



Apotheker en patiëntenzorg

Hepler en Strand waren de eersten die 'farmaceutische zorg' definieerden als "... the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life..."¹. Eigenaardig genoeg kwam de apotheker hier niet in voor. Later legde Strand het accent op een farmaciepraktijk die meer gericht is op de patiënt dan op het geneesmiddel², maar het begrip 'farmaceutische zorg' hield stand. Dit werd een vlag die vele ladingen dekt. Tijd voor enige bedenkingen.

Onlangs werd de HOME-studie gepubliceerd waarbij twaalf apotheken in de V.S. betrokken waren³. Men onderzocht het effect van een interventie door apothekers op de bloeddrukcontrole bij hypertensiepatiënten (n=125; controle $\leq 140/90$ mm Hg). In vier contactmomenten per drie maanden sprak de apotheker over de aandoening en mogelijke complicaties, het gebruik van de voorgeschreven medicatie, therapietrouw en hygiënische maatregelen. De patiënten kregen een bloeddrukmeter aangereikt om zelf hun bloeddruk te meten. Om de therapietrouw te bevorderen werden pillendoosjes en folders uitgereikt. De apothekers rapporteerden hun bevindingen aan de behandelende artsen en deden aanbevelingen waarover interdisciplinair werd overlegd. In controleapotheken bleef de interventie beperkt tot het maandelijks meten van de bloeddruk. In beide groepen daalde zowel de diastolische als de systolische bloeddruk significant ten opzichte van de beginwaarden ($p < 0,01$). In de interventiegroep was het verschil voor de diastolische bloeddruk echter significant ($p = 0,03$). De bloeddruk was onder controle bij 42% van de interventie- en bij 30% van de controlepatiënten ($p = 0,45$). Dat stemt overeen met de resultaten van een standaardbehandeling. Het is trouwens bekend dat thuismeting niet leidt tot betere bloeddrukcontrole, maar wel tot iets minder medicatiebehoefte voor eenzelfde bloeddrukdaling, dus een rendabeler gebruik van medicatie⁴.

Het is in ons gezondheidssysteem niet direct denkbaar dat zulke ingrijpende interventies tot het takenpak-

ket van de apotheker zullen behoren, maar een poging in deze richting vond vorige winter plaats in de regio Antwerpen. De apothekersvereniging (KAVA) motiveerde apothekers om bij alle 50-plussers te informeren naar hun bloeddruk. Als de laatste bloeddrukcontrole dateerde van meer dan een jaar geleden, werd de patiënt aangeraden de huisarts op te zoeken. Iedereen kreeg een informatiefolder over cardiovasculair risico mee. Tevens hoopten de apothekers individuele besprekingen te hebben met de huisartsen over alle aspecten van hypertensiebehandeling.

Bij dergelijke initiatieven ter bevordering van de zorgkwaliteit moeten we een aantal belangrijke facetten in het oog houden. Toename van zorg resulteert niet automatisch in besparingen en zelfs niet altijd in een beter resultaat. Co-management van apotheker en huisarts kan leiden tot een significant betere bloeddrukcontrole bij hypertensiepatiënten en een betere kosten-batenverhouding⁵. Maar er is ook een ander voorbeeld. In een studie over farmaceutische zorg kregen 872 tachtigplussers na ontslag uit het ziekenhuis bezoek van een apotheker om hun medicatiegebruik te evalueren⁶. Een controlegroep kreeg 'standaardzorg'. Opvallend was dat meer patiënten uit de interventiegroep opnieuw met spoed werden gehospitaliseerd en vaker hun huisarts lieten komen, zonder dat de mortaliteit verbeterde.

Ook de efficiëntie en de organisatie van de zorg zijn belangrijk. Apothekers claimen 'farmaceutische zorg'. In hoeverre moeten artsen dan spreken over 'medische zorg' en verpleegkundigen over 'verpleegkundige zorg'? En de diverse andere medische disciplines? Natuurlijk bestaat er maar één zorg: de 'patiëntenzorg'. Welke zorgmodellen en samenwerkingsverbanden hier uiteindelijk de beste resultaten voor de volksgezondheid garanderen, is een vraag die dringend onderzocht moet worden.

G. Laekeman en P. De Cort

Literatuur

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.
2. Strand LM. 1997 Remington Lecture. Re-visioning the profession. *Am Pharm Assoc (Wash)* 1997;NS37(4):474-8.
3. Zillich AJ, Sutherland JM, Kumbera PA, Carter BL. Hypertension outcomes through blood pressure monitoring and evaluation by pharmacists (HOME study). *J Gen Intern Med* 2005;20:1091-6.
4. Staessen J, Den Hond E, Celis H, et al; Treatment of Hypertension based on home or Office blood Pressure (THOP) Trail Investigators. Antihypertensive treatment based on blood pressure measurement at home or in the physician's office: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:955-64.
5. Borenstein JE, Graber G, Saltiel E, et al. Physician-pharmacist comanagement of hypertension: a randomized, comparative trial. *Pharmacotherapy* 2003;23:209-16.
6. Holland R, Lenaghan E, Harvey I, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:293-7.