De aanpak van polyfarmacie in Brugse rusthuizen: Kan de implementatie van een gestandaardiseerd deprescribing protocol het gebruik van antidepressiva optimaliseren?

Haio: DESEINS Judith , U.G.
Promotor: CHRISTIAENS Thierry , U.G.
Praktijkopleider: Bogaert Hans , DESEINS Luc

Context: De PHEBE-studie, d.i. de grootste studie rond medicatiegebruik in rusthuissetting in België, toont een gemiddeld gebruik van acht geneesmiddelen per rusthuisbewoner aan. Polyfarmacie betekent vijf of meer verschillende geneesmiddelen per capita en vormt bij de fragiele rusthuisbewoner een groot probleem. Het 'aantal' geneesmiddelen per capita blijkt een statistisch bewezen risicofactor voor elke oudere, gezien het positief correleert met inappropriate prescribing en de geassocieerde adverse drug reactions (d.i. ziekenhuisopnames, valrisico, morbiditeit, mortaliteit'). Het grootschalige gebruik van antidepressiva (AD) (volgens de PHEBE-studie 40-46 procent van de rusthuispopulatie) draagt bij tot het ontstaan van polyfarmacie en adverse drug reactions, gezien AD heel wat interacties én bijwerkingen kennen die niet gunstig zijn voor de oudere bevolking met comorbiditeit. Tevens strookt de indicatie voor en de behandelingsduur van het gebruik van AD vaak niet met de richtlijnen, aangezien slechts 15 procent van de rusthuisbewoner een ernstige depressie kent. Kwaliteitsvolle studies omtrent interventies rond de afbouw van AD bij de rusthuisbewoner zijn tot op heden heel gering.

Onderzoeksvraag: Leidt het verschaffen van een specifiek afbouwprotocol voor antidepressiva aan huisartsen tot onderbouwde medicatiebeoordeling en waar relevant tot deprescribing?

Methode: Vooreerst werd er aan de hand van bestaande richtlijnen een bruikbaar deprescribing protocol opgesteld rond afbouw/stop van AD. De grijze literatuur werd geraadpleegd ter ondersteuning van het opzetten van het kwaliteitsverbeterend project. Na goedkeuring van de ethische commissie verliep het project over drie maanden in één Brugs rusthuis. De huisartsen van de bewoners waren de proefpersonen. Zij werden onder de drie onderzoekers verdeeld in drie deelstudies. In deze scriptie wordt er gefocust op de interventiegroep rond de afbouw van AD. Van de 17 huisartsen die potentieel konden meewerken, gaven er acht hun geïnformeerde toestemming tot deelname. In totaal werden er tien medicatielijsten beoordeeld door de acht behandelende artsen. Indien de huisarts besliste dat er geen afbouw mogelijk was, werd er hiervoor een reden bevraagd. De statistische verwerking van de resultaten gebeurde aan de hand van Excel.

Resultaten: De primaire outcome is de 'afbouw of stop van het gebruik van onnodige AD over een periode van drie maanden'. Op T1, d.i. drie maanden na aanvang van het project, werd geen enkele poging tot afbouw ondernomen na implementatie van het afbouwprotocol. Er kon geen vermindering bekomen worden van het percentage polyfarmacie. Deze bleef op T1 voor deze interventiegroep op 80 procent.

Conclusie: Het kwaliteitsverbeterend project toont aan dat de eenvoudige implementatie van een specifiek afbouwprotocol in één rusthuis over een periode van drie maanden geen effect heeft op het gebruik van AD. Echter, men ziet wel een duidelijke afname in chronisch medicatiegebruik over alle deelstudies heen. Het project kan een eerste stap zijn in de ontwikkeling van een aanpak voor polyfarmacie bij ouderen in woonzorgcentra in de Brugse regio. Medicatiebeoordeling en afbouw van AD blijkt voor huisartsen moeilijker dan bij andere medicatie. Mogelijke verklaringen zijn het gebrek aan niet-farmacologische alternatieven, de blijvende perceptie van de effectiviteit van en

nood aan AD bij depressieve gevoelens, de mogelijke trend van het voorschrijven van AD als alternatief voor andere psychofarmaca en het tijdrovende aspect. Er is nood aan grootschaligere implementatie over een langere termijn om deze resultaten te toetsen.