

Klinische vraag

Wat is het effect van 'treatment review' door de apotheker gevolgd door persoonlijk overleg met de huisarts versus schriftelijke feedback aan de huisarts op het medicatiegebruik bij ambulante oudere patiënten met polyfarmacie?

Duiding

T. Christiaens

Bespreking van

Denneboom W, Dautzenberg MGH, Grol R, De Smet PAGM. Treatment reviews of older people on polypharmacy in primary care: cluster controlled trial comparing two approaches. *Br J Gen Pract* 2007;57:723-31.

Achtergrond

Polyfarmacie is een toenemend probleem in alle Westerse landen en treft vooral de oudere populatie. Verschillende strategieën werden reeds uitgetoetst om polyfarmacie te beperken. 'Treatment review' van geneesmiddelenlijsten door gezondheidswerkers met een farmacologische training (huisartsen, apothekers, geriateren) is één van de bestudeerde modellen die met succes werden toegepast. 'Treatment review' betekent een analyse van het volledige geneesmiddelengebruik van een patiënt, inclusief een beoordeling van alle relevante medische gegevens. Deze methode kan op verschillende manieren worden geïmplementeerd. Welke benadering het meest doeltreffend en kosteneffectief is, vraagt verder onderzoek.

Bestudeerde populatie

- 29 apothekers in Nederland, met specifieke opleiding
- 84 huisartsen (elke apotheker zocht twee tot drie huisartsen die bereid waren om mee te werken)
- 738 oudere (≥ 75 jaar) thuiswonende patiënten (tien per huisarts) die minstens vijf geneesmiddelen gebruikten, werden at random geselecteerd uit de patiëntenlijsten
- de gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 81 jaar en er werden gemiddeld zeven geneesmiddelen per patiënt gebruikt.

Onderzoeksopzet

- **cluster randomisatie**
- met behulp van een geneesmiddelenbewakingsprogramma identificeert de apotheker suboptimale voorschriften en stelt aanpassingen voor
- vergelijking van twee interventies:
 - een feedbackrapport naar de huisarts (de 'geschreven feedback' groep) zonder verdere opvolging
 - persoonlijk overleg tussen apotheker en huisarts; opstellen van behandelingsplan met concrete doelstellingen (de 'persoonlijk overleg'-groep)
- drie maanden later neemt de apotheker contact op met de huisarts om te toetsen in hoeverre de gemaakte afspraken geïmplementeerd zijn
- een onafhankelijk panel beoordeelt de klinische relevantie van de adviezen die de apotheker gaf aan de huisarts.

Uitkomstmeting

- hoeveel medicatiewijzigingen zijn er zes maanden na het geven van (klinisch relevante) adviezen?
- blijven de aanpassingen behouden na negen maanden?
- wat zijn de verschillen in geneesmiddelenuitgaven en tijdsinvestering tussen beide interventies?

Resultaten

- voor 624 patiënten werden er 1 569 adviezen gegeven (62% via het computerprogramma en 38% vanuit de apotheker), voor 114 patiënten (15,4%) was er geen commentaar
- 264 (77,3%) adviezen waren klinisch relevant (problemen rond dosis aanpassingen, minder aangepaste medicatiekeuze voor ouderen en fouten in het voorschrift)
- na de interventie werden in de 'persoonlijk overleg'-groep significant meer medicatiewijzigingen uitgevoerd dan in de 'geschreven feedback'-groep (42 versus 22; $p=0,02$)
- dit verschil bleef bestaan na zes maanden (36 vs 19; $p=0,02$) maar was na negen maanden niet meer significant (33 vs 19; $p=0,07$)
- de tijdsinvestering van apothekers en artsen was groter in de 'persoonlijk overleg'-groep
- beide interventies gaven een daling in de geneesmiddelenuitgaven zonder significant verschil tussen beide. De iets grotere daling in de 'persoonlijk overleg'-groep werd geneutraliseerd door de grotere kost van de interventie.

Besluit van de auteurs

'Treatment review' met persoonlijk overleg leidt tot een betere implementatie van klinisch relevante adviezen. De extra kosten lijken te worden opgevangen door extra besparing. Het effect vermindert met de tijd; 'treatment review' bij ouderen moet dus geïntegreerd worden in de routine samenwerking tussen huisarts en apotheker.

Financiering: KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie)

Belangenvermenging: logistieke ondersteuning door Service Apotheek Nederland (een belangenorganisatie van onafhankelijke apothekers)

1. Higashi T, Shekelle P, Solomon D, et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 2004;140:714-20.
2. Wenger NS, Shekelle PC. Assessing Care of Vulnerable Elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med* 2001;135:642-6.
3. Lewis T. Using NO TEARS tool for medication review. *BMJ* 2004;329:434.
4. Holland R, Desborough J, Goodyer L, et al. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2008;65:303-16.

Methodologische beschouwingen

Interventies bestuderen in een gerandomiseerd onderzoek is minder vanzelfsprekend en vaak complexer dan placebo-gecontroleerd geneesmiddelenonderzoek. Goed opgezette studies als deze verdienen dus onze appreciatie. Belangrijk pluspunt is dat de cluster-randomisatie (op niveau van de deelnemende apothekers) ervoor zorgt dat de twee interventies totaal onafhankelijk van elkaar gebeuren (geen 'contaminatie'). De uitgevoerde multilevelanalyse corrigeert statistisch de verschillen tussen de artsen.

Anderzijds is het in dit type onderzoek altijd moeilijk om de invloed van de interventie los te koppelen van de invloed van diegenen die de interventie uitvoeren. Omwille van het interactieve karakter van de 'persoonlijk overleg'-interventie is het mogelijk dat hier het enthousiasme van de apotheker en de relatie tussen huisarts en apotheker meer invloed hadden.

De grootste beperking in verband met extrapoleerbaarheid van de studieresultaten is dat de apotheker zelf de huisartsen koos. De kans is groot dat vooral huisartsen gecontacteerd werden waarvan de apotheker veronderstelde dat ze bereid waren het medicatiegebruik in vraag te stellen en dus ook adviezen op te volgen.

Resultaten in perspectief

Het feit dat ambulante patiënten en geen rusthuisbewoners geïncludeerd worden, maakt dit onderzoek extra interessant voor de huisartspraktijk.

Het opvolgen van relevante adviezen is eerder een intermediaire uitkomstmaat¹. Uiteraard zou het echte harde eindpunt in deze studie 'een betere levenskwaliteit en gezondheid van de patiënt' moeten zijn. Daarvoor was de studiepopulatie echter te klein en was vooral de follow-up te kort. Er zijn bovendien zeer veel confounders voor het eindpunt 'gezondheid', waardoor dit erg moeilijk te meten is.

Als we de absolute cijfers bekijken, worden na negen maanden in de 'geschreven feedback' groep 19 medicatiewijzigingen op 147 klinisch relevant beschouwde adviezen doorgevoerd, versus 33/156 in de 'persoonlijk overleg'-groep. Al bij al een matige impact. Het zou erg interessant geweest zijn indien werd nagegaan welke adviezen wel en welke niet werden opgevolgd en waarom. Kostenbesparing is van een andere orde, maar tevens erg belangrijk. Als goedkopere interventies gepaard gaan met betere zorg, is dit zeker meegenomen. Het gaat hier echter hooguit over een kostenneutraliteit voor slechts één interventieperiode.

Het beeld zou helemaal anders kunnen zijn mocht deze interventie op regelmatige basis gebeuren in plaats van éénmalig. Enerzijds zullen flagrante fouten alleen de eerste keer uit een medicatielijst gehaald worden. Anderzijds is een leereffect zeer waarschijnlijk, waardoor de arts niet hervalt in dezelfde fout. Dat zou het effect van de interventie misschien minder meetbaar maken, maar het zou misschien ook resulteren in kwaliteitsvollere voorschriften. Of een dergelijk leereffect groter is na persoonlijk contact dan na schriftelijke feedback, is uit deze studie niet te achterhalen.

Voor de praktijk

Het feit dat persoonlijk overleg versus schriftelijke feedback na zes maanden effectiever bleek, maar na negen maanden niet meer (ondanks een positieve trend), maakt het moeilijk om een duidelijke conclusie te trekken. De auteurs concluderen in het voordeel van het persoonlijke overleg. Nochtans kan men zich de vraag stellen of deze veel complexere interventie opweegt tegen de inspanning om alle huisartsen schriftelijke feedback over al hun patiënten met polyfarmacie te geven. In de studie maakt men gebruik van een computerprogramma om feedback te geven. Dit is zeer aantrekkelijk: ook al klopt een aantal adviezen misschien niet met de klinische realiteit, de snelheid en het gemak waarmee dit kan bekomen worden, is een pluspunt. Er bestaan een aantal instrumenten, soms vrij omslachtige, om polyfarmacie te analyseren. ACOVE is daar een voorbeeld van en is ook gevalideerd voor gebruik bij niet-geïnstitutionaliseerde personen¹. Computerprogramma's aangepast aan de huisartspraktijk zouden zeer welkom zijn². Methodes als ACOVE of NO TEARS zijn echter ontwikkeld voor geriatrische settings³.

Toepasbaarheid in België

Deze typisch Nederlandse situatie geeft problemen naar extrapoleerbaarheid. In Nederland is de patiënt immers ingeschreven bij een vaste apotheker. De Nederlandse apotheker is reeds jaren vertrouwd met zijn rol in de farmaceutische zorg. Voor deze studie kregen ze slechts één dag extra vorming over 'treatment review'. Of dit zou volstaan in een Belgische context, valt te betwijfelen. De kwaliteit van het advies is doorslaggevend want in ander onderzoek stelde men ook negatieve resultaten vast⁴.

● Besluit Minerva

Deze interessante, gerandomiseerde studie geeft positieve argumenten voor beide implementatiestrategieën van 'treatment review' (geschreven feedback of in persoonlijk overleg opmaken van een behandelingsplan). Het is vooral een aanzet om 'treatment review' in overweging te nemen bij ambulante patiënten met polyfarmacie en om te zoeken naar de mogelijkheden van een dergelijke interventie in de Belgische context.

