Deprescribing van PPI's en aspirine

Haio: PACOLET Thomas , KUL
Promotor: Goderis Geert , KUL
Praktijkopleider: Van Pelt Johan

Context: Het offlabel gebruik van Protonpompinhibitoren (PPI) in België ligt erg hoog (50 %). Dit terwijl het recent steeds duidelijker wordt dat chronisch gebruik toch niet zo onschuldig is. Zo zijn er heel wat schadelijke nevenwerkingen en heeft het ook belangrijke implicaties op financieel gebied. Lage dosis (80-100 mg) aspirine (ASA) in de primaire cardiovasculaire (CV) preventie kwam de laatste jaren in een negatief daglicht te staan vanwege enkele grote studies die wezen op een slechte risico-baten verhouding. Tevens zorgt deze mogelijks incorrecte inname voor ASA in de oudere populatie voor een toegenomen nood aan PPI-inname ter maagbescherming. De aanpak van onjuist ASA-gebruik kan dus ook bijdragen aan een verdere afbouw van PPI's. Dit project focust zich op het verantwoord afbouwen, oftewel 'deprescriben' van deze medicatie binnen één huisartsenpraktijk. Het veranderingsproces is gebaseerd op basis van principes als 'Clinical microsystems' en 'Kotter's 8-step change model'

Onderzoeksvraag: Deze paper bestaat uit twee onderzoeksvragen. De primaire onderzoeksvraag: "Kan het educeren, sensibiliseren en opvolgen van de collega-artsen in de praktijk bij het toepassen van de meest recente deprescribingrichtlijnen en -technieken voor PPI en ASA zorgen voor een gemeten daling van het aantal patiënten van 40 jaar en ouder die zonder juiste indicatie langdurig PPI's en/ of ASA voorgeschreven krijgen?". De secundaire onderzoeksvraag: "Wat zijn de voornaamste barrières en enablers in dit deprescribingproces?".

Methode: Wetenschappelijke literatuur werd geraadpleegd en correcte indicaties en deprescribing-richtlijnen voor PPI's en ASA werden gebundeld en aan de deelnemende artsen overhandigd. Deze samenvatting van de literatuurstudie werd in een vergadering aan de deelnemende artsen toegelicht(T0). De aangeleerde technieken werden tijdens dagelijkse consultvoering toegepast op de patiënten die hiervoor in aanmerking kwamen. Tweewekelijks werd de voortgang in praktijkverband besproken, met bevraging van de barrières en uitwerken mogelijke oplossingen hiervoor. Na vijf en halve maand (T1) werd een dataverzameling uitgevoerd die de leeftijd, indicatie van inname, registratie van deze indicatie in het dossier en de innametoestand (stop, afbouw of verderzetting) analyseerde voor zowel T0 als T1. Deze resultaten werden met elkaar vergeleken aan de hand van een beschrijvende analyse. Aan de hand van deze resultaten werd een praktijkplan opgesteld voor de toekomst.

Resultaten: De totale geïncludeerde groep bedroeg 201 patiënten. Hiervan waren er 120 chronische PPI-gebruikers. Er was sprake van 47 (39,1 %) correcte indicaties en 73 (60,9%) incorrecte. 26/73 mensen (35,5 %) met een foutieve indicatie voor PPI slaagde in een medicatiestop, 16/73 (22 %) in een afbouw en 31/73 patiënten (42,5%) continueerde hun medicatie onveranderd. Voor ASA werden er 116 patiënten geïncludeerd. Bij 88 (76%) van deze personen bedroeg het een correcte indicatie voor inname. 28 patiënten (24,1%) had een incorrecte indicatie waarvan er 16 (57%) hun medicatie na shared decision making besloten te stoppen. De voornaamste verzamelde barrières betroffen haalbaarheid (tijdsdruk, onmogelijkheid tot halen levensstijlveranderingen), inertie (voorschrift zorgt voor snelle tevredenheid patiënt en minste inspanning dokter), bewustzijn (geen besef van groot aantal voorschriften voor foutieve indicaties) en zelfeffectiviteit (suboptimale kennis over neveneffecten en correctheid of duur van de inname indicaties).

Conclusie: PPI’s blijken vaker foutief voorgeschreven te worden dan ASA, dit vermoedelijk door de uitgebreidere evidentie omtrent deprescribing van PPI en de duidelijkere afgelijnde indicaties. Ook bleken PPI’s moeilijker af te bouwen dan ASA, mogelijks gezien meer gebruik als secundaire preventie met sneller optreden van nevenwerkingen/ rebound reflux bij stop. De resultaten lagen in de lijn van verwachtingen ten opzichte van grotere studies omtrent PPI deprescribing. Ten opzichte van andere praktijkverbeterprojecten scoorden we licht beter. Dit kan mogelijks te maken hebben met verschillen in duur van de studie, maar ook met de verschillen in gehanteerde werkwijze. De gehanteerde technieken met continue feedback en zelfverbetering in ons deprescribingproces zouden dus mogelijks een voordeel kunnen hebben opgeleverd. Extra onderzoek hiernaar kan interessant zijn. Vooral de haalbaarheid (tijdsdruk/ levensstijlveranderingen) bleef een grote barrière.