

Verwachtingen sluiten niet altijd aan

Bij sommige eerste uitgiften weet je wanneer het herhaalrecept zal komen. Toch klopt dat vaak niet. Hoe vaak klopt het niet, en waarom niet? Dit onderzoek geeft enig inzicht in de omvang van therapieontrouw bij de start van chronische medicatie en in de achtergronden van de gevonden therapietrouw.

Voor het slagen van een medicamenteuze behandeling is een goede therapietrouw van groot belang. Therapieontrouw komt echter vaak en in vele vormen voor. Patiënten kunnen hun geneesmiddelen op een verkeerd tijdstip innemen, een te lage of juist een te hoge dosis innemen, of het geneesmiddel vaker of minder vaak innemen dan is voorgeschreven. Patiënten kunnen te lang doorgaan met de behandeling, deze juist voortijdig beëindigen of van tijd tot tijd stoppen met het gebruik van geneesmiddelen [1-3].

Therapieontrouw kan ertoe leiden dat het beoogde effect van de medicatie uitblijft of dat ongewenste bijwerkingen optreden. Verder bemoeilijkt therapieontrouw de beoordeling van een voorgeschreven behandeling [4].

Er zijn verschillende, vaak patiëntgebonden, factoren waardoor therapietrouw wordt beïnvloed. De therapietrouw van oudere mensen is vaak minder dan die van jonge mensen, eenvoudigweg omdat zij vaak meer en gedurende een langere tijd geneesmiddelen gebruiken [5, 6]. Ook kan een verminderde mentale en fysieke gesteldheid het geneesmiddelgebruik beïnvloeden. De sociaal-culturele achtergrond van de patiënt en kennis over aandoening, geneesmiddelen en mogelijke gevolgen van het niet-gebruiken van geneesmiddelen spelen eveneens een belangrijke rol bij therapietrouw [7]. Verder zijn de aard van de klachten en het soort therapie van invloed op de therapietrouw. Als de patiënt zijn klacht niet als ernstig ervaart of er weinig last van heeft, is de motivatie geneesmiddelen te gebruiken vaak afgenomen [7].

Kernpunten

- Een groot deel van de patiënten die starten met chronische medicatie, staakt het gebruik hiervan binnen enkele maanden.
- Veel patiënten gebruiken hun geneesmiddelen niet volgens voorschrift.
- Tot de belangrijkste redenen voor het voortijdig beëindigen van het geneesmiddelgebruik behoren onwerkzaamheid, het optreden van bijwerkingen en het niet meer nodig zijn van het geneesmiddel.

J.G. Hugtenburg, *Disciplinegroep Farmaco-epidemiologie & Farmacotherapie, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, Universiteit Utrecht; Afdeling Medische Farmacologie, VU medisch centrum, Amsterdam*
A.T.G. Blom, *Disciplinegroep Farmaco-epidemiologie & Farmacotherapie, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, Universiteit Utrecht*
S.U. Kisoensingh, *Disciplinegroep Farmaco-epidemiologie & Farmacotherapie, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, Universiteit Utrecht*

Geneesmiddelgerelateerde factoren, waaronder de werkzaamheid en de bijwerkingen die geneesmiddelen kunnen veroorzaken, kunnen in belangrijke mate de therapietrouw beïnvloeden [8]. Verder is bekend dat de therapietrouw afneemt naar mate mensen per dag vaker geneesmiddelen moeten gebruiken [9, 10].

Uit een recent door het PHARMO-instituut uitgevoerd onderzoek is gebleken dat 50-70% van de →



Definities

Eerste uitgifte: de patiënt heeft het betreffende geneesmiddel niet gehad in het half jaar voor de datum van de verstrekking.

Chronische medicatie: geneesmiddelen die voor langere tijd ononderbroken door de patiënt gebruikt moeten worden om progressie of aanvallen van de aandoening te voorkomen (ATC-codes zijn weergegeven in tabel 1).

Op tijd terugkomen voor herhaalmedicatie: herhaalmedicatie wordt op grond van de medicatiehistorie maximaal zes dagen later dan verwacht opgehaald.

Te laat terugkomen voor herhaalmedicatie: herhaalmedicatie wordt op grond van de medicatiehistorie minimaal zeven dagen later dan verwacht opgehaald.

Tabel 1**TERUGKOMGEDRAG BIJ DE IN HET ONDERZOEK BETROKKEN GENEESMIDDELGROEPEN**

| ATC-code en geneesmiddelgroep | Aantal voorschriften | | | Totaal (%) |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|------------|
| | Patiënt is op tijd | Patiënt komt te laat | Patiënt komt niet | |
| A10; diabetesmiddelen | 4 | 1 | 0 | 5 (2) |
| B01AC; antithrombotica | 11 | 4 | 7 | 22 (9) |
| C01-C10; hartmiddelen | 51 | 11 | 45 | 107 (46) |
| G03C; oestrogenen | 3 | 2 | 9 | 14 (6) |
| H03; schildkliermiddelen | 5 | 2 | 5 | 12 (5) |
| M05; bisfosfonaten | 2 | 2 | 2 | 6 (3) |
| N03; anti-epileptica | 5 | 3 | 11 | 19 (8) |
| N06A; antidepressiva | 16 | 0 | 18 | 34 (15) |
| N04/N05/N06B; overige psychofarmaca | 2 | 0 | 6 | 8 (3) |
| S01E; glaucoommiddelen | 1 | 0 | 4 | 5 (2) |
| Totaal (%) | 100 (43) | 25 (11) | 107 (46) | 232 (100) |

Tabel 2**REDENEN VOOR NIET OP TIJD TERUGKOMEN VOOR HERHAALMEDICATIE (N = 20)**

| Reden | n |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Vergeeten het geneesmiddel in te nemen | 13 |
| Gestopt voor een bepaalde tijd in overleg met de voorschrijver | 3 |
| Gestopt voor een bepaalde tijd zonder overleg met de voorschrijver | 2 |

Tabel 3**REDENEN VOOR HET NIET TERUGKOMEN VOOR DE HERHAALMEDICATIE (N = 93)**

| Reden | n |
|----------------------------------------------|----|
| Onwerkzaamheid van het geneesmiddel | 13 |
| (Bezorgdheid over) bijwerkingen | 21 |
| Zowel onwerkzaamheid als bijwerkingen | 3 |
| Geneesmiddel was niet meer nodig | 13 |
| Geneesmiddel was niet voor chronisch gebruik | 15 |
| Advies van de voorschrijver | 8 |
| Patiënt vond geneesmiddel niet meer nodig | 6 |

patiënten binnen een jaar het gebruik van voor chronisch gebruik bedoelde geneesmiddelen staakt [11]. Ook Haynes en medewerkers vonden dat ongeveer 50% van de geneesmiddelgebruikers niet therapietrouw was [12]. Er is echter weinig inzicht in de redenen voor deze vorm van therapieontrouw.

Methoden

In Apotheek Westwijk in Amstelveen is een onderzoek verricht naar het terugkomgedrag van patiënten die in de periode mei t/m juli 2002 een eerste uitgifte hebben gehad van een voor chronisch gebruik bedoeld geneesmiddel. Hiertoe zijn de medicatiehistories van deze patiënten over drie maanden na de eerste uitgifte onderzocht. Bij patiënten die te laat of niet in de apotheek terugkwamen voor hun herhaalmedicatie, werd onderzocht wat de redenen daarvoor waren. Onderzocht werd of leeftijd, geslacht of het geneesmiddelengebruik invloed had op het te laat of niet terugkomen voor de herhaalmedicatie.

In Apotheek Westwijk wordt bij eerste uitgifte van geneesmiddelen schriftelijke en mondelinge voorlichting over werking en gebruik van geneesmiddelen gegeven.

SELECTIE VAN EERSTE-UITGIFTEVOORSCHRIFTEN

Met behulp van de Q-module van het apotheek-informatie systeem [AIS] van Pharmacom werden eerste-uitgiftevoorschriften voor chronisch te gebruiken medicatie geselecteerd. De ATC-codes van deze geneesmiddelen zijn vermeld in tabel 1.

Bij patiënten die te laat of niet in de apotheek terugkwamen werd onderzocht wat daarvoor de redenen waren

Respiratoire geneesmiddelen werden uitgesloten omdat in deze periode veel hooikoorts voorkomt waardoor deze geneesmiddelen misschien om deze reden vaak kortdurend gebruikt worden. Hierna werden de medicatiehistories van de geselecteerde patiënten gecontroleerd, waarbij voorschriften voor geneesmiddelen met een 'zo nodig'- of incidenteel gebruik werden uitgesloten.

TERUGKOMGEDRAG OP BASIS VAN DE MEDICATIEHISTORIE

Het terugkomgedrag voor herhaalmedicatie van gebruikers van geneesmiddelen uit de in tabel 1 vermelde ATC-categorieën werd onderzocht. Indien er een ander geneesmiddel uit dezelfde ATC-groep werd gebruikt, uitgaande van de eerste drie cijfers/letters, werd dit als eenzelfde medicatie beschouwd.

Bij analyse van het terugkomgedrag werden drie categorieën onderscheiden, waarbij de in het omkaderde deel aangegeven definities zijn gebruikt:

- I: Op tijd terugkomen.
- II: Te laat terugkomen.
- III: Niet meer terugkomen.

Patiënten uit de categorieën II en III konden benaderd worden voor een telefonisch interview-onderzoek. Daarnaast werden de volgende inclusie-criteria gehanteerd: woonachtig in Amstelveen, ingeschreven bij Apotheek Westwijk en telefonisch bereikbaar.

Naast een aantal algemene vragen werd de patiënten gevraagd naar de reden van het niet of niet op tijd terugkomen voor de herhaalmedicatie. Ook werd de patiënt gevraagd of met de arts gesproken was over het niet regelmatig gebruiken van het geneesmiddel of over het stoppen met het gebruik van het geneesmiddel.

VERWERKING EN ANALYSE VAN GEGEVENS

De gegevens werden verzameld in een hiertoe aangemaakte database in SPSS 10.0. De gegevens werden geanalyseerd met behulp van de Chi-kwadraat-toets.

Resultaten

AANTAL EERSTE UITGIFTEN

In de periode mei-juli 2002 werden in het AIS 333 eerste uitgiften van geneesmiddelen met een in tabel 1 vermelde ATC-code gevonden. Uitgaande van de medicatiehistories werden 101 voorschriften uitgesloten, omdat deze geneesmiddelen betroffen voor 'zo nodig' of incidenteel bedoeld gebruik. De overige 232 eerste uitgiften zijn in het onderzoek beschouwd als voor chronisch gebruik bedoelde geneesmiddelen. De verdeling van deze geneesmiddelen over de ATC-codes is weergegeven in tabel 1.

THERAPIETROUW OP BASIS VAN MEDICATIEHISTORIE

Tabel 1 vermeldt de aantallen voorschriften voor herhaalmedicatie – ingedeeld naar ATC-codes – die op tijd, te laat of niet zijn afgehaald. Van de 232 voorschriften worden er 100 op tijd afgehaald. In totaal 132 voorschriften worden niet op tijd of in het geheel niet afgehaald.

ACHTERGRONDEN AFWIJKEND TERUGKOMGEDRAG

De 132 te laat of niet opgehaalde voorschriften voor de haalmedicatie waren bestemd voor 121 patiënten. Van deze 121 patiënten waren er 98 niet meer teruggekomen voor de herhaalmedicatie en waren er 23 te laat teruggekomen. Deze 121 patiënten zijn benaderd voor een interview en 113 (93,4%) van hen waren bereid mee te werken aan het onderzoek.

In de interviews werd gevraagd naar de achtergronden van het niet op tijd of in het geheel niet ophalen van de herhaalmedicatie. De redenen die patiënten opgeven voor het niet op tijd terugkomen voor de herhaalmedicatie zijn vermeld in tabel 2. Het betreft de antwoorden van 20 (van de 23) patiënten die bereid waren mee te werken aan het interview. De meest genoemde reden is het vergeten de medicatie in te nemen. Daarnaast zijn sommigen gestopt met de medicatie, al dan niet in overleg met de voorschrijver. De redenen die patiënten opgeven voor het niet terugkomen voor de herhaalmedicatie zijn vermeld in tabel 3. Dit betreft de antwoorden van 93 (van de 98) →



BOTEIWIT STIMULEERT KANKER

Het boteiwit periostine stimuleert uitzaaingen van darmkanker in de lever, blijkt uit onderzoek van Duke University (www.mc.duke.edu), gepubliceerd op 23 april 2004. Het eiwit vormt een nieuw doelwit voor middelen tegen coloncarcinoom. De wetenschappers vonden bij meer dan 80% van de onderzochte coloncarcinomen een verhoogde expressie van periostine. Bij gemetastaseerde tumoren was de expressie het hoogst. Voorlopige studies suggereren dat ook sommige borstkankercellen, ovariumtumoren en gliomen dit boteiwit produceren.

De onderzoekers injecteerden muizen met coloncarcinoomcellen. De cellen met expressie van periostine groeiden uit tot grote uitzaaingen, ondanks zuurstoftekort en gebrek aan groeifactoren. De tumoren zonder periostine stierven. Het boteiwit stimuleerde bovendien de bloedvatvorming rond de tumoren. Periostine activeert in de kankercellen de Akt/PKB-signaalroute, die de overleving van cellen bevordert. Gerichte medicijnen zouden dit effect bij patiënten met coloncarcinoom kunnen blokkeren.



SEIZOENSAFHANKELIJKE CHOLESTEROLWAARDEN

Cholesterolspiegels zijn in de wintermaanden hoger dan in de zomer [Arch Intern Med. 2004;164:863-70]. Gedurende een jaar bepaalden de onderzoekers bij 517 gezonde vrijwilligers de cholesterolspiegel en verzamelden gegevens over onder andere dieet en lichaamsbeweging. Mannen hadden gemiddeld een cholesterolspiegel van 222 mg/dl. Bij vrouwen was deze 213 mg/dl. Deze waarden stegen bij mannen gemiddeld 3,9 mg/dl, met een piek in december en bij vrouwen 5,4 mg/dl, met een piek in januari. Bij deelnemers met verhoogde cholesterolspiegels waren de toenames relatief groter. Hypercholesterolemie werd gedefinieerd als een spiegel van 240 mg/dl of meer. In de winter werd dit bij 22% meer deelnemers gevonden dan in de zomer. Dieet en calorie-inname varieerden niet significant tussen de seizoenen. De onderzoekers verklaren de toename door veranderingen in temperatuur en lichamelijke activiteit, die op hun beurt het bloedplasmavolume beïnvloeden.

patiënten die bereid waren mee te werken aan het onderzoek.

Door de groep die niet terugkomt voor herhaalmedicatie worden diverse redenen genoemd die zijn gerelateerd aan het geneesmiddel en/of de aandoening. Bezorgdheid of last van bijwerkingen wordt genoemd door bijna 1 op de 4 gebruikers die zijn gestopt. Het niet werkzaam zijn van het middel is voor een deel een reden om te stoppen. Een relatief grote groep zegt het middel niet meer nodig te hebben.

Een verband met de verschillende geneesmiddelgroepen kon niet worden aangetoond.

Van de patiënten die niet terugkwamen voor de herhaalmedicatie gaf 70% aan dat zij dit besproken hadden met de voorschrijver.

Beschouwing

Uit de resultaten van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat slechts iets meer dan de helft van de patiënten die starten met een voor chronisch gebruik bedoeld geneesmiddel het geneesmiddel na drie maanden nog steeds komt ophalen. Een deel van deze patiënten gebruikt bovendien de geneesmiddelen al in deze eerste periode van gebruik niet volgens voorschrift.

Tot de meest genoemde redenen die patiënten opgaven voor het voortijdig beëindigen van het geneesmiddelgebruik behoorden onwerkzaamheid van de geneesmiddelen, het optreden van bijwerkingen en het niet meer nodig zijn van het geneesmiddel. Ook gaf een deel van de patiënten aan dat het geneesmiddel niet voor chronisch gebruik bedoeld was.

Mogelijk nemen patiënten beslissingen die niet op de juiste informatie is gebaseerd. Zo kan het zijn dat een patiënt een effect verwacht wanneer dit nog niet verwacht kan worden. Antidepressiva zijn hiervan een voorbeeld, het effect treedt vaak pas op na vier tot zes weken in plaats van na twee weken. Bij sommige middelen zijn de effecten niet direct merkbaar voor de patiënt, zoals bij het gebruik van antihypertensiva en cholesterolverlagers.

Verder is het mogelijk dat bijwerkingen niet terecht aan het geneesmiddel worden voorgeschreven en patiënten niet weten of een bijwerking na langer gebruik weer zal verdwijnen. Ook is het mogelijk dat de patiënt niet op de hoogte is van de ernst van de bijwerking. In elk geval is niet duidelijk of stoppen met de medicatie voor de patiënt het beste is.

In ander Nederlands onderzoek naar de continuering van geneesmiddelengebruik werd ook gevonden dat een groot deel van patiënten het gebruik van voor chronisch gebruik bedoelde geneesmiddelen binnen enkele maanden staakt [11].

Buitenlands onderzoek naar de persistentie van het gebruik van antihypertensiva, verreweg de meest onderzochte groep, wees uit dat het gebruik door 40-60% binnen vrij korte tijd gestaakt werd [13, 14]. Voor cholesterolverlagers is in de literatuur beschreven dat 60-90% een jaar na de start de geneesmiddelen nog steeds gebruikt [15]. Uit het in dit artikel beschreven onderzoek bleek dat het onwerkzaam zijn van geneesmiddelen en het optreden van bijwerkingen bij eenderde

van de patiënten de redenen waren voor het staken van het geneesmiddelengebruik. Volgens 15% was het geneesmiddel niet voor chronische gebruik bedoeld. Ook gaf een deel aan dat het niet meer nodig was het geneesmiddel te gebruiken. Hierbij kan de kanttekening geplaatst worden dat de mening van de voorschrijver niet bekend is.

Uit onderzoek van Rahimtoola en medewerkers [16] bleek dat vooral onwerkzaamheid en het optreden van bijwerkingen verantwoordelijk waren voor het niet terugkomen voor een herhaalrecept voor sumatriptan na eerste uitgifte.

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

De respons van patiënten op het verzoek van de onderzoeker mee te werken aan het onderzoek was met meer dan 90% erg hoog. De invloed van de mening van niet-respondenten is daarom zeer gering. Wel moet rekening gehouden worden met de neiging van mensen sociaal wenselijke antwoorden te geven. Zo kan het zijn dat patiënten het stopgedrag legitimeren door te verwijzen naar de arts, waar dit in werkelijkheid niet terecht is. De situatie kan dus ernstiger zijn dan uit de resultaten blijkt.

Een andere beperking is dat in het onderzoek alleen de patiënten van één apotheek waren opgenomen. De door de apotheek gegeven voorlichting en het

In de interviews werd gevraagd naar de achtergronden van het niet op tijd of in het geheel niet ophalen van de herhaalmedicatie

voorschrijfgedrag en de voorlichting van de behandelende artsen kunnen de resultaten hebben beïnvloed.

Een andere beperking betreft de gebruikte onderzoeksgegevens. De intentie van de voorschrijvers is niet in het onderzoek betrokken. Daardoor is niet met zekerheid vast te stellen of de voorgeschreven medicatie ook bedoeld was voor chronisch gebruik. Verder kon als gevolg van de te geringe steekproefgrootte geen duidelijke relatie met de gebruikte geneesmiddelen worden aangetoond.

Conclusie

Een groot deel van de patiënten die starten met voor chronisch gebruik bedoelde geneesmiddelen staakt het gebruik hiervan binnen enkele maanden. Zoals ook door Herings en medewerkers is betoogd, brengt deze vorm van therapieontrouw aanzienlijke gezondheidsrisico's voor deze patiënten met zich mee [11]. Bovendien gaat het ondoelmatig geneesmiddelengebruik gepaard met verspilling van grote sommen geld.

Tot de belangrijkste redenen voor het voortijdig beëindigen van de chronische medicatie behoorden onwerkzaamheid, bijwerkingen en niet langer nodig zijn van de geneesmiddelen.

Goede voorlichting en evaluatie van een ingestelde therapie kunnen helpen voorkomen dat patiënten onnodig stoppen met hun medicatie.

In dit onderzoek kon niet worden vastgesteld in hoeverre therapieontrouw vaker voorkomt bij gebruik van bepaalde geneesmiddelgroepen. Ook een relatie tussen de redenen voor therapieontrouw en de gebruikte geneesmiddelen kon niet worden aangetoond.

*Soms was het geneesmiddel
niet voor chronisch gebruik
bedoeld, soms was het niet meer nodig*

Om meer inzicht te krijgen in de geneesmiddel-gerelateerde problemen die patiënten ervaren bij de start van het geneesmiddelengebruik, wordt aanbevolen op grotere schaal onderzoek te verrichten onder deze patiënten en hierbij ook hun behandelaren te betrekken. Resultaten van een dergelijk onderzoek kunnen ingezet worden om het doelmatig geneesmiddelgebruik te bevorderen ●

LITERATUUR

- 1 Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML, et al. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *J Am Med Assoc.* 1989;261:3273-7.
- 2 Blom ATG, Paes AHP. De therapietrouw kan worden verbeterd. *Geneesmiddelenbulletin.* 1992;26:40-3.
- 3 Kadir F. Zorg om trouw. *Pharm Weekbl.* 1999;134(12):405.
- 4 Epstein LH. The direct effects of compliance on health outcome. *Health Psychology.* 1984;3:385-93.
- 5 Boczkowski JA, Zeichner A. Medication compliance and the elderly. *Clin Gerontologist.* 1985;4:3-15.
- 6 Weingarten MA, Cannon BS. Age as a major factor for hypertension in a general practice population. *Family Practice.* 1988;5:294-6.
- 7 Broekhuysen AM, Vreugdenhil G, Thien TH. Therapietrouw: bepalende factoren en mogelijkheden ter verbetering. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1994;138:850-4.
- 8 Weintraub M, Au W, Lasagna L. Compliance as a determinant of serum digoxin concentration. *J Am Med Assoc.* 1973;224:481-5.
- 9 Paes AHP, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient's compliance. *Diabetes Care.* 1997;20:1512-6.
- 10 Pullar T, Birtwell AD, Wiles PG, et al. Use of a pharmacological indicator to investigate compliance with tablets to be taken once, twice or three times daily. *Clin Pharmacol Ther.* 1988;44:540-5.
- 11 Herings RMC, Leufkens HGM, Heerdink ER, et al. Chronische farmacotherapie voortgezet. Utrecht: PHARMO Instituut voor pharmaco-epidemiologisch onderzoek; 2002.
- 12 Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients following prescribed treatment. *JAMA.* 2002;288:2880-3.
- 13 Payne KA, Esmonde-White S. Observational studies of antihypertensive medication use and compliance: is drug choice a factor in treatment adherence? *Curr Hypertens Rep.* 2000;2:515-24.
- 14 Gerth WC. Compliance and persistence with newer antihypertensive agents. *Curr Hypertens Rep.* 2002;4:424-33.
- 15 LaRosa JH, LaRosa JC. Enhancing drug compliance in lipid-lowering treatment. *Arch Fam Med.* 2000;9:1169-75.
- 16 Rahimtoola H, Buurma H, Tijssen CC, et al. Single use of sumatriptan: a patient interview study. *Headache.* 2003;43:109-16.

Correspondentie kan worden gericht aan Jacqueline G. Hugtenburg, Disciplinegroep Farmaco-epidemiologie & Farmacotherapie, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, Postbus 80082, 3508 TB Utrecht, e-mail J.G.Hugtenburg@pharm.uu.nl.

THERAPIETROUW BIJ ANTIHYPERTENSIVA

Er verschijnen regelmatig onderzoeken waaruit blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten een half jaar na aanvang van een eerste uitgifte van een antihypertensivum, al weer gestopt is met deze behandeling. In een Nederlands onderzoek blijken bijwerkingen de belangrijkste reden voor het staken van de behandeling. Bij ongeveer 1 op de 4 stoppers is het echter bij de huisarts niet duidelijk wat de reden is geweest om de medicatie te staken. Ook valt op dat een klein deel van de patiënten stopt omdat de bloeddruk weer normaal is. Dat lijkt erg snel – binnen 6 maanden – maar hangt mogelijk samen met het feit dat de bloeddrukverlagende behandeling soms te snel wordt gestart [*Pharm Weekbl.* 2003;138:340-7].

THERAPIETROUW BIJ ASTMA

Er is algemene consensus over het belang van het regelmatig gebruik van inhalatiecorticosteroïden (ICS) door patiënten met matig tot ernstig astma. Toch blijken in de dagelijkse praktijk veel patiënten die beginnen met ICS, daar snel weer mee te stoppen. Tevens blijkt dat patiënten die de ICS wel blijven gebruiken, dit vaak onregelmatig doen. Zonder dat men iets weet van de ziekte-toestand van de patiënt kan men deze informatie moeilijk interpreteren.

Wat was de oorspronkelijke indicatie voor het ICS? In toenemende mate ziet men dat ICS ook worden voorgeschreven bij postinfectieuze hyperreactiviteit na een doorgemaakte virale luchtweginfectie (nog weken hoesten na een verkoudheid). Als er niet echt sprake is van longfunctieverlies, is het terecht dat zo'n behandeling niet lang wordt gecontinueerd. Wanneer er wel echt sprake is van astma, zal de dosering van het ICS regelmatig bijgesteld worden op geleide van longfunctie en klachten. Een patiënt kan dus heel weloverwogen de medicatie afbouwen of tijdelijk staken.

Wanneer wordt gesignaleerd dat de patiënt nog frequent symptomatische medicatie nodig heeft, zoals sympathicomimetica, stootkuren prednison en antibiotica, is het zaak het belang van goede therapietrouw met het ICS te benadrukken.

De PW-special van 25 juni 2004: off-label-gebruik

Off-label-gebruik van geneesmiddelen is een heel gebruikelijk fenomeen. De apotheker heeft het vaak niet eens in de gaten omdat hij de reden van voorschrijven niet kent. Is off-label-gebruik een probleem of een oplossing? Het kan beide zijn, zoals het themanummer zal illustreren. Daarin komen onder meer aan bod de juridische aspecten, off-label-voorschrijven door huisartsen, off-label-toepassing bij kinderen en niet-geregistreerde indicaties in het 'Farmacotherapeutisch Kompas'.