



Wat als de apotheker medicatie zou gaan voorschrijven?

Barbara Claus, Vakgroep Farmaceutische Analyse, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, UGent; Apotheek, UZ Gent en Marleen Haems, Beroepsmanagement Koninklijk Oost-Vlaams Apothekersgild (KOVAG); Vlaams Apothekersnetwerk (VAN)

De apotheker die medicatie voorschrijft, is een zeer ongewone stelling in ons huidige zorglandschap. Hoe kunnen we deze quote het best plaatsen in een Belgische context? Apothekers hebben vandaag een adviserende rol, wettelijk afgebakend in het KB 78 van 10 november 1967 met richtsnoeren in een recenter KB van 21 januari 2009. De meest bekende adviesverstrekking is een eerste en tweede uitgiftebegeleiding voor chronische medicatie (bv. bij astmamedicatie als gehonoreerde verstrekking (1)) of het controleren van belangrijke interacties in de recente medicatielijst. Bij dit laatste maakt men meestal gebruik van het ingebouwde softwarepakket Delphi Care en kan men via het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD) - na een *eHealth consent* door de patiënt (2) - ook geneesmiddelen afgeleverd door andere apotheken analyseren. Er wordt voorts hard gewerkt aan meer geavanceerde clinical-decision-supportsystemen (3).

Het gaat bij farmaceutisch advies ook om het accentueren van zeer gebruiksgerichte aandachtspunten voor de patiënt - in het verlengde van het voorschrift, zoals: innemen in rechtopstaande positie, 's avonds, los van voeding. Onder het motto dat vier ogen meer capteren dan twee kan een doorlichting van het geneesmiddelenprofiel van een patiënt door een apotheker-geneesmiddelenexpert bijdragen tot een veilige, effectieve en soms zelfs meer kosteneffectieve zorg (4,5). In een recent editoriaal van Minerva wordt tevens de bijdrage van de apotheker in het bevorderen van therapietrouw doorgelicht (6).

Overleg tussen huisartsen en apothekers is noodzakelijk. Naast het individuele casusgebonden telefonische overleg, kent het structurele overleg een sterke uitbreiding. Via Vitalink (7), een initiatief van de Vlaamse overheid om de informatie over medicatie interprofessioneel met elkaar te verbinden, wordt gewerkt aan een gemeenschappelijk medicatieschema dat ook voor de patiënt en de thuisverpleegkundige toegankelijk is. Zowel huisartsen als apothekers kunnen een medicatieschema initiëren en wijzigen. Als de apotheker het medicatieschema wijzigt, heeft de huisarts gedurende 48 uur de tijd om de wijziging aan te passen of ongedaan te maken. Na het uitpuren van kinderziekten zal deze evolutie ontegensprekelijk een meerwaarde vormen: de combinatie van alle Vitalink-gegevens (medicatieoverzicht van alle voorschrijvers, inclusief geregistreerde OTC-afleveringen uit het GFD) moet leiden tot een eenduidig medicatiebeleid. In Wallonië en in het Brussels Gewest zijn met het netwerk Santé Wallon (8) en met het gezondheidsnetwerk Abrumet (9) gelijkaardige initiatieven gestart. Daarnaast vormt het erkennen en subsidiëren van het Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO), waarbij huisartsen en huisapothekers lokaal rond een specifiek thema overleggen en tot meetbare afspraken en richtlijnen komen, ongetwijfeld een positieve stimulans (wet van 14 juli 1994 met uitvoerend KB van 3 april 2015).

Een Canadese studie, de Rx EACH Trial (10), uitgevoerd in 56 officina-apotheken in de provincie Alberta, ging een stap verder. Apothekers spoorden proactief cardiovasculaire hoogrisicopatiënten op en gaven niet alleen farmaceutisch advies maar stelden ook dosissen bij, schreven nieuwe medicatie voor of bouwden medicatie af tot stop. Daarvoor moest de patiënt aan strikte inclusievereisten voldoen: diabetes, chronisch nierfalen (volgens opeenvolgende eGFR- en/of albumine over creatinineratio (ACR)-metingen), voorafgaande perifere, cerebro- of cardiovasculaire belasting en/of een Framinghamrisico $\geq 20\%$ met minstens 1 ongecontroleerde factor (bloeddruk, LDL-cholesterol, HbA1c of roken). De apotheker had een uitgebreid gamma aan tools ter beschikking: CardioVascularDisease-scoretabellen per ziektebeeld, de huidig voorgeschreven medicatie en de mogelijkheid tot het consulteren/aanvragen van laboratoriumtesten. Hij was ook verplicht een reeks leermodules te volgen.

In de finale dataset met 370 patiënten die na randomisatie en stratificatie per apotheek de interventie ontvingen (vergeleken met 353 patiënten met ‘klassieke’ farmaceutische zorg), zag men in de 3 maanden follow-up per patiënt diverse fijnregelingen, opstart- en stoporders in alle klassen van de geconsulteerde geneesmiddelen (van diabetes-, over hypolipemiërende tot antihypertensieve geneesmiddelen). Het berekende cardiovasculaire basisrisico was bij aanvang van de studie gelijkend tussen de gerandomiseerde groepen (26.6% (SD 19.3) in de controle- en 25.6% (SD 17.8) in de interventie-arm) en de scores divergeerden na 3 maanden follow-up significant in het voordeel van de interventie.

Hoe kunnen we deze uitbreiding van het takenpakket van de apotheker verklaren? Eerst en vooral moet men de functie van apotheker als voorschrijver in deze studie bovenop zijn adviserende functie, de ‘klassieke’ farmaceutische zorg, plaatsen in een historische context die eigen is aan het Noord-Amerikaanse continent. Een relatief tekort aan artsen in de jaren 80 enerzijds en de snel groeiende incidentie van patiënten met hoog cardiovasculair risico met hieraan gekoppeld zware financiële implicaties voor de gezondheidszorg anderzijds (11) hadden de rol van de apotheker in het farmacotherapeutische beleid onmisbaar gemaakt. Het halen van de *Million Hearts goal* in 2017 – de preventie van 1 miljoen hartaanvallen – vroeg bovendien een hoge inzet op de eerstelijnszorg (12). De apotheker is binnen deze optiek een zeer toegankelijke zorgverstrekker om patiënten te capteren. De studie zelf meldt verder ook dat een cardiovasculaire risicoanalyse van de patiënt eerder niet standaard door de Canadese huisartsen gebeurde.

In de provincie Alberta in Canada (maar ook in de meeste staten van de VS) wordt de apotheker sinds jaar en dag gehonoreerd voor medicatiemanagementverstrekingen. Er is steeds een (online) communicatie van elke wijziging van het medicatieschema met de huisarts. Het aanvragen van laboratoriumanalyses en het opmaken van de-novo-voorschriften werden in de Rx EACH-studie onder deze paraplu geplaatst. Het nieuwe gegeven in de studie was dat er geen voorafgaande goedkeuring voor de medicatiewijziging nodig was.

In de Belgische gezondheidszorg kennen we vandaag - naast de mogelijkheid van de apotheker om het Vitalink-medicatieschema in bepaalde dringende situaties te wijzigen (bijvoorbeeld tijdens wachtdiensten) - al enkele voorbeelden binnen het ziekenhuis waarbij de apotheker deelaspecten van het medicatievoorschrift voor zijn rekening neemt. Denken we bijvoorbeeld aan een dubbelblinde klinische studie waarbij de apotheker de enige niet-geblindeerde partner was om per protocol de dosis op basis van gestandaardiseerde laboratoriumwaarden aan te passen of nog, de fijnregeling van een antibioticumkuur binnen het multidisciplinaire antimicrobieel team bij te sturen op basis van nierfunctie, interactie en soms zelfs farmacokinetiek. Die laatste werkwijze contracteert de apotheker om zijn functie als ‘*patient-oriented consultative care manager*’ (liever dan ‘*prescriber*’) op afgesproken basis op te nemen.

In onze contreien is de drempel tot de huisartsgeneeskundige zorg gunstig laag; dit geldt a fortiori voor de officina’s (gemiddeld 100 patiëntcontacten per dag per officina). De vraag stelt zich dan ook of er niet moet worden nagedacht over een uitgebreidere samenwerking tussen huisartsen en huisapothekers zodat via opportunistische screening beide elkaar aanvullen en het aandeel patiënten dat onterecht buiten het cardiovasculaire risicobeheer valt, kleiner wordt.

Wat zijn dan de minimale randvoorwaarden om tot een meer geïntegreerde eerstelijnszorg te komen waarin elke zorgverstrekker zijn consultatieve functie heeft? Een eerste en essentiële stap is het uitwerken van gemeenschappelijke richtlijnen waarin de elkaar aanvullende rollen van de huisarts en van de huisapotheker duidelijk worden omschreven. Via het MFO kan dit worden uitgerold en geïmplementeerd.

Ten tweede moet het gedeelde platform ook informatie over essentiële laboratoriumparameters, allergieën, gerapporteerde bijwerkingen kunnen delen. Bij uitbreiding kan men op dit platform de evaluatie van het cardiovasculair risico door de apotheker plaatsen op de wijze zoals ze in de studie gerapporteerd wordt. De Canadese studie vormt dus een trigger om de communicatie op een gestructureerde en hoogkwalitatieve wijze te organiseren. Het is tevens een pleidooi voor het efficiënter opvolgen van therapieën, denk maar aan slaapadvies en advies bij de afbouw van benzodiazepinegebruik (13).

Ter illustratie zijn meer dan 750 Vlaamse apothekers ingeschreven in een interactief vormingsprogramma over de GheOP³s-methode voor het uitvoeren van een *medication review* bij ouderen met polyfarmacie op basis van het GFD (14). Door het gebrek aan de beschikbaarheid van klinische parameters in de Belgische apotheek dient dit nog beperkt te blijven tot dié aandachtspunten waarvoor deze laboratoriumwaarden niet nodig zijn.

Besluit

Elektronische toepassingen laten toe om steeds meer gegevens van patiënten te delen met verschillende hulpverleners. De uitdaging hierbij is om door efficiënt gebruik van deze gegevens de zorg voor de individuele patiënt te optimaliseren. Een zorgvuldig gegevensbeheer en de organisatie van de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners enerzijds en de patiënt anderzijds spelen hierbij een belangrijke rol.

Referenties

1. Farma Flux: http://www.farmaflux.be/?asp_faq=hoe-geeft-de-patient-zijn-toestemming-om-zijn-medicatiehistoriek-te-delen#overzicht (website geraadpleegd op 4 september 2016).
2. Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L, et al. Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement. *Eur Respir J* 2008;31:790-9.
3. Bogaerts C. Farmaceutische zorg-aandachtspunten in de software. *Farmazine* 2015;51:10-1.
4. Laekeman G. De apotheker vermindert medicatiefouten. *Minerva* 2013;12(4):43-4.
5. Avery AJ, Rodgers S, Cantrill JA, et al. A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2012;379:1310-9.
6. Laekeman G. Therapietrouw: mens en techniek. [Editoriaal] *Minerva* 2016;15(6):134-5.
7. Vitalink: <http://www.eenlijn.be/index/vitalink> (website geraadpleegd op 4 september 2016).
8. Santé Wallon: <https://www.reseausantewallon.be/FR/professionals/Pages/default.aspx> (website geraadpleegd op 4 september 2016).
9. Abrumet: <https://www.abrumet.be/NL/professionals/Pages/default.aspx> (website geraadpleegd op 4 september 2016).
10. Tsuyuki RT, Al Hamarneh YN, Jones CA, Hemmelgarn BR. The effectiveness of pharmacist interventions on cardiovascular risk: the multicenter randomized controlled Rx EACH trial. *J Am Coll Cardiol* 2016;67(24):2846-54.
11. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, et al. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006;47:345-51.
12. Ritchey MD, Wall HK, Gillespie C, et al; Division for Heart Disease and Stroke Prevention, CDC. Million hearts: prevalence of leading cardiovascular disease risk factors - United States, 2005-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014;63:462-7.
13. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2014;174:890-8.
14. Tommelein E, Petrovic M, Somers A, et al. Older patients' prescriptions screening in the community pharmacy: development of the Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening (GheOP³S) tool. *J Public Health (Oxf)* 2016;38:e158-70.