



### Apothekers en COPD-patiënten: een hoopvol perspectief

#### Referentie

Tommelein E, Mehuys E, Van Hees T, et al. Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial. *Br J Clin Pharmacol* 2013;77:756-66.

#### Duiding

Gert Laekeman, Onderzoekscentrum voor Farmaceutische Zorg en Farmaco-economie, KU Leuven

Minerva besprak vroeger reeds een meta-analyse waarbij werd aangetoond dat een geïntegreerd (multidimensioneel en multidisciplinair) zorgprogramma bij COPD-patiënten kan leiden tot een klinisch relevante verbetering van de levenskwaliteit en het risico op en de duur van hospitalisatie kan verminderen (1,2)). Ook meermaals kwam aan bod dat samenwerking tussen huisarts en apotheker de behandeling van verschillende chronische aandoeningen positief kan beïnvloeden (3).

PHARMACOP is een enkelblinde (enkel de patiënten zijn geblindeerd) drie maanden durend gerandomiseerd klinisch onderzoek in 170 openbare geografisch verspreide apotheken in België (4). Men includeerde 734 patiënten ouder dan 50 jaar die dagelijks medicatie voor COPD innamen en meer dan 10 pakjaren hadden gerookt. Alle apothekers kregen een uitgebreide informatiesessie over COPD en GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). De patiënten werden gerandomiseerd in een interventiegroep (n=371) die op het moment van inclusie en één maand erna tijdens een educatieve sessie van de apotheker uitleg kregen over de aandoening, de gebruikte medicatie, alsook over een correcte inhalatietechniek, hygiënische maatregelen en rookstop. Patiënten in de controlegroep (n=363) kregen de gebruikelijke zorg. Na drie maanden waren de inhalatietechniek en de therapietrouw significant meer verbeterd in de interventiegroep dan in de controlegroep. Het aantal correcte stappen voor inhalatie was gemiddeld met 13,5% (95% BI van 10,8 tot 16,1%;  $p < 0,0001$ ) meer toegenomen in de interventiegroep. Zo waren er op het einde van de studie driemaal meer patiënten met een correcte inhalatietechniek (OR 3,03 met 95% BI van 2,12 tot 4,34). Het aantal dagen dat er tijdens de studie medicatie werd gebruikt, was met gemiddeld 8,5% (95% BI van 4,6 tot 12,4%;  $p < 0,0001$ ) meer toegenomen in de interventiegroep. Op het einde van de studie waren er tweemaal meer patiënten met een bevredigende therapietrouw (OR 2,15 met 95% BI van 1,46 tot 3,14). Er was geen verschil in aantal exacerbaties (450 bij 302 patiënten) tussen beide groepen. Naar schatting was de kans op hospitalisatie (noch een primair, noch een secundair eindpunt) lager in de interventiegroep dan in de controlegroep. De studie-uitval bedroeg 5,7% (vooral omwille van hospitalisatie of overlijden) en was niet verschillend tussen beide groepen.

Deze gerandomiseerde studie heeft toch enkele belangrijke methodologische tekortkomingen. Vooreerst was er geen clusterrandomisatie. In iedere apotheek werden zowel interventie- als controlepatiënten gerekruteerd. De gebruikelijke zorg was bovendien niet gedefinieerd. In hoeverre waren de deelnemende apothekers geneigd aan controlepatiënten toch extra aandacht te besteden of integendeel de aandacht te reduceren tot routinematige aflevering? Dat kan de resultaten in belangrijke mate vertekend hebben. Voor inhalatietechniek gebruikte men wel een 10-punten-checklist, maar het is wel een zwakte dat die checklist door de apotheker zelf werd afgenomen. Bovendien waren de primaire uitkomstmaten slechts intermediaire eindpunten.

De vraag kan ook gesteld worden in hoeverre deze gunstige resultaten geconsolideerd kunnen worden in een structureel (interdisciplinair) zorgmodel (5). Een dergelijk model veronderstelt een vergoeding voor het verstrekken van voortgezette zorg. Door COPD-patiënten uit het ziekenhuis te houden komen financiële middelen ter beschikking voor de ambulante sector. Hopelijk wordt de apotheker als volwaardige partner opgenomen in de begeleiding, want het is pijnlijk te moeten vaststellen dat in de jongste versie van de GOLD-Pocket Guide de woorden apotheker of apotheek niet voorkomen (6).

## Besluit

Uit deze enkelblinde RCT met belangrijke methodologische tekortkomingen kunnen we besluiten dat het inzetten van de apotheker als verstrekker van geïntensifieerde gestructureerde zorg bij COPD-patiënten leidt tot een correcter gebruik van inhalatiemedicatie, meer therapietrouw en mogelijk ook tot minder hospitalisatie omwille van exacerbaties.

### Referenties

1. Van Meerhaeghe A. Multidisciplinaire, geïntegreerde zorg voor de aanpak van COPD? *Minerva* 2014;13(7):88-9.
2. Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, Issue 10.
3. Chevalier P, Laekeman G. Gedragsverandering bij de patiënt: rol van huisarts en apotheker. *Minerva* 2012;11(3):27.
4. Tommelein E, Mehuys E, Van Hees T, et al. Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): a randomized controlled trial. *Br J Clin Pharmacol* 2013;77:756-66.
5. RIZIV. Medisch-farmaceutisch overleg. Laatst aangepast op 13 augustus 2015.  
<http://www.inami.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg/Paginas/default.aspx#.Vedez3nov85> : geraadpleegd op 2 september 2015.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. A guide for health care professionals. Updated 2015.