OPTIMALISATIE VAN DE FARMACOTHERAPIE BIJ JICHT KWALITEIT BEVORDEREND TRAJECT

KWALITEITSBEVORDEREND PROGRAMMA VOOR EEN MEDISCH FARMACEUTISCH OVERLEG (MFO)

KONINKLIJKE APOTHEKERSVERENIGING ANTWERPEN (KAVA)
IN SAMENWERKING MET DOMUS MEDICA

December 10, 2020

Auteur: Apr. Silas Rydant

Contact: silas.rydant@meduca.be

INHOUD

1 INLEIDING 2
2 DOELEN 4
2.1 AANDACHTSPUNTEN 4
3 VOORBEREIDING 6
3.1 VOORBEREIDING HUISARTS 6
3.2 VOORBEREIDING APOTHEKER 7
4 ONDERSTEUNENDE MATERIALEN 8
4.1 MODULE 1: ACHTERGROND BIJ JICHT 8
4.2 MODULE 2: AANPAK ACUTE JICHT 8
4.2.1 DOELSTELLING MODULE VOOR DEELNEMERS: 8
4.2.2 CASUS 1 8
4.2.3 CASUS 2 9
4.3 MODULE 3: OPSTART URINEZUURVERLAGENDE THERAPIE 10
4.3.1 DOELSTELLING MODULE VOOR DEELNEMERS: 10
4.3.2 CASUS 3 10
4.4 MODULE 4: GGP BIJ DE CHRONISCHE BEHANDELING VAN JICHT 11
4.4.1 DOELSTELLING MODULE VOOR DEELNEMERS: 11
4.4.2 CASUS 4 11
4.4.3 CASUS 5 11
5 AFSPRAKEN & KWALITEITSINDICATOREN 12
5.1 AFSPRAKEN 12
5.2 KWALITEITSINDICATOREN 12
6 REFERENTIES 13
7 BIJLAGEN 14
7.1 BIJLAGE 1 – VOORBEREIDENDE OPDRACHT 14
7.1.1 VOORBEREIDING HUISARTS 14
7.1.2 VOORBEREIDING APOTHEKER 15
7.2 BIJLAGE 2: KWALITEITSINDICATOREN 16
7.2.1 INDICATOR 1: PERCENTAGE COLCHICINE MET POSOLOGIE CONFORM RICHTLIJN 17
7.2.2 INDICATOR 2: PATIËNTEN MET ULT MET THERAPIETROUW > 80% 18
7.2.3 INDICATOR 3: URICEMIEWAARDEN VAN PATIËNTEN MET ULT 19
7.2.4 INDICATOR 4: AANTAL PATIËNTEN MET GMD EN MEDICATIESCHEMA/GFD 20

1 INLEIDING

Jicht is een reumatische aandoening die veroorzaakt wordt door het ophopen van neergeslagen uraatkristallen in een of meerdere gewrichten. Acuut gaat dit gepaard met hevige pijn en ontsteking. Niet-gecontroleerde jicht kan overgaan in chronische jicht met complicaties (vorming van tophi, urolithiasis en de verdere progressie van chronische nierinsufficiëntie). Dit kan op zijn beurt leiden tot ziekteverzuim en een verminderde kwaliteit van leven. Daarnaast worden ook ernstige metabole stoornissen dikwijls over het hoofd gezien, waardoor ze niet behandeld worden. De extra kost per patiënt veroorzaakt door deze ziekte werd recent (in de US) ingeschat op ±3000$ en kan makkelijk oplopen tot 10K$ bij onstaan van tophi of andere complicaties.

Een goede controle van de uricemiewaarden (<5 á 6 mg/dL) is noodzakelijk om de vorming van uraatkristallen en complicaties te voorkomen Dit kan bekomen worden door een aangepast dieet en indien nodig een chronische urinezuurverlagende behandeling. Bij een goede controle van de uricemie, zou het aantal acute jichtaanvallen zeer miniem moeten zijn [1], [2].

In de praktijk zijn er echter een aantal problemen die optreden in de behandeling van jicht.

- Opstart van urinezuurverlagende therapie (ULT)
- Opvolging van de ULT
- Keuze en goed gebruik van anti-inflammatoire medicatie bij jichtaanvallen

Eerst en vooral in de keuze en posologie van het juiste geneesmiddel bij een acute aanval (NSAID's, colchicine of glucocorticoïden). Zo wordt colchicine in de praktijk op verschillende manier voorgeschreven en afgeleverd, terwijl er duidelijke richtlijnen zijn, zowel in de SKP als vanuit EULAR [2]. Ook de kennis omtrent de keuze van een geneesmiddel in functie van het profiel van de patiënt (interacties, contra-indicaties) moet beter.

Daarnaast zien we ook problemen bij het correct gebruik van urinezuurverlagende therapie (ULT) [3], [4]. Een Masterproef uit 2018 bij negen patiënten toont aan dat de opstart van allopurinol bij 0 (nul) patiënten verloopt via de richtlijnen. Dit kwam hetzij door een te hoge dosis allopurinol hetzij door het niet combineren met een NSAID in de beginfase. Eveneens zien we dat tussen 50 en 75% van de jichtpatiënten nog steeds jichtaanvallen doen. Dit kan liggen aan een onderdosering van allopurinol maar ook aan een slechte therapietrouw[5]–[7].

Bij het voorschrijven en afleveren van medicatie voor de behandeling van (acute) jicht is het de taak van de arts en apotheker ervoor te zorgen dat de medicatie correct en veilig gebruikt wordt. Uit een onderzoek van vijf jaar geleden is gebleken dat artsen en apothekers vaak onvoldoende kennis bezitten

in verband met de behandeling van jicht. Deze resultaten bevestigen wat we uit buitenlands onderzoek mochten veronderstellen. Recente studies suggereren dat – naast de kennis van de patiënt over de ziekte en behandeling – ook het gebrek aan kennis van artsen en apothekers rond de richtlijnen bij jicht een barrière vormt om jicht optimaal te behandelen [3], [4].

Een goede samenwerking tussen huisarts en apotheker kan het veilig gebruik verbeteren. Het is in dit kader dat de Universiteit Antwerpen, samen met de huisartsenvereniging Domus Medica en de Koninklijke Apothekersvereniging Antwerpen (KAVA) een kwaliteit bevorderend programma indienen.

2 DOELEN

De uricemie, ernst en frequentie van jichtaanvallen bij patiënten op jicht te verbeteren door een betere samenwerking huisartsen en huisapothekers te implementeren met de focus op de optimalisatie van de geneesmiddelentherapie.

Er zijn drie noodzakelijke subdoelen om tot effectieve verandering te komen in de medisch-farmaceutische zorg rond jicht:

1. *Kennis vergroten van de huisarts en apotheker met betrekking tot de richtlijnen & goed gebruik van medicatie bij jicht*

2. *Implementeren en opvolgen van afspraken tussen huisarts/huisapotheker om het veilig en rationeel gebruik van medicatie bij een jichtaanval te verbeteren.*

3. *Implementeren en opvolgen van afspraken tussen huisarts/huisapotheker om de opstart en opvolging van de geneesmiddelentherapie bij patiënten op ULT te verbeteren.*

2.1 AANDACHTSPUNTEN

Om de doelstelling te bekomen wordt er binnen het MFO aandacht besteed aan volgende punten:

1. <u>Farmacotherapeutische inzichten van jicht versterken</u>
   - Bespreking van de huidige guidelines en de achterliggende rationale (focus op EULAR & ACR [1], [2])
   - Keuze van chronische en acute medicatie in functie van co-morbiditeiten, contra-indicaties, efficaciteit en prijs.
   - Bespreking van kennis en best practices die toelaten deze kennis beter toe te passen bij deze soms moeilijke patiënten populatie.

2. <u>Behandeling van acuut jicht</u>
   - Contra-indicaties en interacties
   - Aandachtspunten ivm jicht-opstoten bij opstart allopurinol of andere ULT

3. Chronische urinezuurverlagende therapie
   - Aandachtspunten bij opstart chronische behandeling (dosering / profylaxie opstoot)
   - Monitoring en rapportering van de therapietrouw door de apotheker
   - Monitoren en rapportering aantal opstoten (apotheker/arts)
   - Uitwisseling van de urinezuurspiegel-waarden (arts-> apotheker)

4. Maken van afspraken en kwaliteitsindicatoren

3 VOORBEREIDING

Om het MFO inhoudelijk zo vlot mogelijk te laten verlopen, neemt u best tijd voor een goede voorbereiding en doet u beroep op een getrainde moderator. Bepaal op voorhand goed de doelstelling van het MFO en waar u wenst te eindigen.

U kan de deelnemers op voorhand reeds engageren door hen een 'opdracht' door te sturen, die ze moeten uitwerken tegen het MFO.

3.1 VOORBEREIDING HUISARTS

Datum laatste drie voorschriften allopurinol (geen nieuwe patiënt)	Dosering	Laatste gekende urinezuurwaarde (+datum)	Urinezuurconcentratie bepaald voor dosis voor te schrijven (JA / NEEN)

Datum laatste drie voorschriften colchicine	Reden (profylaxe of aanval)	Dosering & posologie	Registratie in GMD van aanvallen? (JA/NEEN)

Datum meest recente opstart van allopurinol	Startdosis allopurinol	Hoe opgebouwd	CrCl gecontroleerd?	Keuze, posologie en duur anti-inflammatoir

3.2 VOORBEREIDING APOTHEKER

Datum laatste drie voorschriften allopurinol	Dosering	Op de hoogte van mogelijke nierinsufficiëntie? JA / NEEN

Datum laatste drie voorschriften colchicine	Dosering & posologie	Reden (profylaxe of aanval)

Datum meest recente opstart van allopurinol	Startdosis allopurinol	Hoe opgebouwd	Keuze, posologie en duur anti-inflammatoir

4 ONDERSTEUNENDE MATERIALEN

Om u zoveel mogelijk te ontzorgen, hebben we verschillende kant-en-klare materialen ontwikkeld. Hier vindt u telkens een korte beschrijving, plus waar u de materialen kan terugvinden.

4.1 MODULE 1: ACHTERGROND BIJ JICHT

Hoewel de diagnose en achtergrond van jicht niet tot de doelstelling van het MFO behoort, is er toch een korte PowerPoint voorzien met de belangrijkste aspecten. U bent volledig vrij om deze ofwel op voorhand door te sturen naar de deelnemers, of sommige slides te integreren in uw MFO om bepaalde zaken te verduidelijken.

Bijlage – Module 1: Achtergrond jicht (.ppt)

4.2 MODULE 2: AANPAK ACUTE JICHT

4.2.1 DOELSTELLING MODULE VOOR DEELNEMERS:

1. *Kennen de huidige guidelines omtrent de aanpak van acute jicht*
2. *Kennen de belangrijkste contra-indicaties & interacties van deze geneesmiddelen*
3. *Kunnen deze guidelines toepassen*

4.2.2 CASUS 1

Miel (75 jaar) komt in de apotheek met volgend voorschriftje voor een acute jichtaanval

R/ colchicine 6 x daags 1/2 tablet tot klachtenvrij

Geneesmiddel	Posologie	Mogelijke indicatie
Co-bisoprolol 10 / 2,5mg	1 x daags	Hypertensie
Amlor 5mg	1 x daags	Hypertensie
Aprovel 150 mg	1 x daags	Hypertensie
Asaflow 80 mg	1 x daags	Preventie bloedklonter
Omeprazol 20 mg	1 x daags	Maagzuur/reflux
Simvastatine 40 mg	1 x daags	Hypercholesterolemie
Novorapid	Volgens schema	Diabetes
Lantus	Volgens schema	Diabetes

Werkvragen: op te lossen in gemengde groepen

a. Welke opties zijn er voor de behandeling van een acute jichtaanval?

b. Wat is de plaats van elke geneesmiddelengroep?

c. Is colchicine een goede keuze voor Miel? Waarom (niet)?

d. Wat vindt u van de dosering en de gebruiksduur van colchicine?

e. Welke waarschuwingen geeft u zeker mee met de patiënt?

f. Welke potentiële GM interacties ziet u?

Bijlage – Module 2: Aanpak acute jicht (.ppt)

4.2.3 CASUS 2

Jacques (60 jaar) komt in de praktijk met klachten van een acute jichtaanval. Hij heeft een geschiedenis van één jichtaanval vorig jaar.

- Bloeddruk: 130/85 mmHg
- Urinezuur: 6,2 mg/dL
- eGFR 85 mL/min

Geneesmiddel	Posologie	Mogelijke indicatie
Duovent	2 x daags	COPD
Lipitor 40 mg	1 x daags	Hypercholesterolemie
Amlodipine 5 mg	1 x daags	Bloeddruk
Asaflow 80 mg	1 x daags	Preventie bloedklonter
Perindopril 4 mg	1 x daags	Hypertensie
Glucophage 850 mg	3 x daags	Diabetes type II

Werkvragen: op te lossen in gemengde groepen

a. Hoe pak je de acute aanval aan en waar let je zeker op?

b. Overweeg je een urinezuurverlagende behandeling en waarom (niet)?

Bijlage – Module 2: Aanpak acute jicht (.ppt)

4.3 MODULE 3: OPSTART URINEZUURVERLAGENDE THERAPIE

4.3.1 DOELSTELLING MODULE VOOR DEELNEMERS:

1. *Kennen de huidige guidelines omtrent de opstart van urinezuurverlagende therapie*

2. *Kunnen een patiënt goed opstarten conform de richtlijnen*

4.3.2 CASUS 3

Hendrik komt bij jou in de praktijk met symptomen van een jichtaanval. Hij heeft het afgelopen jaar 2 keer een jichtaanval gehad. Je beslist om Hendrik op te starten op een urinezuurverlagende behandeling.

- Bloeddruk: 130/87 mmHg
- Urinezuur: 8,2 mg/dL
- eGFR 82 mL/min

Geneesmiddel	Posologie	Mogelijke indicatie
Bisoprolol 5 mg	1 x daags	Hartritme
Eliquis 5 mg	2 x daags	Preventie CVA bij VKF
Rosuvastatine 40 mg	1 x daags	Hypercholesterolemie
Diclofenac 75 mg	Indien rugpijn	
Zolpidem	1 voor slapen	

Werkvragen: op te lossen in gemengde groepen

a. Wat wil je bereiken met je urinezuurverlagende therapie?

b. Wat is je streefdoel voor het urinezuur?

c. Welke geneesmiddelen zijn er voorhanden als urinezuurverlagende therapie?

d. **Welke urinezuurverlagende therapie start je en hoe doe je dit?**

e. Wat is een mogelijk risico wanneer je urinezuurverlagende therapie opstart en hoe ga je daarmee om?

f. Welke keuze maak je voor de profylactische (inflammatoire) behandeling en hoelang moet dit worden ingenomen?

Opdracht: Maak samen een behandelplan voor Hendrik; Welke informatie geef je hem mee over de medicatie en jicht? Wanneer zie je hem terug en welke controles doe je?

Bijlage – Module 3: Opstart urinezuurverlagende therapie (.ppt)

4.4 MODULE 4: GGP BIJ DE CHRONISCHE BEHANDELING VAN JICHT

4.4.1 DOELSTELLING MODULE VOOR DEELNEMERS:

1. *Kennen de belangrijkste interacties, contra-indicaties en omstandigheden waarin de urinezuurverlagende therapie dient gewijzigd te worden*
2. *Kan correct omgaan met urinezuur medicatie bij nierinsufficiëntie*
3. *Kennen het belang van therapietrouw en de impact van therapieontrouw*

4.4.2 CASUS 4

Hij is een jaar geleden gestart met allopurinol (momenteel: 400 mg per dag) en heeft voor de 1e keer sinds een zestal maanden weer een aanval gehad. Zijn urinezuurwaarden waren nochtans onder controle

Bespreking: wat zijn mogelijke oorzaken dat de waarden niet onder controle zijn?

4.4.3 CASUS 5

Marianne neemt volgende medicatie:

*Bespreking: Welke mogelijke **GGP** zie je mbt jicht en hoe ga je hiermee om? In welke situaties kan je febuxostat gebruiken bij Marianne?*

Geneesmiddel	Posologie	Mogelijke indicatie
Bisoprolol 5 mg	1 x daags	Hypertensie
Triplixam 10/2,5/5	1 x daags	Hypertensie
Simvastatine 20 mg	1 x daags	Hypercholesterolemie
Glucophage 500 mg	2 x daags	Diabetes type II
Januvia 50 mg	1 x daags	Diabetes type II
Xarelto 15 mg	1 x daags	Preventie bloedklonter bij VKF
Allopurinol 300 mg	1 x daags	Hyperuricemie
Allopurinol 100 mg	1 x daags	Hyperuricemie
Diclofenac 50 mg	3 x daags	Bij jichtaanval

Bijlage – Module 4: GGP bij de chronische behandeling van jicht (.ppt)

5 AFSPRAKEN & KWALITEITSINDICATOREN

Het kwaliteit bevorderend programma is bedoeld om de farmaceutische zorg bij de jichtpatiënt te verbeteren door een samenwerking huisarts/huisapotheker. Er zullen verschillende afspraken gemaakt moeten worden, die opgevolgd kunnen worden aan de hand van 'kwaliteitsindicatoren'. Objectieve en meetbare parameters.

5.1 AFSPRAKEN

- Opstart van urinezuurverlagende therapie
- Opvolging van de therapietrouw van urinezuurverlagende therapie
- Controle van dosering
- Keuze en veilig gebruik van anti-inflammatoire medicatie bij een acute aanval
- Betere communicatie arts-patiënt-apotheker
- …

Deze afspraken dienen in een verslag te worden geschreven en ondertekend te worden door de organiserende arts/apotheker. Om de volgende schijf van € 750 te ontvangen moet dit teruggestuurd worden naar mfo-cmp@riziv.fgov.be

5.2 KWALITEITSINDICATOREN

Op het einde van het MFO dient u de doelstelling van het kwaliteit verbeterend traject duidelijk te formuleren. We proberen de indicatoren steeds volgens het SMART-principe op te bouwen: specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch, tijdgebonden. Hieronder vindt u mogelijke kwaliteitsindicatoren. De blanco formulieren worden ook ter beschikking gesteld (*zie bijlage onderaan*).

1. Percentage voorschriften colchicine met posologie conform richtlijn
2. Percentage van patiënten met ULT met therapietrouw > 80%
3. Percentage van patiënten met uricemiewaarden < 5 of < 6 mg/dL
4. Percentage patiënten met GMD en medicatieschema/GFD

6 REFERENTIES

[1] J. D. FitzGerald *et al.*, "2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout," *Arthritis Rheumatol.*, vol. 72, no. 6, pp. 879–895, Jun. 2020.

[2] P. Richette *et al.*, "2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout," *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 76, no. 1. BMJ Publishing Group, pp. 29–42, 01-Jan-2017.

[3] G. M. Oderda *et al.*, "Physician adherence to ACR gout treatment guidelines: Perception versus practice," *Postgrad. Med.*, vol. 126, no. 3, pp. 257–267, Jan. 2014.

[4] P. Khanna, D. Khanna, C. Storgard, S. Baumgartner, and R. Morlock, "A world of hurt: Failure to achieve treatment goals in patients with gout requires a paradigm shift," *Postgrad. Med.*, vol. 128, no. 1, pp. 34–40, Jan. 2016.

[5] B. McGowan, K. Bennett, C. Silke, and B. Whelan, "Adherence and persistence to urate-lowering therapies in the Irish setting," *Clin. Rheumatol.*, vol. 35, no. 3, pp. 715–721, Mar. 2016.

[6] R. Yin *et al.*, "Rate of adherence to urate-lowering therapy among patients with gout: A systematic review and meta-analysis," *BMJ Open*, vol. 8, no. 4, Apr. 2018.

[7] L. E. J. M. Scheepers, M. van Onna, C. D. A. Stehouwer, J. A. Singh, I. C. W. Arts, and A. Boonen, "Medication adherence among patients with gout: A systematic review and meta-analysis," *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, vol. 47, no. 5. W.B. Saunders, pp. 689–702, 01-Apr-2018.

7 BIJLAGEN

7.1 BIJLAGE 1 – VOORBEREIDENDE OPDRACHT

7.1.1 VOORBEREIDING HUISARTS

Datum laatste drie voorschriften allopurinol (geen nieuwe patiënt)	Dosering	Laatste gekende urinezuurwaarde (+datum)	Urinezuurconcentratie bepaald voor dosis voor te schrijven (JA / NEEN)

Datum laatste drie voorschriften colchicine	Reden (profylaxe of aanval)	Dosering & posologie	Registratie in GMD van aanvallen? (JA/NEEN)

Datum meest recente opstart van allopurinol	Startdosis allopurinol	Hoe opgebouwd	CrCl gecontroleerd?	Keuze, posologie en duur anti-inflammatoir

7.1.2 VOORBEREIDING APOTHEKER

Datum laatste drie voorschriften allopurinol	Dosering	Op de hoogte van mogelijke nierinsufficiëntie? JA / NEEN

Datum laatste drie voorschriften colchicine	Dosering & posologie	Reden (profylaxe of aanval)

Datum meest recente opstart van allopurinol	Startdosis allopurinol	Hoe opgebouwd	Keuze, posologie en duur anti-inflammatoir

7.2 BIJLAGE 2: KWALITEITSINDICATOREN

1. Percentage voorschriften colchicine met posologie conform richtlijn
2. Percentage van patiënten met ULT met therapietrouw > 80%
3. Percentage van patiënten met uricemiewaarden < 5 of < 6 mg/dL
4. Percentage patiënten met GMD en medicatieschema/GFD

7.2.1 INDICATOR 1: PERCENTAGE COLCHICINE MET POSOLOGIE CONFORM RICHTLIJN

Met deze indicator kan u nagaan in welke mate colchicine in acuut/profylactisch gebruik volgens de richtlijn werd voorgeschreven. Neem hiervoor de laatste 10 voorschriften waarvoor u colchicine hebt afgeleverd/voorgeschreven.

Bedoeld voor: arts en apotheker

Opvolging: herhaal deze indicator na 6 maand

Aanval: 1 mg, gevolgd door 0,5 mg 12 uur later, daarna 0,5 mg 2 a 3 keer per dag, gedurende max 5 d. Bij opstart ULT: 1 mg per dag (of 0,5 mg bij CNI) tem streefwaarde bereikt is en minstens drie maand aanvalvrij

Patiënt	Reden (acuut/profylactisch	Posologie op voorschrift	Duur behandeling vermeld?	CrCl bij opstart (X indien onbekend)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

7.2.2 INDICATOR 2: PATIËNTEN MET ULT MET THERAPIETROUW > 80%

Met deze indicator kan u nagaan hoeveel procent van de patiënten op ULT therapietrouw zijn. Neem hiervoor de laatste 10 patiënten aan wie u allopurinol of febuxostat heeft afgeleverd.

Bedoeld voor: apotheker

Opvolging: herhaal deze indicator na 6 maand bij dezelfde patiënten

Patiënt	Geneesmiddel	Medication Possession Ratio (MRP)	Proportion of Days Covered (PDC)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

7.2.3 INDICATOR 3: URICEMIEWAARDEN VAN PATIËNTEN MET ULT

Met deze indicator kan u nagaan hoeveel procent van de patiënten op ULT hun urinezuurspiegel beneden de streefwaarde van 6 mg/dL is (laatste meting maximaal 6 maand geleden). Opgelet; voor deze indicator moet de patiënt tenminste al 6 maand ULT krijgen. Neem hiervoor de laatste 10 patiënten aan wie u allopurinol of febuxostat heeft voorgeschreven.

Bedoeld voor: arts

Opvolging: herhaal deze indicator na 6 maand bij dezelfde patiënten

Patiënt	Huidige therapie (geneesmiddel + dosis)	Datum laatste urinezuurbepaling	Urinezuurwaarde laatste bepaling
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

7.2.4 INDICATOR 4: AANTAL PATIËNTEN MET GMD EN MEDICATIESCHEMA/GFD

Met deze indicator kan u nagaan in welke mate uw patiënten een vaste huisarts/huisapotheker hebben. Neem hiervoor de laatste 10 patiënten aan wie u allopurinol of febuxostat heeft voorgeschreven/afgeleverd.

Bedoeld voor: arts & apotheker

Opvolging: herhaal deze indicator na 6 maand bij dezelfde patiënten