) gesteld is.

En ja, als ik dan bijvoorbeeld een patiënt aan de telefoon heb, die echt heeft staan dansen bij de balie, maar toch een twijfelachtige uitslag heeft, dan wil die wel het verhaal meenemen in de uitslag van de urine. Dus dan wordt er toch wel over het algemeen iets voorgeschreven, of een uitgesteld recept meegegeven.

Doktersassistent 1

*Bij behandeling kan de patiënt kiezen want stap één is eigenlijk gelijkwaardig, tussen nitrofurantoïne of fosfomycine. En tijdens de diagnostiek kan de patiënt niet echt kiezen, meestal zetten we, ja, die dipstick dat doen we altijd als we een urine krijgen. En afhankelijk van die uitslag wordt dan bepaald of er verder beleid moet of niet, verder onderzoek moet of niet. **Huisarts 2***

*En als de patiënt zegt: ja, nee, is prima, want ik heb liever geen antibiotica. Weet je wel, dat zijn dan van die opmerkingen, die je dan vaak hoort. Dat vinden ze vaak wel goed. Maar als mensen echt stevige klachten hebben, dan stellen we dat eigenlijk niet eens voor. Dan zeggen we gewoon van joh, dit is een blaasontsteking, je krijgt van ons antibiotica. En daar zijn ze het, over het algemeen, dan wel heel blij mee. **Doktersassistent 2***

Beetje afhankelijk van hoe iemand de klachten geeft. Dat [afwachtend beleid] wordt niet zo heel vaak standaard gedaan. En dat is ook een beetje afhankelijk met welke huisarts ik het dan overleg. De een zegt wat makkelijker bij iemand die bijvoorbeeld een beetje een dubieuze uitslag heeft: “ga eerst maar eens 2 dagen goed paracetamol nemen en goed drinken en dan zo nodig nog een keer of inderdaad in combinatie met de kuur toch op z’n minst dan paracetamol.” Maar dat is niet bij iedereen, dat geven we niet bij iedereen mee. Dat komt vanuit de huisartsen ook niet altijd erbij.

Doktersassistent 4

2.2 Belemmerende factor: de duur en de inschatting van de ernst van de symptomen zijn van invloed op de bereidwilligheid om SDM toe te passen

Zorgverleners maken vaak zelf een inschatting van de ernst van de symptomen en stellen op basis hiervan al dan niet verschillende behandelopties voor. Deze inschatting wordt vaak niet geverifieerd bij de patiënt. Vaak gaat de zorgverlener ervan uit dat de patiënt antibiotica wil om van haar klachten af te komen. Veelal komt dit erop neer dat zorgverleners enkel het type en duur van de antibiotische behandeling bespreken bij patiënten met een cystitis (zie ook Doktersassistent 1 in sub-thema 2.1).

*Ik leef een beetje in de veronderstelling dat op het moment dat iemand belt en urine laat inleveren, en vaak hebben ze dan ook al een paar dagen last, dat ik denk, ja, dat doe je dan niet voor niets, dus dan is het voorstel antibiotica altijd wel een makkelijk. Of goed makkelijk, ook een beetje logisch. **Huisarts 3***

2.3 Belemmerende factor: zorgverleners vinden dat er geen goed alternatief beschikbaar is voor antibiotica in de behandeling van cystitiden, waardoor zij geen SDM toepassen

De meeste huisartsen en doktersassistenten geven aan dat zij gewend zijn om alle UWI's met antibiotica te behandelen. Ze ervaren deze behandeling als snel en gemakkelijk uitvoerbaar, waarbij zij het idee hebben dat er weinig bijwerkingen of andere problemen optreden. Zorgverleners hebben tevens de ervaring dat patiënten met deze behandeling het snelst van hun UWI genezen.

Zelfzorgadviezen, zoals veel water drinken, inname van cranberry producten en goed uitplassen, worden, naast het geven van een antibioticumbehandeling als standaardadviezen beschouwd en meestal gecommuniceerd aan de patiënte, ook al zijn niet alle gegeven adviezen evidence-based. Pijnstilling wordt maar door enkele zorgverleners actief voorgesteld aan patiënten om de klachten van dysurie te verlichten. Het merendeel van de zorgverleners geeft aan niet eerder nagedacht te hebben over aanbieden van pijnstilling bij een cystitis.

*Ja, want ook denk ik, we hebben natuurlijk wel een club dames die één, twee keer per jaar een blaasontsteking heeft, eigenlijk net te weinig voor uitgebreide profylaxe of die zelf hun best doen, die krijgen dat vaak al jaren, je herkent de klachten nou dan is de urine vies. Nou ja, dan konden ze bijna zelf het recept al schrijven, dus er zit bij heel veel mensen dat echt in het hoofd dat is de behandeling van. Dus ik denk inderdaad dat de gelijkwaardigheid en misschien dat dat ook wel voor mij geldt hoor, dat ik toch ook stiekem denk nou ja antibiotica dan ben je wel sneller van de ellende af. De vraag is of dat per se zo is. **Huisarts 3***

*Kijk je moet dan wel een goed alternatief hebben. (...) Hè als, kijk als een patiënt komt vanwege de klachten ja en wil daar wat voor ja daar is een antibioticum voor als er echt een infectie is. Dan denk ik ja ik weet niet of dat [het aanbieden van andere behandelopties] heel veel gaat toevoegen. **Huisarts 8***

Interviewer: En geven jullie de patiënten, of bieden jullie ook weleens pijnstilling aan voor die klachten?

Deelnemer: Nee, eigenlijk nooit.

Interviewer: En hoezo dat niet?

*Deelnemer: Dat is mij nooit gevraagd: ‘kan ik pijnstilling hebben?’ **Huisarts 2***

Interviewer: De mensen met veel klachten – stel je ook weleens pijnstilling voor?

Deelnemer: Nee, eigenlijk niet. Nee, dat is eigenlijk stom. Maar nee, dat doe ik eigenlijk nooit. Dat kan natuurlijk ook, denk ik nu. Maar nee, dat, nee.

Interviewer: Oh ja. En weet je of de assistentes dat nog voorstellen of bespreken of adviseren?

*Deelnemer: Weet ik eigenlijk niet. Nee, dat weet ik echt niet. Dat zou ik even moeten vragen. **Huisarts 6***

De meeste huisartsen zijn geen voorstander van een uitgesteld recept voor antibiotica op wekdagen. De voornaamste reden hiervoor is dat ze denken dat patiënten met een UWI toch direct antibiotica willen gebruiken. Zij vinden het daarom prettiger als de patiënte na een eventueel afwachtend beleid toch nog telefonisch contact opneemt met de huisartsenpraktijk zodat het recept kan worden voorgeschreven wanneer dit echt nodig is volgens de zorgverlener. Het uitgestelde recept wordt door de meeste zorgverleners wel voorgeschreven voor het weekend om de huisartsenpost te ontlasten of als een patiënte met een bekende UWI-voorgeschiedenis op vakantie gaat.

*Dus ik denk dat dat een beetje de achterliggende gedachte is en doordeweeks denk je van nou als je toch het gevoel hebt dat je maandag die klachten weer [hebt en] denkt “van woensdag het voelt toch niet lekker”, dan kan je even een belletje doen naar ons en dan gaan we dat alsnog regelen. **Doktersassistent 3***

Ja, in principe mag het natuurlijk ook gewoon doordeweeks, dat je dan een uitgesteld recept meegeeft. Maar dan denk ik: ja, en eigenlijk zouden we dat ook wel vaker kunnen doen. Want we hebben het altijd over de telefoonbelasting van de assistentes et cetera en op die manier haal je natuurlijk toch wat weg. Maar ik denk dat ik, dat je het dan toch wat meer in eigen hand wil houden of zo; dat je weet of mensen het nou wel of niet hebben gebruikt en hoe het met de klachten gaat. En, ja, in het weekend of als iemand op vakantie gaat dan wil je toch de huisartsenpost ontlasten of voorkomen dat iemand in een ander land naar de huisarts moet. Dus dan doe ik het sneller. Maar ja, doordeweeks denk ik: ach ja, ze hebben zo gebeld, en als ze dan toch antibiotica willen, dan bellen ze maar.

Huisarts 6

3. Zorgverleners zien ondanks de barrières wel enige ruimte om de UWI-zorg te veranderen om SDM vaker toe te passen in het beleid

3.1 Bevorderende factor: zorgverleners zien enkele redenen om SDM toe te passen, zoals minder antibioticagebruik, een betere behandelrelatie met de patiënten en op lange termijn tijdswinst door het verhogen van zelfredzaamheid van patiënten

Hoewel de meeste zorgverleners geen SDM toepassen in de behandeling cystitis bij niet-zwangere gezonde vrouwen, geeft een deel van hen aan dat zij dit wel graag willen doen. Argumenten hiervoor zijn het verminderen van antibioticavoorschriften, het graag goed willen voorlichten van patiënten, en het toepassen van SDM leuk vinden. Ook geven doktersassistenten aan dat zij merken dat patiënten het prettig vinden als ze bij de behandeling worden betrokken. Volgens doktersassistenten lijken patiënten meer begrip en motivatie te hebben voor behandelopties, zoals het afwachtend beleid, als zij meer achtergrondinformatie over bijvoorbeeld mogelijke bijwerkingen van antibiotica en risico op resistentieontwikkeling krijgen. Daarbij worden patiënten met deze informatie zelfredzamer, waardoor zij bij een nieuwe UWI-episode al weten wat te doen en het een contactmoment met de huisartsenpraktijk scheelt. Dit laatste kan op lange termijn tijdswinst opleveren.

*Misschien erger ik me ook wel gewoon een beetje aan dat iedereen tegenwoordig antibiotica wil zonder echt goed te beseffen wat de gevolgen kunnen zijn. Ja, en ik denk gewoon dat het ook onze taak als huisarts is om mensen daar goeie voorlichting over te geven, en juist bij zoiets simpels als een blaasontsteking (...) het begint misschien wel bij de bewustwording van mensen dat antibiotica niet altijd nodig is en liever niet, in plaats van dat het soms het doel van mensen is om “we gaan naar de huisarts, want ik wil een antibioticakuur” ofzo. (...) Dus dan vind ik het wel ook deels onze taak als huisarts om mensen daar een beetje voor te behoeden als het ware. **Huisarts 1***

*(...) Ik merk dat het wel fijn is als je meerdere dingen kan aanbieden. Dat stelt ze toch enigszins gerust. Het zorgt er ook voor dat ze minder vaak bellen. Dan kiezen ze toch eerst voor optie 1 en dan denken ze: ik ga toch eerst dat andere proberen wat ze voorstelde. Zo zorg je ervoor dat mensen wat zelfstandiger aan de slag kunnen. **Doktersassistent 5***

*Oh ik vind dat [SDM toepassen], maar niet alleen voor UWI's, maar ik vind dat gewoon het leukste. Dus dat ik voorlichting geef en voorlichting ook in de context van die patiënt. En dat een patiënt daarmee een keuze maakt met die informatie. Zo zou ik het liefst altijd willen werken. En wel goed alle voor en tegens van verschillende wegen uitleggen. Alleen ja, de realiteit is zo dat dat niet bij alle patiënten even goed kan of makkelijk kan. En dat je dan ook wel eens verval in niet shared decision making. Maar ik vind het gewoon het leukst en krijg daar de meeste energie van. **Huisarts 7***

Interviewer: En wat zou je motivatie zijn, om dat [SDM] erin te voegen?

*Huisarts: Ik denk toch minder antibioticagebruik, dat zou het voordeel zijn. En dat is natuurlijk de zelfredzaamheid van de patiënt ook hè, want wij krijgen toch wel een paar urines per dag, niet heel veel. Maar je wordt natuurlijk wel als vrouwen dan zien, het gaat vanzelf weer over en ik heb zelf de tools om dat aan te pakken, dat scheelt natuurlijk ook een stukje en drukte bij ons. En dat maakt de patiënt weer in staat om het zelf op te lossen. **Huisarts 10***

3.2 Bevorderende factor: zorgverleners voorzien een belangrijke rol voor de doktersassistenten in het toepassen van SDM bij de behandeling van cystitiden omdat zij bijna alle communicatie voeren met deze patiënten

Hoewel de meeste zorgverleners het moeilijk vinden te bedenken hoe SDM toegepast kan worden in de huidige structuur waarin UWI's worden gediagnosticeerd en behandeld, geven zij aan dat de doktersassistent hierin een grote rol zou kunnen vervullen. Een frequent genoemde optie is dat de doktersassistent alvast de verschillende behandelopties tijdens het eerste contactmoment (triagemoment), met de patiënte bespreekt. Veelal is dit eerste contact telefonisch en hier wordt ook de voorkeur aan gegeven door de doktersassistenten. Vervolgens worden deze behandelopties opnieuw besproken bij het tweede contactmoment, wanneer de patiënte gebeld wordt over de uitslag van het urineonderzoek. Dan wordt ook een keuze voor het beleid gemaakt. Daarnaast zou het toepassen van SDM ook kunnen worden opgenomen in de werkafspraken en praktijkprotocollen.

*Als ik het op ons eigen team betrek, denk ik dat je de huisartsen in die zin makkelijk meekrijgt, die staan echt open voor dit soort zaken. Die vinden het juist prettig als een assistente een volledig advies heeft gegeven (...) Als dat gewoon goed onderbouwd is met een goed vangnet, dan is dat goed. Dan hebben zij [huisartsen] er niet nog allemaal vragen over en willen ze daar niet per se zelf nog wat van vinden. Als het maar natuurlijk wel gebaseerd is op de waarheid en op een bepaald protocol of standaard, niet verzonnen. **Doktersassistent 2***

*Ik denk eigenlijk dat, bij een geselecteerde groep, wij dat wel zelf af kunnen handelen. Dus niet bij mannen, niet bij zwangeren, maar gewoon een beetje de standaard gezonde vrouw met eens een keer een blaasontsteking, dat wij dat eigenlijk misschien zelf wel gewoon kunnen behandelen en adviseren daarin. Mits we daar een goede handleiding toe hebben, dat dan weer wel. Als wij daar gewoon een stappenplannetje in hebben dan denk ik dat wij dat prima kunnen. **Doktersassistent 4***

Nou, in ieder geval een gesprek aangaan van goh, wat weet je er al van, heb je het al vaker gehad, hoe ging dat toen, hè, dat soort kleine dingen kan de assistente best wel vragen. En dan weten dat je ook kunt afwachten hè, dat is iets waar we samen over kunnen beslissen, je zou ook kunnen afwachten, je zou ook een kuur et

cetera... Je kunt ook de eerste week afwachten, als het niet beter gaat kun je dan eventueel alsnog een kuur krijgen. Huisarts 2

3.3 Bevorderende factor: huisartsen en doktersassistenten hebben onderling vertrouwen dat SDM op een goede en veilige manier belegd kan worden bij de doktersassistent

Een goede samenwerking en vertrouwen tussen huisartsen en doktersassistenten wordt gezien als een bevorderende factor voor het toepassen van SDM. Huisartsen weten dat ze bepaalde taken aan hun assistent kunnen toevertrouwen en deze weten op hun beurt dat zij bij vragen ook altijd ruggenspraak kunnen hebben met de huisarts. Doktersassistenten geven aan dat het vertrouwen geeft als de huisarts hun bevindingen en eventueel behandelvoorstel serieus neemt en er ruimte is voor laagdrempelig overleg binnen de praktijk (zie ook Doktersassistent 2 in sub-thema 3.2).

En ja, we zijn hier redelijk zelfstandig in het werken. Maar we overleggen toch ook wel heel erg graag met de huisarts, omdat dat gewoon een goed gevoel geeft om dingen te delen. En dat je dan om, als je om vijf uur de deur uitgaat, je alles afgehandeld hebt (...) Nou, wij hebben een huisarts die ook onderwijs geeft. Dus die vindt het ook wel prettig om ook aan ons goed uitleg te geven over wat hij wel en wat hij niet wil. En daar heel duidelijk is, dus we weten precies waar we aan toe zijn. (...) En hij werkt heel graag volgens de NHG-Standaard, dus ja, aan alle kanten worden we eigenlijk wel met zekerheden omkleed. Dus het is daardoor ook prettig om dingen dan zelf af te handelen, of in overleg met hem. Dus ja, we hebben gewoon heel veel duidelijkheid. Doktersassistent 1

Het is prima als de assistente gewoon vraagt “wat zijn de klachten?” Maar het zou misschien wel fijn zijn als ze dan ook erbij vraagt van “Wat wilt u eigenlijk?” Dat ze dat wel vraagt “Wat verwacht iemand?” En ik ben nog aan het denken, dat mensen aan de balie staan en zeggen van “Ja ik wil nu een kuur, want ik moet nog werken, ik moet even langs de apotheek, het ophalen en dan wil ik door.” Maar dat zou je misschien toch met een protocol kunnen vangen, als je mensen een formulier laat invullen en als je dan zo’n checklist maakt voor de assistente, dat ze zelf wat kunnen voorschrijven. Huisarts 10

3.4 Bevorderende factor: doktersassistenten willen graag over de kennis en vaardigheden beschikken, die zij nu nog niet hebben, om SDM toe te passen bij de behandeling van UWI’s.

Doktersassistenten hebben behoefte aan meer kennis over het natuurlijk ziektebeloop van urineweginfecties en de verschillende behandelopties. Zo kunnen zij de vragen van patiënten beter beantwoorden (bijvoorbeeld: wat is het risico op een pyelonefritis, krijg je een UWI als je onderrug koud wordt, hoe goed werken cranberry’s, wat zijn voor- en nadelen van de verschillende behandelopties). In aanvulling hierop geven huisartsen aan dat ze het belangrijk vinden dat doktersassistenten geschoold worden in kennis over de risicogroepen en risicofactoren voor een UWI met tekenen van weefselinvasie. Daarbij zou SDM ook kunnen worden opgenomen in een praktijkprotocol (zie ook Huisarts 10 in sub-thema 3.3). Doktersassistenten willen ook over meer communicatievaardigheden beschikken om SDM toe te kunnen passen bij niet-zwangere gezonde vrouwen met een cystitis. Hiervoor wordt door de zorgverleners voorgesteld om

communicatietechnieken te leren door middel van rollenspellen en het opnemen van gesprekken met (simulatie-)patiënten om die te kunnen evalueren.

*Maandag is iedereen aanwezig, dat we dat nog een keer nalopen van "wat zeg je [tegen de patiënt]?". Dat we toch eens controleren van wordt er wel gezegd wat wij dachten dat er gezegd zou worden. Dat we gewoon eens even een rollenspel doen van vertel maar eens. Dat je toch een beetje meer controle hebt op wat ze zeggen. **Huisarts 5***

*Nou ja ik denk dat het sowieso wel leuk is om dan eventjes wat meer achtergrondinformatie te hebben, gewoon medisch gezien, maar ook een praktisch stukje van: hoe leg je iets nou praktisch uit aan iemand en waar moet je aan denken? Wat zijn dan de dingen waarbij je zegt van: oké, maar in dit geval ga ik dat wel met de huisarts overleggen? Als je daar een goede leidraad in hebt dan denk ik dat je daar goed makkelijk mee aan de slag kan, dat het leuk is ook denk ik. **Doktersassistent 4***

[Interviews met gezonde niet-zwangere vrouwen \(patiënten\) met ervaring met cystitis](#)

Tabel 5 toont de hoofdthema’s die uit de interviews met de patiënten met recente ervaring met een cystitis naar voren kwamen.

Tabel 5. Hoofdthema’s en bijbehorende belemmerende en bevorderende factoren van gezonde niet-zwangere vrouwen (patiënten) met recente ervaring met een cystitis.

| Thema | Belemmerende en bevorderende factoren |
|--|--|
| <p>1. De behoefte aan SDM van een niet-zwangere gezonde vrouw met een cystitis hangt af van de hulpvraag die ze op dat moment heeft</p> | <p><u>Belemmerende factor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soms zijn patiënten heel tevreden met een voorstel voor behandeling met antibiotica voor hun UWI en zij hebben dan geen behoefte aan SDM. - Doordat patiënten een eerdere positieve ervaring hebben met een behandeling met antibiotica voor hun cystitis hebben zij dezelfde verwachting bij een nieuwe episode. <p><u>Belemmerende en bevorderende factor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Veel patiënten passen zelf al een afwachtend beleid toe voordat ze contact opnemen met de huisartsenpraktijk. |
| <p>2. Een deel van de patiënten staat open voor SDM, maar specifieke kennis over diverse behandelopties ontbreekt.</p> | <p><u>Bevorderende factor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënten hebben behoefte aan informatie over het beloop en de behandeling van hun UWI, maar ontvangen vaak eenzijdige informatie. - Een deel van de patiënten wil liever geen medicatie als zij weten dat hun lichaam ook zelf kan herstellen. <p><u>Belemmerende en bevorderende factor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Een deel van de patiënten weet niet concreet wat de voor- en nadelen kunnen zijn van antibiotica, maar zij geven wel aan dat zij denken dat antibiotica niet goed zijn voor het lichaam. - Patiënten willen graag betrouwbare informatie en weten niet goed waar ze zelf moeten zoeken. - Algemene informatie over de behandeling van cystitis kan op diverse manieren worden verstrekt (digitaal, mondeling, telefonisch, landelijke media). |
| <p>3. Een deel van de gezonde, niet-zwangere vrouwen heeft vertrouwen dat SDM kan worden toegepast</p> | <p><u>Bevorderende factoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënten hebben vertrouwen in telefonisch behandeladvies van de doktersassistent omdat zij weten dat de huisarts en doktersassistent laagdrempelig met elkaar overleggen. - Patiënten vinden dat een SDM-gesprek met de doktersassistent, al dan niet telefonisch, kan plaatsvinden. |

SDM: shared decision making; UWI: urineweginfectie

1. De behoefte aan SDM van een niet-zwangere gezonde vrouw met een cystitis hangt af van de hulpvraag die ze op dat moment heeft

1.1 Belemmerende factor: soms zijn patiënten heel tevreden met een voorstel voor behandeling met antibiotica voor hun UWI en zij hebben dan geen behoefte aan SDM

Patiënten met een UWI geven aan dat ze niet altijd behoefte hebben aan SDM bij de behandeling van een cystitis. Deze behoefte hangt vooral af van de hulpvraag die zij hebben op het moment dat ze contact opnemen met de huisartsenpraktijk. Voorbeelden van genoemde hulpvragen zijn ‘waarom heb ik nu (weer) een UWI?’ en ‘hoe kan ik een toekomstige UWI voorkomen?’

*Van mij hoeft het niet echt, zo nog een keer erover praten. (...) als ik er nou echt last van had of het om de zoveel tijd of zo zou hebben... Maar ik zeg al. Het is af en toe dat ik het dan heb en dan is het over en dan is het mij goed. Dan denk ik er niet meer aan eerlijk gezegd. **Patiënte 5***

*Ja, gewoon, denk ik, wat de opties zijn, dan kijken we gewoon hoe je het snelst ervan afkomt, als ik er echt last van zou hebben. Maar voor de rest hoef ik, denk ik, niet heel veel te bespreken met de huisarts. **Patiënte 2***

*Kijk en de laatste keer dat ik bij de huisarts was, toen was het meer dat ik nog in een proces zat en daarin graag advies wilde. Dus ja, soms heb ik dat nodig, dat iemand meedenkt in mijn proces. Maar meestal heb ik het gewoon zelf al uitgeneuzeld en dan heb ik alleen een handtekening nodig. **Patiënte 1***

1.2 Belemmerende factor: doordat patiënten een eerdere positieve ervaring hebben met een behandeling met antibiotica voor hun cystitis hebben zij dezelfde verwachting bij een nieuwe episode

De meeste patiënten waren tevreden met de behandeling met antibiotica toen zij een cystitis hadden. De UWI-symptomen verdwenen snel en weinig deelnemers geven aan bijwerkingen te hebben ervaren van de antibiotica. Mede hierdoor verwachten zij in de toekomst vaak wederom antibiotica bij een nieuwe UWI-episode.

*Ja, prima [over de behandeling met antibiotica]. Het ging daarna heel snel over (...) Ik wilde gewoon dat het zo snel mogelijk over ging. **Patiënte 2***

*Want ik zeg al, de volgende dag dus echt al [over verbetering van symptomen na start met antibiotica]. Ik moest nog wel een paar keer plassen, maar toen deed het ook bijna geen pijn meer of iets. Het was echt heel vlug [over], maar dat was de vorige keer ook. **Patiënte 5***

1.3 Belemmerende en bevorderende factor: veel patiënten passen zelf al een afwachtend beleid toe voordat ze contact opnemen met de huisartsenpraktijk

Met name de patiënten met recidiverende UWI's, passen zelf al een afwachtend beleid toe voordat ze de huisartsenpraktijk contacteren. Op het moment dat hun UWI-symptomen verergeren of niet over gaat na toepassing van het afwachtend beleid wensen zij dan een behandeling met antibiotica. Uit eerdere ervaringen weten zij dat hun UWI dan alleen zal genezen met behulp van antibiotica (zie ook Patiënte 9 in sub-thema 1.2).

Interviewer: en hoe lang heb je er dan meestal last van [voordat je belt]?

*Patiënt: meestal een dag of drie, vier. Ik denk van ja, ik moet eerst even uitvogelen wat het is (...) Veel drinken, veel water, extra water drinken en meer niet eigenlijk. Kijken of ik het daarmee wat weg kan krijgen, maar meestal niet. **Patiënte 10***

*Want ik was wel bekend met blaasontstekingen en vaak probeerde ik het dan ook wel weg te drinken. Dat lukte de ene keer beter dan de andere keer. Vaak dacht ik 'Oh, het is gelukt' en dan twee dagen later kwam het alsnog. Maar het begin – zeg maar het prikkende gevoel in de blaas en dat je het gevoel hebt dat je continu moet plassen – ja, dat begon op een gegeven moment weer en dat was 's avonds, een beetje aan het eind van de dag, op het moment dat ik richting mijn sport fietste met een vriendin. En toen dacht ik wel: oh-oh, oeps, ik moet straks echt wel goed blijven drinken om te kijken of dit niet doorzet. En eigenlijk hebben we een uurtje gesport en op de terugweg dacht ik al: dit gaat echt niet goed, dit is gewoon een vette blaasontsteking. **Patiënte 9***

2. Een deel van de patiënten staat open voor SDM, maar specifieke kennis over diverse behandelopties ontbreekt

2.1 Bevorderende factor: patiënten hebben behoefte aan informatie over het beloop en de behandeling van hun UWI, maar ontvangen vaak eenzijdige informatie

De meeste patiënten geven aan dat hun UWI's in het verleden vrijwel direct met antibiotica werden behandeld. Er worden vrijwel geen andere behandelopties besproken tijdens het telefonisch contact met de doktersassistent over de uitslag en de behandeling van de UWI. Een groot deel van de patiënten zegt ook niet te weten dat er verschillende behandelopties voor een cystitis zijn, maar had dit wel graag willen weten.

*En daarom, doordat er nooit verschillende opties besproken zijn, had ik opecht ook het idee dat antibiotica de enige oplossing hiervoor was. En zeker als je wat jonger bent dan neem je dat makkelijker aan. Nou, inmiddels ben ik 32 dus ga je ook iets meer zelf over dingen nadenken dan wanneer je een stuk jonger bent, dan neem je het makkelijker aan. **Patiënte 3***

Dus eigenlijk is er me nooit een ander alternatief geboden. Dus ik weet ook niet of er echt alternatieven zijn. In plaats van een kuur. (...) Dat vind ik dan wel belangrijk om te weten, van wat zijn dan de nadelen en wat zijn de voordelen, wat voor risico's zijn er, dat ik dat wel met haar [de huisarts] kan bespreken, zeker.

Patiënte 12

2.2 Bevorderende factor: een deel van de patiënten wil liever geen medicatie als zij weten dat hun lichaam ook zelf kan herstellen.

Een aantal patiënten geeft aan dat zij liever geen antibiotica of pijnstillers gebruiken als deze niet per se nodig zijn, met name wanneer het lichaam vanzelf zou kunnen herstellen. Sommige patiënten zijn bang dat antibiotica en pijnstilling in de toekomst minder effectief zijn als ze hier nu vaak gebruik van maken. Wat betreft pijnstillers lijken patiënten niet altijd te weten of te beseffen dat deze ook gebruikt kunnen worden tegen dysurie klachten. Zij zien dan ook een toegevoegde waarde in een gesprek over de verschillende behandelopties, waarin risico's en voor- en nadelen van deze behandelopties worden besproken. Desondanks zijn veel van de geïnterviewde patiënten tevreden met antibiotica, vanwege het snelle en goede effect en zouden ze hier waarschijnlijk ook voor kiezen wanneer SDM wordt toegepast.

*Dus als het [blaasontsteking] dan gewoon vanzelf na een tijdje over kan gaan, dat is beter dan antibiotica denk ik. (...) als het niet per se hoeft, dan zou ik het ook niet nemen. **Patiënte 2***

*Je merkt wel dat het heel veel invloed heeft op je hele weerstand en dat het niet alleen tegen je blaasontsteking werkt, maar ook tegen heel veel andere dingen (...) ja ik vind het best wel pittig (...) Nu ben ik het echt zat, waarom is het elke keer zoveel en waarom elke keer antibiotica? **Patiënte 3***

Deelnemer: Nee, weet u, het [pijnstilling] staat eigenlijk als ik ga zoeken op Google, dan staat het er ook wel bij. Neem paracetamol is ook het enige wat ik gewoon gebruiken mag ten aanzien van de andere. Maar ik moet heel eerlijk zeggen, het kan een keer voorkomen als het 's nachts lastig wordt, dat ik denk van nou, even een paar paracetamolletjes. Maar ik kan er wel 50 in mijn medicatiedingetje zetten, ik gebruik het eigenlijk zo min mogelijk. Dat is dan een keuze die ik zelf maak. (...) Ik vind het niet altijd nodig.

Interviewer: En wat bedoelt u dan?

*Deelnemer: Nou, om meteen maar pijnstillers of iets dergelijks te pakken. Dan denk ik, ik heb al zoveel medicijnen, maar los daarvan, als je echt een keer doodziek bent of hele erge hoofdpijn hebt, ja, dan denk ik nou, nu maar even een paracetamolletje. Maar ik probeer het zo veel mogelijk te vermijden. **Patiënte 4***

2.3 Belemmerende en bevorderende factor: een deel van de patiënten weet niet concreet wat de voor- en nadelen kunnen zijn van antibiotica, maar zij geven wel aan dat zij denken dat antibiotica niet goed zijn voor het lichaam

Enkele patiënten laten weten dat zij zich zorgen maken om antibioticaresistentie, bijvoorbeeld doordat de behandeling met antibiotica hun cystitis niet meer snel genas. De patiënten die liever geen antibiotica gebruiken hebben in het verleden vaak bijwerkingen ervaren van de antibiotica, soms ook bij andere infecties dan een UWI, en zien daarom liever af van een antibiotische behandeling. De meeste patiënten hadden geen ervaring met een uitgesteld recept voor antibiotica voor hun UWI. Wel denken zij dat dit zekerheid en rust zou kunnen geven. Een UWI is voor sommige patiënten namelijk een grote belemmering voor hun activiteiten in het dagelijks leven.

*Ik heb wel soms ibuprofen daartegen [dysurie]. Maar ik ben niet zelf niet zo'n voorstander van pijnstillers, omdat ik ook merk met die antibiotica, ik vind het gewoon eng dat je er op een gegeven moment immuun voor wordt. En dat heb ik ook, die angst, met ibuprofen, dus ik probeer dat echt alleen maar voor het slapen gaan en dat ik dan ook doorslaap die nacht. Maar niet te veel. Maar het helpt wel, die ibuprofen, moet ik zeggen. **Patiënte 15***

*Toen kon ik het [uitgesteld recept] ook ophalen. En uiteindelijk heb ik die kuur niet hoeven gebruiken; heb ik het weg kunnen drinken en is het overgegaan (...) ik ging een stuk geruster weg [op vakantie], omdat ik gewoon die kuur in mijn tas had en dacht: ja, als het doorzet, dan heb ik die kuur. **Patiënte 9***

*Ik weet het effect van antibiotica op je darmbacteriën en ik doe er alles aan om te voorkomen dat ik ooit weer aan die antibiotica moet. Want dat heeft gewoon een heel groot effect op mijn gezondheid. En dat is eigenlijk wel de enige motivatie geweest om die medicijnen [antibiotica] zo lang mogelijk uit te stellen. **Patiënte 1***

*Nouja, dat [hoe de behandeling met antibiotica werkt] dus niet meer op den duur. (...) We hebben beide gemerkt dat we resistent zijn geworden. Dus ja, een antibioticum is natuurlijk hartstikke fijn, maar niet als het je... je weet niet waar die blaasontsteking vandaan komt. Ik bedoel, dat moet natuurlijk aangepakt worden. En als je maar de ene antibioticum na de andere slikt, dat is in ons geval alle twee duidelijk; er is resistentie opgetreden. **Patiënte 13***

2.4 Belemmerende en bevorderende factor: patiënten willen graag betrouwbare informatie en weten niet goed waar ze zelf moeten zoeken.

De informatie over het afwachtende beleid met de zelfzorgadviezen zoals ‘veel drinken’ en ‘terugbellen wanneer de klachten niet overgaan’ is soms niet concreet genoeg, aldus patiënten met ervaring met een UWI. Na het ontvangen of lezen van deze informatie hadden zij nog steeds vragen,

zoals ‘hoeveel moet ik dan drinken?’ en ‘wat kan ik nu verwachten in het ziektebeloop?’ (Zie ook Patiënt 6 in sub-thema 2.3). Patiënten geven aan dat ze graag betrouwbare informatiebronnen willen en vinden het prettig om deze via hun huisartsenpraktijk te ontvangen.

Maar ja, meestal, wat ik het meest nodig heb, is gewoon kloppende informatie, wetenschappelijk kloppende informatie. Want ik houd niet van geneuzel.

Patiënte 1

Interviewer: Wat heb je nodig om een goede keuze te kunnen maken?

*Deelnemer: goede informatie (...) en ik wilde ook graag weten wat de voor- en nadelen waren. Dat vind ik dan wel belangrijk om te weten, van wat zijn dan de nadelen en wat zijn de voordelen, wat voor risico's zijn er, dat ik dat met haar [de huisarts] kan bespreken, zeker. **Patiënte 12***

En ik weet dat één van de keren de huisarts mij heeft uitgelegd dat het ene een virus is en de ander een bacterie en dat het afhankelijk is van eigenlijk welk van de twee je hebt of überhaupt antibiotica zou werken (...) Ik moet zeggen dat ik dat eigenlijk best zinvolle informatie vond, want dat wist ik helemaal niet. (...) En dat ik dacht, nou ja, dan wil ik het eigenlijk ook niet gebruiken als dat het al zou zijn.

Patiënte 8

*Je wil eigenlijk als patiënt horen: hoeveel kans maak ik dat ik me zonder antibiotica binnen een redelijke tijd weer goed ga voelen? En wat is het risico dat ik loop op A: dat ik langer met vervelende klachten zit, of B: dat het een gecompliceerde UWI wordt en dat ik straks nog verder van huis ben? **Patiënte 6***

2.5 Belemmerende en bevorderende factor: algemene informatie aan patiënten over de behandeling van cystitis kan op diverse manieren worden verstrekt (digitaal, mondeling, telefonisch, landelijke media).

Patiënten geven aan weinig gebruik te maken van Thuisarts.nl voor cystitis. Daarentegen zochten zij wel naar informatie over het voorkómen van een nieuwe UWI via Google of via informele kring, omdat de informatie die op Thuisarts.nl beschikbaar was, als onvoldoende en te generiek werd gezien. Patiënten die Thuisarts.nl raadpleegden voor cystitis of andere aandoeningen geven aan dat zij na het lezen van de informatie nog vragen hebben over hun persoonlijke situatie waar de website geen antwoord opgeeft. Dit geldt bijvoorbeeld voor preventieve maatregelen, maar ook over informatie over het (natuurlijke) ziektebeloop van een cystitis. De voorkeuren voor manieren waarop informatie verstrekt kan worden varieert per patiënte. In het algemeen geven de meeste patiënten aan dat ze deze informatie graag digitaal ontvangen, al dan niet als naslagwerk. Hierbij vermelden een paar patiënten ook dat papieren informatie voor sommige mensen toch prettiger kan zijn.

*Ja, ik vind Thuisarts of een website, vind ik op zich prima. Maar misschien, als je bij de dokter komt en je hebt blaasontsteking, dat dan misschien gewoon een papiertje met informatie ook handig is. Als je het niet per se nog thuis gaat opzoeken, dat je dan toch iets hebt met de informatie. **Patiënte 2***

Interviewer: En zou dan een video of filmpje met uitleg nog van toegevoegde waarde zijn?

*Patiënt: Voor mij denk ik direct niet, maar voor, dat kan zeker voor mensen zeer waardevol kunnen zijn. Ja, jazeker, zou niet verkeerd zijn. **Patiënte 12***

3. Een deel van de gezonde, niet-zwangere vrouwen heeft vertrouwen dat SDM kan worden toegepast door de doktersassistent

3.1 Bevorderende factor: patiënten hebben vertrouwen in telefonisch behandeladvies van de doktersassistent omdat zij weten dat de huisarts en doktersassistent laagdrempelig met elkaar overleggen.

De meeste patiënten geven geen voorkeur aan voor wie ze te spreken krijgen wanneer zij contact opnemen met de huisartsenpraktijk bij een verdenking op een UWI. De patiënten weten dat de doktersassistent de anamnese en bevindingen overlegt met de huisarts en dat eventuele alarmsymptomen worden gesignaleerd.

*En ik ben ook weleens teruggebeld door de assistente van “maar ik sprak net de huisarts even in de pauze en eigenlijk willen we toch zus en zo” (...) dus dat, kijk, het zijn heel korte lijntjes en dat wordt ook goed in de gaten gehouden bijna. (...) De huisarts monitort wel de antwoorden van de assistente (...) dus dat geeft wel een goed gevoel. **Patiënte 1***

*Ik ben het een beetje gewend dat ik de huisarts zelf bijna niet tot nauwelijks spreek (...) En ik denk, als ik maar geholpen word op dat moment, dat ik gewoon de urine kan brengen en dat ze die controleren. Ja, daar gaat het mij gewoon om (...) Ik ben daar gewoon ook heel makkelijk in omdat ik dus niet kan beoordelen hoe druk een huisarts het heeft (...) **Patiënte 15***

3.2 Bevorderende factor: patiënten vinden dat een SDM-gesprek met de doktersassistent, al dan niet telefonisch, kan plaatsvinden

In het algemeen zijn de meeste patiënten tevreden als zij informatie over hun UWI en de behandelopties via de doktersassistent krijgen. Dit kan volgens hen zeker telefonisch. Dit scheelt namelijk een bezoek aan de praktijk en als zij een gesprek met de huisarts wensen dan kunnen zij dit altijd aangeven bij de doktersassistent.

*Op zich prima hoor [telefonisch gesprek met doktersassistente over UWI-behandeling] (...) voor enkelvoudig niet-gecompliceerde blaasontstekingen die niet te vaak voorkomen. **Patiënte 7***

*Ik vind eigenlijk als ik een afspraak moet maken, dan vind ik dat het makkelijkst online (...) Maar als je, ja, voor zo’n vraag of je hebt zulke dergelijke klachten, dan is het wel heel makkelijk om, heel fijn als je iemand gewoon even aan de telefoon kan spreken, want dan kun je dus gelijk ook wat verdiepende vragen stellen of je kan iemand nog wat meer context geven. (...) Op het moment dat je je echt zorgen maakt, dan zou ik denk ik een afspraak met de huisarts maken. **Patiënte 12***

Discussie en aanbevelingen

Met dit kwalitatieve onderzoek hebben we meer inzicht verkregen in hoeverre zorgverleners in de eerste lijn bereid zijn meer SDM toe te passen bij de behandeling van cystitiden bij niet-zwangere gezonde vrouwen. Hieruit identificeerden we bevorderende en belemmerende factoren die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van toekomstige interventies om meer SDM toe te passen. De belangrijkste bevindingen zijn dat huisartsen in het algemeen beperkt behoefte en ruimte voelen voor verandering van de huidige organisatie van de UWI-zorg ten behoeve van het meer frequent toepassen van SDM, al zien zij ook voordelen. Doktersassistenten lijken meer dan huisartsen open te staan voor het toepassen van SDM bij de behandeling van cystitis. Patiënten met recente ervaring met cystitiden waren frequent niet op de hoogte dat er meerdere behandelopties waren, maar waren wel tevreden over hun behandeling met antibiotica. Een deel van hen gaf aan behoefte te hebben aan concretere informatie over het ziektebeloop van een UWI en de verschillende behandelopties, maar zou vanwege de effectieve werking van antibiotica na het toepassen van SDM ook voor antibiotica kiezen.

Limitaties

In dit onderzoek werd gestreefd naar een doelgerichte deelnemersgroep met een variatie aan kenmerken zoals ook beschreven in de methoden. Hierbij hebben we niet geselecteerd op culturele of etnische achtergrond van de deelnemers. Binnen de methoden van dit onderzoek was het niet haalbaar om hier bij het werven van de deelnemers expliciet rekening mee te houden. Het is mogelijk dat patiënten met ervaring met een UWI met verschillende culturele achtergronden verschillende wensen of verwachtingen hebben met betrekking tot SDM [26]. Dit onderstreept het belang van het uitvragen van de hulpvraag van een patiënt door een zorgverlener.

De selectiebias is een veelvoorkomende bias bij kwalitatief onderzoek. Het is mogelijk dat we vooral huisartsen, doktersassistenten en patiënten met UWI-ervaring hebben bereikt die een sterke affiniteit hebben met het onderwerp UWI's en de organisatie van deze zorg. Om deze bias zoveel mogelijk te beperken hebben we doelgerichte sampling gebruikt. Daarnaast is het mogelijk dat deelnemers sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven tijdens de interviews (social desirability bias). We hebben het risico hierop zoveel mogelijk proberen te verkleinen door aan te geven dat er geen foute antwoorden waren en door vooral te vragen naar de eigen werkwijze en ervaringen in de praktijk, eventueel aan de hand van voorbeeldcasuïstiek. Bovendien gaven veel zorgverleners en patiënten aan dat ze in de praktijk geen SDM toepasten, waardoor we concluderen dat de antwoorden zo eerlijk mogelijk zijn.

Een sterk punt van dit onderzoek is de participanten triangulatie waarbij we de perspectieven van zowel huisartsen, doktersassistenten als die van niet-zwangere gezonde vrouwen met een cystitis hebben onderzocht.

Bevindingen en aanbevelingen

Hoewel uit resultaten van eerdere Nederlandse kwalitatieve onderzoeken in de huisartsenpraktijk bleek dat zorgverleners en patiënten denken dat het toepassen van SDM de zorg verbetert [16, 27], blijkt uit de huidige resultaten dat er momenteel bij huisartsen beperkte motivatie en ruimte is om de UWI zorg in de praktijk veranderen ten behoeve van het toepassen van SDM. Zorgverleners, zowel huisartsen als doktersassistenten, geven aan dat doktersassistenten een voorname rol zouden kunnen spelen bij het eventueel toepassen van SDM, aangezien zij het eerste contactpunt zijn voor

de patiënten. Om dit te faciliteren bestaat de behoefte bij doktersassistenten om specifieke scholing te krijgen over zowel kennis over UWI's als communicatievaardigheden voor het toepassen van SDM. Met deze kennis en vaardigheden zijn zij voldoende toegerust om patiënten, eventueel al bij het eerste contactmoment, te informeren over het natuurlijke ziektebeloop van een UWI en de voor- en nadelen en de risico's van de verschillende behandelopties. Vervolgens kan de patiënt hier al over nadenken zodat tijdens het tweede contactmoment de uitslag en de behandeling kunnen worden besproken. Hierbij is een voorwaarde dat de doktersassistenten en huisartsen goed met elkaar communiceren om deze rolverdeling af te stemmen, eventuele contra-indicaties voor een afwachtend beleid (alarmsymptomen) gesignaleerd worden, en dat zij op elkaar kunnen vertrouwen.

Voor de doktersassistenten zou het een contactmoment en tijd kunnen schelen als patiënten ook op weekdagen een uitgesteld recept voor antibiotica krijgen. Het is daarom belangrijk dat patiënten concrete instructies krijgen over hoe ze dit uitgestelde recept kunnen gebruiken en wanneer ze de antibioticakuur kunnen ophalen bij de apotheek. Hierbij is een voorwaarde dat niet alleen de huisarts, maar ook de doktersassistent over kennis en vaardigheden beschikt om dit met de patiënt te bespreken.

Uit de resultaten blijkt dat een deel van de geïnterviewde zorgverleners het gevoel heeft dat er geen gelijkwaardige behandelingen ter vervanging van antibiotica beschikbaar zijn voor een cystitis. Mede hierdoor wordt al snel een antibiotische behandeling voorgesteld aan de patiënt. Toch geven patiënten aan dat zij graag concrete informatie willen over de UWI en de verschillende behandelopties en het natuurlijke ziektebeloop zodat zij kunnen meebeslissen over behandelopties. Daarnaast geven patiënten aan dat de behoefte aan SDM afhangt van hun hulpvraag, namelijk of ze zo snel mogelijk van hun UWI willen genezen of dat ze andere vragen hebben over hun ziekte. Doordat de hulpvraag frequent niet wordt uitgevraagd kan het voorkomen dat er door zorgverleners ten onrechte van uitgegaan wordt dat patiënten altijd een antibioticakuur willen wanneer zij een UWI hebben. Dit kan bijvoorbeeld ontstaan omdat ervan wordt uitgegaan dat patiënten met een UWI zo snel mogelijk van hun klachten af willen of dat patiënten die vaker UWI's hebben gehad altijd weer antibiotica wensen bij een nieuwe episode. Echter, het is de vraag of deze aannames correct zijn. De huidige bevindingen tonen het belang van het concretiseren van de hulpvraag van de patiënt wanneer deze contact opneemt met de huisartsenpraktijk.

Zowel huisartsen als doktersassistenten vinden het belangrijk dat patiënten zelfredzamer worden, mede vanwege de toegenomen werkdruk in de huisartsenpraktijk. Hierbij vinden zij ook dat er meer bewustzijn in de maatschappij zou moeten worden gecreëerd over de nadelige effecten van antibiotica. De manieren waarop patiënten hierover geïnformeerd kunnen worden zijn afhankelijk van patiëntkenmerken zoals leeftijd, risicofactoren en digitale vaardigheden.

Uit de resultaten van de interviews met patiënten leiden we af dat het eerste contact met de huisartsenpraktijk bij een eerste cystitis bepalend kan zijn voor de verwachtingen van patiënten bij toekomstige UWI's. Naast het verminderen van antibioticagebruik, kan het toepassen van SDM tijdens dit eerste contact mogelijk de zelfredzaamheid van patiënten met cystitis vergroten en daarmee toekomstige tijdswinst opleveren. Daarnaast kan het toepassen van SDM mogelijk de patiënt tevredenheid vergroten. Een vervolgstap kan zijn om deze bevindingen te kwantificeren, waardoor zorgverleners, met name huisartsen, gemotiveerd kunnen worden de UWI-organisatie in hun praktijk aan te passen waar nodig.

Er zijn vervolgstappen nodig om het meer frequent toepassen van SDM bij de behandeling van niet zwangere gezonde vrouwen met cystitis in de Nederlandse huisartsenpraktijk tot stand te brengen. Om dit inzichtelijk te maken hebben we onze bevindingen gebundeld in een logic model (bijlage 3).

Hierin zijn de verschillende factoren en niveaus waarop kan worden ingespeeld weergegeven. Ook geeft dit richting aan doelen die toekomstige interventies kunnen nastreven om mogelijk effectief te zijn. Hierbij kan gedacht worden aan scholing voor doktersassistenten over het toepassen van SDM en het opnemen van SDM in nationale richtlijnen en protocollen. We bevelen verdere interventie-ontwikkeling aan in samenspraak met zorgverleners en patiënten, inclusief evaluatie hiervan, teneinde in de toekomst tot een bruikbare interventie te komen om SDM bij de behandeling van vrouwen met een cystitis in de huisartsenpraktijk te bevorderen.

Referenties

1. Hommerig, J.v. *Jaarcijfers aandoeningen - Huisartsenregistraties*. 2022 04-11-2022 06-12-2022]; Available from: <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/cijfers-over-aandoeningen/jaarcijfers-aandoeningen-huisartsenregistraties>.
2. Finley, C.R., et al., *What are the most common conditions in primary care? Systematic review*. *Can Fam Physician*, 2018. **64**(11): p. 832-840.
3. National Health Care Institute and GIPdatabank. *GIPdatabank: Aantal uitgiftes naar leeftijd en geslacht voor ATC-subgroep J01: Antibacteriele middelen voor systemisch gebruik in 2020*. 2021 24-03-2021 [cited 2022 18-01-2022]; Available from: https://www.gipdatabank.nl/databank?infotype=g&label=00-totaal&tabel=B_03-lftgesl&geg=vs&item=J01.
4. Butler, C.C., et al., *Variations in presentation, management, and patient outcomes of urinary tract infection: a prospective four-country primary care observational cohort study*. *Br J Gen Pract*, 2017. **67**(665): p. e830-e841.
5. Knottnerus, B.J., et al., *Women with symptoms of uncomplicated urinary tract infection are often willing to delay antibiotic treatment: a prospective cohort study*. *BMC Fam Pract*, 2013. **14**: p. 71.
6. Christiaens, T.C., et al., *Randomised controlled trial of nitrofurantoin versus placebo in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in adult women*. *Br J Gen Pract*, 2002. **52**(482): p. 729-34.
7. Gillies, M., et al., *Common harms from amoxicillin: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials for any indication*. *CMAJ*, 2015. **187**(1): p. E21-E31.
8. Costelloe, C., et al., *Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*, 2010. **340**: p. c2096.
9. Kronenberg, A., et al., *Symptomatic treatment of uncomplicated lower urinary tract infections in the ambulatory setting: randomised, double blind trial*. *BMJ*, 2017. **359**: p. j4784.
10. Vik, I., et al., *Ibuprofen versus pivmecillinam for uncomplicated urinary tract infection in women-A double-blind, randomized non-inferiority trial*. *PLoS Med*, 2018. **15**(5): p. e1002569.
11. Gagyor, I., et al., *Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial*. *BMJ*, 2015. **351**: p. h6544.
12. Ferry, S.A., et al., *Clinical and bacteriological outcome of different doses and duration of pivmecillinam compared with placebo therapy of uncomplicated lower urinary tract infection in women: the LUTIW project*. *Scand J Prim Health Care*, 2007. **25**(1): p. 49-57.
13. Bouma, M., M. van den Donk, and T. Platteel, *Herziene NHG-Standaard Urineweginfecties*. *Huisarts en wetenschap*, 2020. **63**(5): p. 60-60.
14. Elwyn, G., et al., *Shared decision making: a model for clinical practice*. *J Gen Intern Med*, 2012. **27**(10): p. 1361-7.
15. van Esch, T.E.M., et al., *Does shared decision-making reduce antibiotic prescribing in primary care? J Antimicrob Chemother*, 2018. **73**(11): p. 3199-3205.
16. van Horrik, T., et al., *Shared decision making for women with uncomplicated Cystitis in Primary Care in the Netherlands: a qualitative interview study*. *BMC Prim Care*, 2022. **23**(1): p. 259.
17. van der Worp, H., et al., *Identifying women's preferences for treatment of urinary tract infection: a discrete choice experiment*. *BMJ Open*, 2021. **11**(11): p. e049916.
18. Bey, L., P. Touboul, and V. Mondain, *Recurrent cystitis: patients' needs, expectations and contribution to developing an information leaflet - a qualitative study*. *BMJ Open*, 2022. **12**(11): p. e062852.
19. Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg. *Verbetersignalement Urineweginfecties*. 2021 6-12-2021 6-12-2022]; Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2021/12/06/zinnige-zorg-verbetersignalement-urineweginfecties>.

20. Michie, S., M.M. van Stralen, and R. West, *The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions*. *Implement Sci*, 2011. **6**: p. 42.
21. van Horrik, T.M.Z.X.K., et al., *Bevorderende en belemmerende factoren voor het gepast inzetten van urinekweken in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief onderzoek*. 2023.
22. Lecky, D.M., et al., *Optimising management of UTIs in primary care: a qualitative study of patient and GP perspectives to inform the development of an evidence-based, shared decision-making resource*. *Br J Gen Pract*, 2020. **70**(694): p. e330-e338.
23. Vincent, Y.M., et al., *Construction of a patient decision aid for the treatment of uncomplicated urinary tract infection in primary care*. *BMC Fam Pract*, 2021. **22**(1): p. 26.
24. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. *Implement Sci*, 2009. **4**: p. 50.
25. Braun, V. and V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 2006. **3**(2): p. 77-101.
26. Simon, C.M. and E.D. Kodish, *Step into my zapatos, doc: understanding and reducing communication disparities in the multicultural informed consent setting*. *Perspect Biol Med*, 2005. **48**(1 Suppl): p. S123-38.
27. Meijers, M.C., et al., *Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015*. *Fam Pract*, 2019. **36**(3): p. 357-364.

Bijlagen

Bijlage 1 Topiclijst voor zorgverleners versie 29-6-2022

Interview guide voor huisartsen en doktersassistenten

Datum interview

Code deelnemer

Leeftijd

Werkervaring jaren

Algemene gegevens huisartsenpraktijk

Introductie Onderzoek naar hoe huisartsen patiënten kunnen betrekken bij de behandelkeuze van ongecompliceerde UWI's, ofwel blaasontstekingen.

Huidige organisatie van zorg bij urineweginfecties in de huisartsenpraktijk

Stel, een gezonde niet zwangere patiënte presenteert zich met klachten van een blaasontsteking bij u in de praktijk. Hoe verloopt dit dan in uw praktijk?

- Wat is de rol van de huisarts en doktersassistent hierbij?
 - Anamnese aan de balie; SOA-klachten?
- Welke behandelopties overweegt u bij UWI's zonder tekenen van weefselinvasie? Voor elke genoemde optie: waarom?

Actief vragen naar: wat voor niet-antibiotica behandeling bespreekt u met de patiënt?

Schrijft u ook pijnstilling voor? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Bij afwachtend beleid: wanneer zou je dan wel met AB starten?

Is er een protocol aanwezig in uw praktijk en (hoe) wordt dit opgevolgd?

Wie schrijft het protocol? Wie updatet het protocol? Hoe vaak wordt het protocol geüpdatet? Waar is het protocol te vinden? Hoe wordt het protocol gebruikt (bijv. hangt het ergens, zijn het stroomdiagrammen)? **Wordt de behandeling genoemd in het protocol? Staat er iets in over SDM?**

Hoe ervaart u uw huidige organisatie van zorg met betrekking tot het diagnose stellen en kiezen van de behandeling in de praktijk bij een UWI?

- Zou u iets hieraan willen veranderen? Waarom wel of niet?
- Wat voor factoren beïnvloeden uw keuze hierin? Bijvoorbeeld, patiëntfactoren, angst voor het missen van een diagnose, of kans op complicaties.
- Wat is volgens u de rol van antibiotica bij de behandeling van UWI's?
- Wat weerhoudt u ervan om géén antibiotica voor te schrijven bij UWI's?
 - o Andere vraagstelling: waarom stelt u niet altijd een afwachtend beleid voor?

Wat is uw ervaring met patiënten en UWI's?

- Hoe presenteren patiënten zich (met welke symptomen of vragen komen ze)?
- Wat vertellen patiënten tegen u over hoe ze hun symptomen ervaren?
- Wat voor verwachtingen denkt u dat hebben patiënten als ze bij u komen? Hierop volgend: spreken patiënten deze verwachtingen uit?

- Als een patiënt aangeeft liever geen AB te willen, bewegen huisartsen/doktersassistenten daarin mee. Waarom stelt HA/DA dit zelf niet voor aan alle patiënten?
- Welke ervaringen delen patiënten met u over de behandeling van UWI's?

Samen beslissen

Hoe past u ‘samen beslissen’ of ‘shared decision making’ toe in de praktijk bij de behandeling van blaasontstekingen?

- Tussen huisarts en doktersassistent?
- Tussen huisarts/doktersassistent en patiënt?

Waarom betreft u de patiënt wel of niet bij de behandelkeuze van een UWI?

- Welke patiënten betreft u bij de behandeling van een UWI? En waarom?
- Welke patiënten betreft u niet bij de behandeling? En waarom dan niet?
- Hoe betreft u de patiënt bij de behandeling van een andere aandoening dan UWI's?
- Wat is het verschil tussen het betrekken van de patiënt bij de behandeling van een UWI en andere aandoeningen?
- Op welk moment zou het Samen beslissen gesprek gevoerd kunnen worden?

Wanneer stelt u een uitgesteld recept voor?

- Bij wie?
- Wat voor advies wordt er dan meegegeven?
- Hoe wordt dit besproken?
- Waarom voor het weekend en niet doordeweeks?
- Als HA geen uitgesteld recept gebruikt ‘omdat de patiënt toch direct AB gaat gebruiken’ waarom vindt de huisarts dit dan erg?

Benodigheden voor Samen beslissen

Welke factoren zouden u kunnen helpen om samen met de patiënt een behandeling te kiezen bij een ongecompliceerde UWI?

Welke factoren belemmeren u om Samen te beslissen toe te passen in de behandeling van UWI's?

Voor elk genoemd item: waarom wel/niet, hoe zou u dit gebruiken of toepassen?

Hierna vragen naar items/factoren die nog niet genoemd zijn.

- Genoeg vertrouwen in eigen vaardigheden om Samen beslissen toe te passen, bijvoorbeeld:
 - Kennis over behandelingen van UWI met tekenen van weefselinvasie (voor- en nadelen, risico's)
 - Kennis over risicogroepen
 - Antibioticaresistentie?
 - Communicatieve vaardigheden
- Drie goede vragen: wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden? Wat betekent dat in mijn situatie?
 - Noodzaak voor Samen beslissen bij ongecompliceerde UWI's
 - Soort interventie, bijvoorbeeld: Informatiefolders en –video's voor patiënten, thuisarts.nl, (digitale) keuzehulpen voor patiënten,
 - Scholing medewerkers (huisarts en/of assistent, zelf/collega)
 - Heeft u behoefte aan scholing?
 - Wat moet er in die scholing worden besproken?

- Duur en kosten van de interventie
- Organisatorische veranderingen binnen de praktijk, bijvoorbeeld:
 - Specifiek aanspreekpunt voor UWI's, lokale leider
 - UWI-spreekuur (telefonisch, face-to-face)
 - Omgevingsfactoren (andere huisartsenpraktijken die wél Samen beslissen toepassen bij UWI's; media-aandacht voor het onderwerp)
- Patiëntfactoren, bijvoorbeeld
 - Leeftijd, voorgeschiedenis, risicofactoren, cultuur
 - Verwachting van patiënten t.o.v. Samen beslissen

Gedachten experiment *Hoe zou u Samen beslissen bij de behandelkeuze van UWI's gebruiken in uw praktijk als u hiervoor een zak met geld kreeg en deze kon gebruiken zoals u wilde?*

- Stel dat u gelijkwaardige opties heeft voor de behandeling van een blaasontsteking, namelijk een afwachtend beleid of antibiotica (al dan niet via uitgesteld recept). Hoe zou ervoor zorgen dat u dit met de patiënt kan bespreken?

Ten aanzien van de vragen uit de topic guide. Hieronder nog suggesties voor verdiepende of prikkelende vragen om tot nog meer informatie te komen.

- Wat waren uw diagnostiek en behandeling bij de laatste patiënt die urine kwam inleveren deze week/vorige week?
- Rol voor DA: AvD heeft in haar onderzoek verschil gevonden tussen de grootte van huisartsenpraktijk waarin DA werkzaam was. Namelijk, in grote praktijk kenden de patiënten de DA minder goed en namen ze minder informatie van hen aan.
- Evt. (lange termijn) voor- en nadelen van AB bespreken: 1) meteen AB voorschrijven leidt tot medicalisering en in de toekomst ook meer workload; 2) verwachting van de patiënt is lang niet altijd AB.
- Indien DA zich verschuilt achter 'HA is verantwoordelijk en neemt de behandelbeslissing', dan ook verwijzen of vragen naar andere aandoeningen waarbij DA een behandelbeslissing neemt. Bijvoorbeeld, kind met oorpijn --> paracetamol.
- Urgentie tot veranderen van huidige beleid, met in het achterhoofd bovengenoemde voor- en nadelen. AB-resistentie is mogelijk geen 'zware factor' omdat NL het 'altijd goed doet t.o.v. andere landen.'

Bijlage 2 Topiclijst voor patiënten versie 30-9-2022

Datum interview

Naam/code

Leeftijd

UWI voorgeschiedenis

Werk/achtergrond

| Onderwerp | Vragen |
|--|--|
| Introductie | Onderzoek naar hoe huisartsen patiënten kunnen betrekken bij de behandelkeuze bij blaasontstekingen. |
| Urineweginfecties (UWI's) en behandeling met antibiotica | <p>Wat is uw ervaring met blaasontstekingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wanneer had u voor het laatst een blaasontsteking? - Wat voor klachten had u? - Wat heeft u toen gedaan? - Wat voor impact had deze blaasontsteking op uw dagelijks leven? - Hoe werd uw blaasontsteking behandeld? - Hoe hebt u dat ervaren? <p>Wat is uw ervaring met de behandelingen van blaasontstekingen in het algemeen?</p> <p>Welke behandelingen kent u voor blaasontstekingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat vindt u van behandeling met antibiotica? <ul style="list-style-type: none"> o Wat zijn voor u de voor- en nadelen van antibiotica? o Heeft u wel eens bijwerkingen ervaren? - Wat vindt u van een behandeling zonder antibiotica en met eventueel pijnstillers? <ul style="list-style-type: none"> o Wat weet u over de risico's bij het wel of niet behandelen met antibiotica van een blaasontsteking? - Ervaring met uitgesteld recept? <p>Wat weet u over antibiotica resistentie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe kijkt u hier tegenaan? Bijv. maakt u zich zorgen hierover? - Heeft dit invloed op uw mening over antibioticagebruik bij blaasontstekingen? <p><i>Indien van toepassing:</i> Heeft u ooit een blaasontsteking gehad met koorts? Of een nierbekkenontsteking?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe is dit toen verlopen? |
| Huidig organisatie van zorg rondom blaasontstekingen in de huisartsenpraktijk | <p>Hoe verliep het contact met uw huisartsenpraktijk toen bleek dat u een blaasontsteking had?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe werd de uitslag van het urineonderzoek met u besproken? <ul style="list-style-type: none"> o Door wie? - Hoe werd u betrokken bij de behandelkeuze? - Wat vindt u hiervan? - Hebt u de huisartsenpraktijk toen bezocht? - Wat zou u hierin anders willen zien? <ul style="list-style-type: none"> o Bijv. wel of geen gesprek met huisarts, waarom? o Contact met huisarts of doktersassistent? o Contact face-to-face of telefonisch, waarom? |

- Wanneer zou u liever de huisarts of de doktersassistente willen spreken over uw blaasontsteking? Bijv. is dit afhankelijk van de klachten of van de kennis en kunde van de huisarts en doktersassistent?

Patiënten betrekken bij de behandelkeuze van blaasontstekingen

Hoe werd u betrokken bij de behandelkeuze voor uw blaasontsteking?

- Hoe hebt u dit ervaren?
- Wat waren de voordelen en de nadelen voor u?

Als u niet werd betrokken bij de behandelkeuze van uw blaasontsteking, zou u dit willen?

- Waarom wel of waarom niet?
- Wat zouden de voordelen en de nadelen zijn voor u?

Wat werd er gezegd?

Hoe heeft u hierop gereageerd?

Wat zei de huisarts/doktersassistente toen?

Wat vond u hiervan?

Hoe zou u betrokken willen worden bij de behandeling van uw blaasontsteking? OF: Hoe zou u nog beter betrokken kunnen worden bij de behandeling van uw blaasontsteking?

- Wat hebt u nodig om een keuze te kunnen maken tussen verschillende behandelingen?
- Per item vragen waarom iemand dit zou willen en hoe dit er dan uit zou moeten zien of hoe dit in de praktijk zou gaan
 - Informatiefolder
 - Video met uitleg
 - Gesprek met huisarts of doktersassistent
 - Keuzehulp
 - Andere suggesties?

Wat moet er in de informatie staan?

Hoe wil je die informatie?

Hoe moet een keuzekaart eruit zien?

Bijlage 3 Logic model voor Samen beslissen

Er wordt nauwelijks SDM toegepast bij de behandeling van blaasontstekingen bij vrouwen in de huisartsenpraktijk

Belemmerende factoren

Organisatie van UWI-zorg

Diagnostiek en behandeling van UWI's zijn ingericht om snel en efficiënt te zijn

Geprotocolleerde UWI-zorg, waarbij de patiënt niet actief wordt betrokken

Geen tijd voor SDM

Veronderstelling van zorgverleners

Zorgverleners denken dat patiënten altijd antibiotica willen

Zorgverleners vragen hulpvraag van patiënt niet altijd duidelijk uit

Zorgverleners vinden dat er geen goed alternatief beschikbaar is voor antibiotica

Patiënten ten aanzien van SDM

Patiënt heeft geen kennis over behandelopties

Behoeft aan SDM hangt af van de hulpvraag, maar patiënten wordt tot op heden nauwelijks SDM aangeboden

Wat is er nodig?

Organisatie van UWI-zorg

Tijd en geld en voldoende personeel

Ruimte in praktijk, maar telefonisch SDM kan ook, om privacy te waarborgen

SDM opnemen in praktijkprotocol

Scholing (o.a. kennis en communicatie) van doktersassistenten om SDM te kunnen toepassen

Veronderstelling van zorgverleners

Bewustwording bij zorgverleners dat patiënten open staan voor SDM en informatie willen over andere behandelopties

(Patiënt) motivatoren

Inzicht geven dat SDM tijdswinst kan opleveren op de lange termijn

Vertrouwen van patiënten en zorgverleners in de vaardigheden van de doktersassistent om SDM toe te passen

Goede en heldere informatie naar patiënten

Zorgverleners inventariseren de hulpvraag van patiënten

Uitkomst

Organisatie van UWI-zorg

Minder antibioticagebruik

Patiënt wordt zelfredzamer, waardoor tijdswinst op lange termijn

Patiëntniveau

Informatievoorziening aan patiënten op diverse manieren

Voldoende privacy voor de patiënt bij de anamnese

Patiënt wordt actief bij behandeling betrokken

Patiënt voelt zich beter geholpen