

# Therapietrouwbevordering lipidenverlagers is kosteneffectief

Bevordering van de terapietrouw van lipidenverlagers via de openbare apotheek is een kosteneffectieve strategie. Het is zelfs kostenbesparend als de interventie zich specifiek richt op patiënten die lipidenverlagers gebruiken als secundaire preventie, zo blijkt uit recent onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen.

Auteurs

**S. Vegter, P. Oosterhof,  
J.F. van Boven,  
A.G. Stuurman-Bieze,  
E.G. Hiddink,  
M.J. Postma.**

De effectiviteit van lipidenverlagers bij het reduceren van het risico op cardio- en cerebrovasculaire complicaties is vastgesteld in een aantal grote internationale *randomized controlled trials* (RCT's) [1]. Deze studies laten zien dat lipidenverlagers de relatieve kans op het doormaken van een dergelijke complicatie met zo'n 30% verminderen, onafhankelijk van leeftijd, geslacht, voorgeschiedenis en comorbiditeit [2].

Als we kijken naar de terapietrouw in deze studies, dan blijkt deze vaak een stuk hoger te liggen dan de terapietrouw bij gebruik in de dagelijkse praktijk [3]. Gevolg is dat de gunstige resultaten die beschreven worden in de klinische studies, niet altijd bereikt worden in de uiteindelijke gebruikerspopulatie. Therapie-ontrouw bij het gebruik van lipidenverlagers zal niet alleen een hoger risico op complicaties met zich meebrengen, maar ook hogere kosten, met name veroor-

zaakt door ziekenhuisopnames. Het bevorderen van terapietrouw kan dus *potentieel* zowel gezondheidswinst opleveren als kosten besparen. Echter, interventies om terapietrouw te bevorderen, brengen ook kosten met zich mee, zoals hogere geneesmiddelkosten en een tijdsinvestering van de betrokken gezondheidszorgprofessional(s).

De vraag die zich vervolgens aandient is of de kosten van een interventie om terapietrouw te bevorderen, opwegen tegen de baten. In de farmaco-economie wordt dit soort vraagstukken in kaart gebracht middels een kosteneffectiviteitsanalyse (KEA).

Voor een KEA dient eerst of tegelijkertijd een effectiviteitsstudie (interventie) te worden uitgevoerd. Dit is bij voorkeur een studie met harde uitkomsten als effectmaat, waarbij een interventiegroep en een controlegroep vergeleken worden.

## Interventie in de apotheek

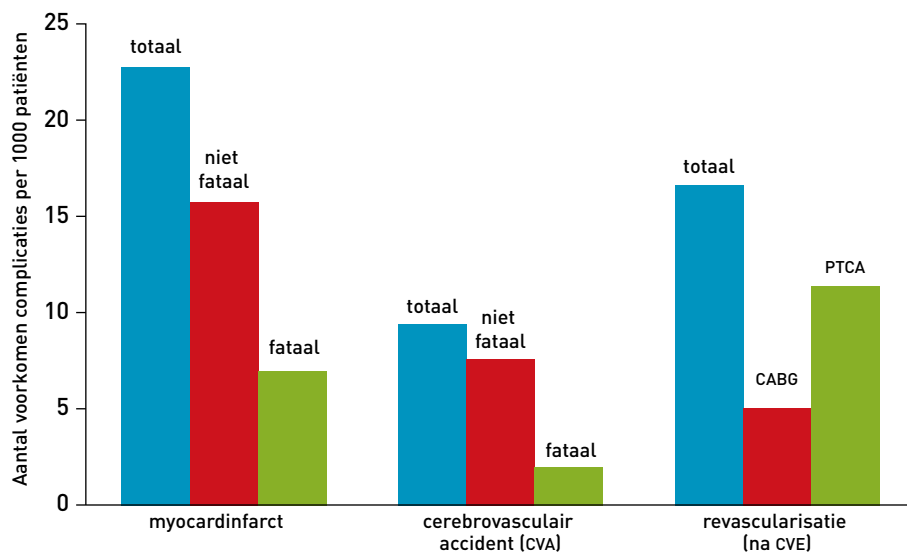
De openbare apotheek biedt door zijn actuele longitudinale medicatie-overzicht, laagdrempeligheid en het frequente patiëntcontact bij elke uitgifte een ideaal platform om terapietrouw te monitoren en om te interveniëren bij therapie-ontrouwe patiënten.

De interventie die de basis vormde voor de hier besproken KEA was het programma Medicatie Monitoring en Optimalisatie (MeMO) bij cardiovasculaire aandoeningen. Deze interventie bleek effectief in een eerder gepubliceerde studie [4].

## Hogere terapietrouw

De onderzoeksgroep van het besproken effectiviteitsonderzoek [4] bestond uit 500 patiënten die startten met lipidenverlagers ter primaire preventie (40%) of secundaire preventie (60%) van cardiovasculaire *events*. De controlegroep van 502 patiënten kreeg de gebruikelijke zorg. Negen openbare apotheken waren erbij betrokken. Na een jaar was de therapie minder vaak gestaakt in de interventiegroep, met een *hazard ratio* (HR) van 0,49 [95%CI 0,37-0,66]. Uit een post-hocanalyse van deze gegevens kwamen soortgelijke resultaten voor primaire preventie (HR 0,47; 95%CI 0,32-0,62) en voor secundaire preventie (HR 0,54; 95%CI 0,35-0,73).

## Therapietrouwinterventie voorkomt CVA's en CVE's



FIGUUR 1

AANTAL VOORKOMEN CARDIO- EN CEREBROVASCULAIRE COMPLICATIES PER 1.000 PATIËNTEN DIE DE INTERVENTIE ONDERGINGEN, OP BASIS VAN EEN LEVENSLANGE TIJDSHORIZON, TEN OPZICHTE VAN EEN EVEN GROTE CONTROLEGROEP. HIERTOE ZIJN DE GEGEVENS VAN HET BESPROKEN ONDERZOEK GEVAT IN EEN SIMULATIEMODEL VAN 1000 PATIËNTEN EN EEN EVEN GROTE CONTROLEGROEP. (CABG: CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT; CVA: CEREBROVASCULAIR ACCIDENT; PTCA: PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY, CVE: CARDIOVASCULAIR EVENT).

In de MeMO -interventie werden alle gebruikers van lipidenverlagers via AIS-selecties maandelijks gescreend op therapie-ontrouw (circa 15 minuten per apotheek). Vervolgens werden medicatieprofielen van therapie-ontrouwe patiënten geanalyseerd (1 tot 3 minuten per profiel), waarbij ongeveer 6% in aanmerking kwam voor interventies die gemiddeld zo'n 15 minuten vergden (met uitschieters van 5 tot 60 minuten). Andere kosten die werden meegenomen waren de geneesmiddelkosten voor lipidenverlagers, de kosten voor de huisarts, laboratoriumtesten en tweedelijns medische kosten gerelateerd aan het optreden van de verschillende complicaties (oplopend tot wel € 28.200). Alle kosten en baten werden geanalyseerd middels een farmaco-economisch simulatiemodel.

### Kosteneffectiviteit

De analyse liet zien dat, gerekend over een periode van vijf jaar, terapietrouwbevordering leidt tot een verhoging van de geneesmiddelkosten van € 61 per patiënt. Ook de kosten voor huisarts en laboratoriumtesten zullen stijgen met € 53 per patiënt. De apotheekkosten stijgen met € 7,70 per patiënt. Deze totale kostenstijging (€ 122) wordt echter tenietgedaan door de besparingen op medische kosten in de tweede lijn (€ 126 per patiënt) door het voorkomen van de cardio- en cerebrovasculaire complicaties (zie figuur 1). Dit gaat tevens gepaard met een winst in *quality-adjusted life years* (QALY's). De interventie was daarmee voor primaire preventie

kosteneffectief (€ 4.585 per gewonnen QALY), uitgaande van de in Nederland gangbare grenswaardes voor kosteneffectiviteit van € 20.000-50.000 per gewonnen QALY, en voor secundaire preventie zelfs kostenbesparend (lagere kosten én meer QALY's) [5].

### Conclusie

Apotheekinterventies resulteren in een hogere terapietrouw op lipidenverlagers. Dit resulteert niet alleen in gezondheidswinst door voorkomen complicaties, maar ook in significante kostenbesparingen. De interventies bieden dus *value for money* en zijn kosteneffectief of zelfs kostenbesparend. Dergelijke optimalisatie van bestaande therapie via de apotheek is daarmee een farmaco-economisch aantrekkelijk alternatief naast het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen en is het geld dus meer dan waard. Miljarden worden immers gestoken in het ontwikkelen van nieuwe (kosteneffectieve) geneesmiddelen voor cardio- en cerebrovasculaire aandoeningen. Maar minstens zo belangrijk en potentieel farmaco-economisch aantrekkelijk is het om het huidige geneesmiddelgebruik te optimaliseren, bijvoorbeeld door terapietrouw te verbeteren bij (inmiddels generieke) lipidenverlagende middelen. Het ontwikkelen van adequate vergoedingssystemen voor dergelijke apotheekinterventies is daarbij van belang. ■

Zie voor de literatuurreferenties de digitale versie van dit artikel op [pw.nl](http://pw.nl).

Prof. dr. Maarten Postma is hoogleraar farmaco-economie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Dr. Stefan Vegter is gast-onderzoeker aan dezelfde universiteit en werkzaam bij GlaxoSmithKline; ten tijde van het hier beschreven onderzoek was hij postdoc onderzoeker en niet werkzaam bij dit bedrijf. Piter Oosterhof is apotheker bij het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Job van Boven is apotheker-onderzoeker aan de Rijksuniversiteit Groningen. Dr. Ada Stuurman-Bieze is wetenschappelijk adviseur bij Health Base en apotheker bij apotheek Wittesteijn te Emmeloord. Eric Hiddink is wetenschappelijk adviseur bij Health Base en PharmaPartners en gast-onderzoeker aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Belangenverstrengeling en financiële ondersteuning: Prof. dr. Maarten J. Postma en Dr. Stefan Vegter verkregen diverse grants en honoraria van diverse farmaceutische industrieën, echter niet direct gerelateerd aan het hier gerapporteerde onderzoek. Dr. Vegter is voor dit onderzoek ondersteund met unrestricted grants van de KNMP en het Prisma netwerk. De andere auteurs melden geen belangenverstrengelingen of financiële ondersteuning.