

Shared decision making führt zu einer besseren Adherence und besseren Outcomes bei schlecht kontrolliertem Asthma

Frage:

Verbessert shared decision making die Adherence und den Outcome bei Patienten mit schlecht kontrolliertem Asthma?

Hintergrund:

Patienten mit chronischen Erkrankungen, dazu gehört auch das Asthma bronchiale, nehmen die für die Therapie notwendigen Medikamente nicht immer wie empfohlen oder verschrieben ein. Es wird geschätzt, dass ein bis zwei Drittel der Patienten mit Asthma die Asthmakontrollmedikamente nicht regelmässig einnehmen. Das kann zu Exazerbationen, Hospitalisationen und eingeschränkter Lebensqualität führen. In den Guidelines wird empfohlen dass Kliniker die Ziele und Präferenzen der Patienten in die Behandlungsentscheidung einbeziehen, aber es gibt wenige Daten über die Adherence der Ärzte an diese Empfehlungen. In dieser Studie wird der Effekt des shared decision making (einen guten deutschsprachigen Begriff dafür kenne ich nicht) auf die Adherence der Patienten untersucht. Die definierenden Kriterien für ein shared decision making sind: Arzt und Patient teilen sich die relevanten Informationen mit, beide formulieren klar die Behandlungspräferenzen, Beratung und Diskussion der Optionen und beide stimmen dem Behandlungsplan zu.

Einschlusskriterien:

- 18 bis 70 jährige Patienten mit schlechter Asthmakontrolle. Schlechte Asthmakontrolle war definiert
 - zu hoher Gebrauch von kurzwirksamen „Rescue-Medikamenten“ (z.B. Salbutamol oder Terbutalin) im Vergleich zu den länger wirksamen „Kontrollmedikamenten“ (Quotient < 0.5 von Kontroll-medikamenten/Kontrollmedikamente + Rescue-Medikamente wurde als schlechte Kontrolle klassifiziert) und
 - mindestens drei abgegebene Rezepte für Betaagonisten
 - oder ein Besuch der Notfallstation oder Hospitalisation

Ausschlusskriterien:

- intermittierendes Asthma (Symptome weniger als einmal pro Woche)
- Patienten mit COPD

Studiendesign und Methode:

randomisiert kontrollierte Studie, dreiarmlige Studie, stratifizierte Randomisierung.

Studienort:

Kaiser Permanente Zentren in USA

Intervention

- Gruppe 1: shared decision making (SDM), nach einem vorgegeben Protokoll, das die vier wichtigen Elemente eines shared decision making enthält
- Gruppe 2: CDM, die Entscheidung wurde nach Diskussion mit dem Patienten vom Arzt allein getroffen, ansonsten war das Vorgehen gleich wie bei Gruppe 1
- Gruppe 3: „normale“ Betreuung des Patienten. Verschreibung der Medikamente nach dem in den Guidelines empfohlenen Stufenschema. Die Ärzte konnten die Patienten nach ihrem Gutdünken auch in eine Asthmaschulung schicken.
- Patienten wurden in der Anwendung der Inhalationsgeräte instruiert. Sie erhielten einen geschriebenen Management- und Aktionsplan und potentielle Probleme mit der Medikamenteneinnahme wurden diskutiert und Lösungsvorschläge gegeben.
-

Outcome:

- Primärer Outcome: Beschaffung von Medikamenten zur Asthmatherapie (Medikamentenkaufindex), ein Jahr vor Beginn der Studie und in den beiden Jahren in denen der Effekt der Intervention gemessen wurde. Mit dieser Methode wurde berechnet wie regelmässig die Patienten die Medikamente eingenommen haben. Die Berechnung wurde für die einzelnen Medikamente gemacht.
- Sekundäre Outcomes: Lebensqualität (asthmaspezifisch), Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Resultat:

- Von 2534 kontaktierten Patienten nahmen 612 an der Studie teil
- Die erste Konsultation in der das Prozedere entweder gemeinsam (SDM) oder durch den Arzt allein entschieden (CDM) wurde dauerte im Mittel 106 Minuten (SDM) und 77 Minuten (CDM).
- Die generelle Therapieentscheidung bezüglich inhalierbarer Steroide war in den beiden Gruppe SDM und CDM gleich. Unterschiedlich war die Wahl der Steroide. 13% mehr Patienten in der SDM Gruppe entschieden sich für die Fluticasone anstelle von Beclomethasone.
- Im Jahr vor der Randomisierung erhielten 18% keine „Kontrollmedikamente“ und die Adherence war insgesamt schlecht.
- Nach einem Jahr war der „Medikamentenkaufindex“ signifikant höher in der SDM Gruppe (0.67) als in der CDM Gruppe (0.59). In der usual care Gruppe war der Index 0.46). Nach zwei Jahren waren die Werte in der SDM Gruppe noch immer höher als in der CDM Gruppe, aber der Unterschied war nicht mehr signifikant.
- Die Patienten in der SDM Gruppe erwarben deutlich mehr Kontrollmedikamente als die in den anderen Gruppen
- Die Lebensqualität war in der SDM und CDM Gruppe deutlich und signifikant höher als in der usual care Gruppe.
- Im Jahr vor der Randomisierung war die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in allen Gruppe etwa gleich, während der Studie war sie in der SDM und CDM Gruppe höher als in der usual care Gruppe.

Kommentar:

- Patienten mit Asthma, die gemeinsam mit dem medizinischen Betreuer die Entscheidung über die Therapie treffen, hatten eine bessere Adherence was die Inhalation von Steroiden und langwirksamen Betamimetika betrifft.
- Patienten der SDM Gruppe hatten in allen gemessenen Outcomes (Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Gebrauch von Rescue Medikamenten, Lungenfunktion und Asthmakontrolle) bessere Ergebnisse verglichen mit den Patienten in der usual care Gruppe. Im Vergleich zu den Patienten in der CDM Gruppe waren die in der SDM Gruppe nur in wenigen Parametern besser.
- Diese Studie zeigt, dass das shared decision making eine wichtige Komponente der medizinischen Betreuung ist und nicht nur die Adherence sondern auch die klinischen Outcomes verbessert.
- Die Resultate dieser Studie sind bedeutsam für die Behandlung von Patienten mit Asthma, aber wahrscheinlich auch für Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen.

Literatur:

Wilson S.R. et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. Am J Respir Crit Care Med 2010; 181: 566-77

Verfasser:

Johann Steurer