

Een apotheker-farmacotherapeut in de praktijk

Welke literatuur heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop een aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) promoveert? In (Ver)stand van zaken leest u een korte samenvatting. Coördinatie: Nadine Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Ouderen met polyfarmacie hebben een verhoogd risico op schade door medicatie, die ten dele vermijdbaar is. Door de vergrijzing zal het aantal hoogrisicopatiënten per praktijk de komende jaren toenemen en daarmee de inspanning om hen veilige farmacotherapeutische zorg te bieden. Is een nieuwe rol voor de apotheker in de huisartsenpraktijk hiervoor een oplossing?

HUIDIG BELEID

De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen*, opgesteld door onder andere het NHG, adviseert huisartsen en openbaar apothekers om samen periodieke medicatiebeoordelingen uit te voeren voor hoogrisicopatiënten. Hoogrisicopatiënten zijn ouderen (65 jaar of ouder) met polyfarmacie (chronisch gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen) en aanvullende risicofactoren als verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, verminderde therapietrouw en niet-zelfstandig wonen. Een medicatiebeoordeling begint met een gesprek met de patiënt. Hierna volgt een farmacotherapeutische analyse, resulterend in een behandelplan dat met de patiënt wordt besproken. Wijzigingen in de farmacotherapie dienen te worden geëvalueerd.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Ondanks deze in 2012 uitgekomen richtlijn worden in de praktijk nog weinig medicatiebeoordelingen uitgevoerd. De omvang van het probleem is echter aanzienlijk: van alle acute ziekenhuisopnamen in Nederland is 5,6% medicatiegerelateerd en daarvan is bijna de helft vermijdbaar.¹ Omgerekend zouden ongeveer 16.000 opnames per jaar voorkomen kunnen worden.

Mogelijke knelpunten bij het invoeren van medicatiebeoordelingen zijn het ontbreken van toegang voor de openbaar apotheker tot het medisch dossier, onvoldoende samenwerking tussen huisarts en apotheker, een tekort aan klinische kennis bij de openbaar apotheker en ten slotte een gebrek aan tijd en financiële vergoeding.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Een mogelijke oplossing voor deze knelpunten is de introductie van een nieuwe zorgverlener in de huisartsenpraktijk: de niet-verstreckende apotheker-farmacotherapeut. Deze nieuwe zorgverlener maakt deel uit van het huisartsteam en is speciaal opgeleid voor het verlenen van farmacotherapeutische patiëntenzorg. Hij voert gevraagde en ongevroegde medicatiebeoordelingen uit bij hoogrisicopatiënten in nauwe

samenwerking met de huisarts en richt zich op specifieke medicatieproblemen via kwaliteitsprojecten. De apotheker-farmacotherapeut is verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de eerstelijns farmacotherapeutische zorg.

Dit zorgconcept is eerder onderzocht in landen met vergelijkbare eerstelijnsgezondheidszorg, zoals Australië, Canada en het Verenigd Koninkrijk. In Australië vonden apothekers die spreekuur hielden in de huisartsenpraktijk gemiddeld twee medicatiegerelateerde problemen per patiënt, die na zes maanden allemaal waren verholpen. Ook de therapietrouw van patiënten steeg significant.² In Canada vonden de apothekers gemiddeld 2,5 medicatiegerelateerde problemen per hoogrisicopatiënt. In de vijf maanden die volgden, implementeerde de huisarts 72% van de adviezen om deze problemen te verhelpen.³

In onderzoeken naar het effect van deze nieuwe zorgverlener wordt de follow-up na medicatiebeoordelingen wisselend georganiseerd. De daadwerkelijke doorvoering van medicatiewijzigingen en de evaluatie hiervan worden vaak overgelaten aan de huisarts, die dit weer in zijn takenpakket moet passen. Hierdoor worden opgestelde behandelplannen soms onvolledig benut. Een grotere rol voor de apotheker-farmacotherapeut, met name in het verzorgen van de follow-up, zou de effecten van gezamenlijke medicatiebeoordelingen verder kunnen vergroten. Daarnaast is het werkelijke effect van de apotheker-farmacotherapeut op schade door medicatiegerelateerde problemen, zoals ziekenhuisopnamen, nog onbekend.

CONCLUSIE

Het aantal patiënten in de huisartsenpraktijk met een verhoogd risico op schade door medicatie zal de komende jaren groeien. Op basis van de huidige literatuur lijkt een apotheker-farmacotherapeut die werkzaam is in de huisartsenpraktijk, en ook betrokken is bij de implementatie van de adviezen, een veelbelovend concept om de farmacotherapeutische zorg veiliger te maken.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is het effect van een niet-verstreckende apotheker-farmacotherapeut als lid van het huisartsteam op het aantal medicatiegerelateerde ziekenhuisopnamen? ■

LITERATUUR

- 1 Leendertse AJ, Egberts ACC, Stoker LJ, Van den Bemt PMLA. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008;168:1890-6.
- 2 Tan ECK, Stewart K, Elliott RA, George J. Pharmacist consultations in general practice clinics: The Pharmacist in Practice Study (PIPS). *Res Social Adm Pharm* 2014;10:623-32.
- 3 Sellors J, Kaczorowski J, Sellors C, Dolovich L, Woodward C, Willan A, et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ* 2003;169:17-22.

UMC Utrecht, Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde en patiëntveiligheid, Huispost nr. STR 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht; Vivianne Sloeserwij, aiotho • Correspondentie: v.sloeserw@umcutrecht.nl