Adequaat Medicatiebeleid bij Ouderen: de impact van het AMO-instrument op het voorschrijfgedrag van huisartsen en op zorgindicatoren

Haio: DEBUCQUOY Hanne , KUL
Promotor: SCHOENMAKERS Birgitte , KUL
Praktijkopleider: Loos Peter , Van Baelen Sabine

Context: Een adequaat medicatiebeleid voeren bij oudere patiënten is een complexe taak. Uit vorig onderzoek blijkt dat artsen ondersteuning wensen om een adequaat medicatiebeleid te voeren. Het AMO-instrument (Adequaat Medicatiebeleid bij Ouderen) werd hiervoor ontwikkeld. Dit instrument bestaat uit 8 vragen die de arts kan overlopen als checklist. Er werd reeds aangetoond dat het AMO-instrument aanleiding geeft tot verandering in de medicatieschema's van ouderen in woonzorgcentra (WZC) en dat de aanpassing van de medicatieschema's leidt tot een significante toename van de kwaliteit van leven bij ouderen.

Onderzoeksvraag: Wat is de impact van het AMO-instrument op het voorschrijfgedrag van artsen en op zorgindicatoren?

Methode: Deze studie is een kwaliteitsverbeterend onderzoek met interventie op niveau van de artsen. De deelnemende artsen pasten gedurende 6 maanden het AMO-instrument toe bij al hun WZC-bewoners. De medicatielijsten van de bewoners werden bij begin van de studie en na 6 maanden geregistreerd. De artsen vulden bij elke toepassing van het AMO-instrument een registratiedocument in. De kwaliteitsindicatoren werden bij de directie opgevraagd.

Resultaten: 11 artsen namen deel, werkzaam in 10 woonzorgcentra. De artsen includeerden 218 patiënten. Na 6 maand werden van 181 patiënten de medicatielijsten verzameld. (37 patiënten vielen uit door overlijden/verhuis/andere). De registratiedocumenten van 176 patiënten werden ingevuld. Het AMO-instrument werd bij 98,9% van de patiënten minimaal 1x toegepast. Het gemiddeld aantal toepassingen was 1,83. Bij 50% van de toepassingen rapporteerde de arts dat dit tot een verandering in zijn medicatiebeleid heeft geleid. Bij aanvang was het gemiddeld aantal chronische medicatie per patiënt 7,8. Dit daalde na 6 maanden tot 7,6. Er vond een daling plaats in het gebruik van cardiovasculaire medicatie: deze daling was vooral te wijten aan een afname van het gebruik van nitraten, diuretica en hypolipemiërende medicatie. Het gebruik van medicatie van de klasse zenuwstelsel nam ook licht af: dit was vooral te wijten aan een afname in antidepressiva- en anti-Alzheimermiddelen-gebruik. Het gebruik van benzodiazepines en antipsychotica bleef stabiel op een hoog percentage. Verder was er stijging in het gebruik van pijnstillende medicatie, gastro-intestinale medicatie en supplementen. Er was een daling in het voorschrijven van calcium en/of vitamine D en medicatie van de klassen 'Stolling', 'Ademhaling', 'Hormonaal' en 'Osteo-articulair'. Van de andere klassen bleef de inname gelijkaardig. Het gebruikerspercentage per klasse en de verandering hiervan na 6 maand varieerde erg tussen verschillende artsen. De veranderingen in medicatiebeleid vonden hoofdzakelijk plaats in de groep van patiënten waarbij de artsen minimaal 1 verandering rapporteerden (59,1%, of 107/181), dus we kunnen aannemen dat de medicatieveranderingen die hebben plaatsgevonden voornamelijk te wijten zijn aan de toepassing van het AMO-instrument en niet aan externe factoren. De kwaliteitsindicatoren werden bij 3 WZC opgevraagd, maar hier konden geen conclusies uit getrokken worden omdat er geen informed consent werd gevraagd en daardoor deze data niet gelinkt konden worden aan de individuele patiënten.

Conclusie: Het AMO-instrument is in staat om het voorschrijfgedrag van artsen te veranderen. Deze invloed op het voorschrijfgedrag was kwantitatief kleiner dan verwacht (de richtlijnen werden niet strikt gevolgd). Kwalitatief kon er geen oordeel geveld worden over het voorschrijfgedrag omdat de comorbiditeiten niet gekend waren. Het voorschrijfgedrag (en de invloed hierop) was heel wisselend van arts tot arts. Dit is vermoedelijk te wijten patiëntgebonden factoren (comorbiditeit, psychische context, ') en aan het feit dat het AMO-instrument een impliciet instrument is, en dat is de zwakte hiervan: de kwaliteit van het gebruik hangt af van de voorkennis en de attitude van de individuele arts, en het heersend beleid in een WZC. Er zijn dus aanvullende maatregelen nodig om het medicatiebeleid bij ouderen te optimaliseren.