



Universiteit Utrecht

nr. 4, december 2012

Met in deze uitgave:

- **Het combineren van gegevens uit internationale databases**
- **Communicatie met patiënten en met huisartsen**
- **Ervaringen van stagiairs, deel 1**
- **Gevraagd: gegevens van stageapotheken**

En verder:

Praktijkonderzoek en recente publicaties | UPPER stage | Promoties departement Farmaceutische Wetenschappen | Onderzoek departement Farmaceutische Wetenschappen

Redactioneel **Geachte Collega's,**

UPPER heeft het afgelopen jaar veel hulp gehad van apothekers die meewerkten aan praktijkonderzoek. Onderzoek naar mogelijke problemen die patiënten met geneesmiddelen ondervinden. Onderzoek naar de werkwijze van apothekers in de dagelijks praktijk. Onderzoek naar nieuwe interventies door apotheken. Uitgangspunt daarbij is altijd dat we de beroepsgroep willen helpen om inzicht te krijgen waar de farmaceutische zorg beter kan en aantoonbaar willen maken wat de effecten van die farmaceutische zorg zijn. Dat is hard nodig in deze tijd waar aan de stoelpoten van het beroep wordt gezaagd. Tegelijkertijd realiseren wij ons dat uw hoofd niet altijd naar onderzoek staat. Wij proberen er rekening mee te houden door onderzoeken zo behapbaar mogelijk te maken. Ook zijn we blij met de hulp van veel studenten die meewerken aan onderzoek. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten. Door deel te nemen aan praktijkonderzoek krijgt de student meer inzicht in het reilen en zeilen in de dagelijkse praktijk. Dat brengt ons direct bij het belang van de begeleiding van onze studenten tijdens de stage. Ook dat is een belangrijke taak. De masterstudenten farmacie zijn enthousiast om de farmaceutische zorg te verbeteren. Zij zijn gebaat bij enthousiaste stagebegeleiders die hen wegwijs maken in de praktijk. Dat u regelmatig meewerkt aan praktijkonderzoek en u zich inzet voor de begeleiding van studenten waarderen we dan ook zeer. We wensen u veel sterkte in 2013 en hopen met u op een zonnige toekomst voor de farmacie.

Het UPPER-team



Is het combineren van internationale databases de toekomst?

De afgelopen jaren zijn in veel landen grote databases ontstaan met informatie over geneesmiddelengebruik, al dan niet in combinatie met gezondheidsuitkomsten zoals ziekenhuisopnamen en/of sterfte. Er ontstaat steeds meer behoefte om deze gegevens samen te voegen om daarmee belangrijke vragen te kunnen beantwoorden. Er is echter weinig bekend over de wijze waarop dergelijke gegevens van verschillende landen of registers in observationeel onderzoek kunnen worden samengevoegd en moeten worden geïnterpreteerd. Er bestaan momenteel geen vastomlijnde methodes om elektronische gezondheidszorggegevens van afzonderlijke registers met elkaar te combineren. Zelfs onderzoeken gebaseerd op dezelfde database leveren soms uiteenlopende resultaten op door verschillen in onderzoeksofzet.

Risico op botbreuken

Het overkoepelende doel van het proefschrift van Marloes Bazelier was het bepalen van de toegevoegde waarde wanneer gegevens van verschillende landen worden gebruikt voor onderzoek naar:

- het risico op botbreuken voor patiënten met multiple sclerose (MS);
- het risico op botbreuken voor diabetespatiënten die een thiazolidinedion (TZD) krijgen voorgeschreven.

Hiervoor werden drie verschillende elektronische gezondheidszorgregisters gebruikt: de Britse huisartsendatabank GPRD, het Nederlandse PHARMO Record Linkage System (RLS), en de Deense nationale gezondheidszorgregisters.

Het onderzoek leidt tot de aanbeveling voor een grotere oplettendheid op het risico op heupfracturen bij MS-patiënten. Extra aandacht zou vooral moeten gaan naar MS-patiënten tussen de 30 en 70 jaar en naar invalide patiënten. Het onderzoek laat verder zien dat het gebruik van antidepressiva bij MS het risico op botbreuken verder verhoogt. De resultaten met betrekking tot het gebruik van corticosteroiden bij MS-patiënten spreken elkaar tegen, maar in de literatuur is het verband tussen het

gebruik van corticosteroiden en het risico op fracturen in het algemeen wel duidelijk aangetoond.

Risico's voor individuele patiënten

Het maken van een inschatting van het risico op een botbreuk voor een individuele patiënt zou helpen om dit risico te bespreken met de patiënt. Voorbeelden van een dergelijk instrument zijn de FRAX-scores. In het proefschrift van Bazelier is een klinische risicoscore ontwikkeld waarin ook MS kan worden meegenomen. Bij FRAX zou MS kunnen worden beschouwd als 'secundaire osteoporose' en als zodanig kunnen worden ingevoerd. Een meting van de botmineraaldichtheid (BMD) zou de volgende stap kunnen zijn om te bepalen of preventieve behandeling, zoals het gebruik van een bisfosfonaat, wenselijk is. Daarnaast is het bij mensen met MS van belang na te gaan in hoeverre het slikken van calcium of extra vitamine D nodig is.

Verschillende risicofactoren tegelijk

Vrouwen met diabetes die TZD's gebruiken hebben een licht verhoogd risico op een fractuur. Als een patiënt gelijktijdig verschillende risicofactoren heeft voor een botbreuk, zoals een eerdere botbreuk, het gebruik van corticosteroiden, of

een hoge leeftijd, dan kan verder medisch onderzoek zoals een BMD nuttig zijn. Wanneer hieruit blijkt dat de patiënt een groot risico loopt, kan overwogen worden om met de TZD's te stoppen.

Combineren van databases

Het vergelijken van de bevindingen in drie registers gaf meer inzicht in de rol van verschillende risicofactoren, zoals het medicatiegebruik en de ernst van de onderliggende ziekte. Door het samenvoegen van gegevens was het ook mogelijk om het risico op specifieke fractuurtypes te onderzoeken. Het samenvoegen van gegevens van verschillende landen of registers kan daarom een nuttige bijdrage leveren aan observationeel onderzoek.

Multi-landenstudies

Of deze multi-landenstudies de moeite waard zijn ligt aan de specifieke vraagstelling die onderzocht wordt, de kwaliteit en de volledigheid van de gegevens in de afzonderlijke registers, de mogelijkheid om toegang te krijgen tot individuele patiëntgegevens als dat nodig is en de bereidheid om tijd en geld te investeren. Als verschillende registers met elkaar worden gecombineerd is het cruciaal om eerst de eigenschappen van deze registers te onderzoeken, evenals de karakteristieken van de patiënten. Idealiter zou er zoveel mogelijk overeenkomst moeten zijn tussen de gegevens van de verschillende bronnen wat betreft de studieopzet en de definities van blootstelling, uitkomst en risicofactoren, voordat ze met elkaar gecombineerd worden. Toegang tot individuele patiëntgegevens is daarom van grote waarde voor een multi-landenonderzoek.

'Marloes Bazelier hoopt op 19 december 2012 op dit onderzoek te promoveren. De titel van haar proefschrift is *A combinatorial approach to electronic healthcare records in pharmacoepidemiology*.

Haar promotoren zijn prof. dr. Bert Leufkens en prof. dr. Tjeerd van Staa. Copromotor is dr. Frank de Vries.

VKC nieuws

Het UPPER-vkc

Het virtuele kenniscentrum (vkc) van UPPER is een elektronische omgeving waarin informatie over farmaceutisch praktijkonderzoek en farmaceutische praktijkstages bijeengebracht wordt. Deze informatie kan door alle vkc-leden, dus door iedereen die in het vkc kan inloggen, worden gelezen, en eventueel worden bewerkt en aangevuld. Via de knop 'Wat is nieuw' op de vkc-homepage kunt u gemakkelijk recente veranderingen in het vkc zien. Het instellen van een automatische attendering op bepaalde wijzigingen behoort eveneens tot de mogelijkheden.

Deel 11: experts en expertisegebieden

Op de homepage van het UPPER-vkc vindt u in het linker menu de knop **Experts per gebied**. Als u deze link aanklikt krijgt u een overzicht van medewerkers (en oud-medewerkers) van de afdeling Farmaco-epidemiologie & Klinische Farmacologie, waar UPPER deel van uitmaakt. U kunt een overzicht krijgen van de medewerkers die op een bepaald expertisegebied werkzaam zijn door een van de items in het vlak **expertisegebieden** aan te klikken. Medewerkers kunnen uiteraard op meer dan één expertisegebied werkzaam zijn.

Per medewerker kunt u vervolgens meer informatie te zien krijgen, zoals bijvoorbeeld hun belangrijkste publicaties. De medewerkers kunnen deze informatie zelf aanvullen, nadat zij in het vkc zijn ingelogd met hun Solis-id. Om weer een overzicht te krijgen van alle personen, kunt u het item **All** aanklikken, dat als laatste item in het overzicht van de expertisegebieden staat.

Ook kunt u een overzicht krijgen van iedere 'groep' van medewerkers, bijvoorbeeld van de promovendi (PhD Students), door op het plusje voor de naam van de groep te klikken. Door na het 'uitklappen' van een groep het minnetje aan te klikken, kunt u de groep ook weer 'inklappen'.

Toegang tot het vkc

Het webadres van het vkc is <http://www.uu.nl/vkc/upper>. De knop voor het inloggen staat rechtsboven op het scherm. Inloggen kan alleen met een Solis-id. Uw Solis-id en het bijbehorende wachtwoord zijn overigens niet per definitie gelijk aan uw inlogcodes voor UPStage (zie pag. 11). Wel kunt u in UPStage uw wachtwoord wijzigen zodat het gelijk wordt aan het wachtwoord dat hoort bij uw Solis-id.

Alle leden van het UPPER-netwerk kunnen een Solis-id voor de toegang tot het UPPER-vkc aanvragen. Hiervoor heeft UPPER een aantal persoonlijke gegevens van u nodig. U kunt de gevraagde gegevens invullen in een elektronisch formulier, dat u kunt bereiken via de homepage van het vkc onder het kopje Mededelingen > Nieuws en aankondigingen.

Aanvragen Solis-id's voor leden van het UPPER-netwerk

Vragenlijst voor het verzamelen van de gegevens die nodig zijn om een Solis-id te kunnen aanvragen.

Registratie is vereist om deel te nemen aan deze vragenlijst.
U kunt zich registreren voor deze vragenlijst indien u wilt deelnemen.
Wat onderstaande gegevens in en u zal onmiddellijk een e-mail ontvangen met daarin een link naar de vragenlijst.

Voornaam:

Achternaam:

E-mailadres:

Uw gegevens zullen uiteraard strikt vertrouwelijk worden behandeld, waarbij uw privacy door UPPER gewaarborgd wordt. Bovendien zullen uw gegevens alleen gebruikt worden voor het aanvragen van uw Solis-id. De vorige edities van de UPPER-Actueel zijn, zoals hierboven gemeld, ook zonder dat u hoeft in te loggen terug te lezen in het vkc: op het Infoplein > Publieke vkc-documenten, in het mapje Nieuwsbrief UPPERActueel.

UPPER ONDERZOEK

Praktijkonderzoek lopend

Communicatie in de apotheek over het gebruik van inhalatiecorticosteroiden

In 2011 is het NIVEL een onderzoek gestart naar hoe controle-gesprekken over inhalatiecorticosteroiden (ICS) in de openbare apotheek gevoerd worden. In totaal zijn er 169 video-opnames gemaakt van apothekers en assistenten in gesprek met astma- en COPD-patiënten over hun ICS-gebruik. De inhoud van de gesprekken wordt o.a. gecodeerd op onderwerpen die besproken zijn, alsmede op affectief en instrumenteel niveau.

Op basis van 145 gesprekken die tot nu toe globaal geanalyseerd zijn, kunnen we wat eerste voorlopige resultaten presenteren. Apothekersassistenten lijken gemiddeld kortere gesprekken (11:30 minuten) te voeren dan apothekers (16:45 minuten). Verder lijken de gesprekken redelijk patiëntgericht te verlopen - dat wil zeggen met aandacht voor wat er bij de patiënt leeft -, hoewel er bij de apothekersassistenten wat ruimte voor verbetering is. Betreffende de inhalatietechniek werden er per gesprek gemiddeld minstens drie adviezen aan de patiënt gegeven, waarvan één corrigerend. De meest voorkomende (corrigerende) adviezen gingen over het spoelen/een slok water nemen na inhalatie, gevolgd door de lichaamshouding bij inhalatie en adem inhouden na inhalatie. De meeste patiënten waardeerden het gesprek.

Momenteel worden de laatste gesprekken gecodeerd. Begin 2013 zal er meer bekend zijn over de gespreksinhoud en de invloed van de gesprekken op o.a. therapietrouw en respiratoire symptomen.

Contact: Jeanine Driesenaar (j.driesenaar@nivel.nl).



Communicatie tussen apotheker en huisarts

Goede en doelmatige communicatie tussen apothekers en huisartsen is belangrijk voor de medicatieveiligheid. Tot op heden is er weinig onderzoek gedaan naar de wijze waarop de communicatie tussen apothekers en huisartsen verloopt. Léonie Hendriks, studente farmacie, heeft gekeken naar de communicatie op het moment dat er een medicatie-gerelateerd probleem optreedt en er dus overleg nodig is tussen de apotheker en de voorschrijver. Het doel van het onderzoek was om te onderzoeken hoe deze communicatie te verbeteren is. Daartoe heeft zij een vragenlijst aan apothekers en apothekersassistenten in Nederland gestuurd.

Van de 593 vragenlijsten die aan apothekers zijn verstuurd, zijn er 159 ingevuld teruggekomen (27%). De respondenten gaven aan tevreden te zijn over hun relatie met de huisarts (68% antwoordde 'tevreden' of 'zeer tevreden'). Als men echter kijkt naar de wijze van het contact, gaf 56% van de apothekers aan dat zij niet met de huisarts communiceerden zoals zij dat zouden willen. Veel apothekers zouden bijvoorbeeld liever per e-mail communiceren terwijl zij dit in de praktijk vaak telefonisch doen. De helft van de apothekers gaf aan dat zij nooit met de huisarts besproken hadden hoe zij in verschillende situaties met elkaar contact zouden hebben. Ook gaf 54% van de apothekers aan dat zij nooit met de huisarts hadden afgesproken wanneer er direct contact tussen apotheker en huisarts noodzakelijk is.

In het onderzoek is ook gekeken naar de afspraken binnen de apotheek. Apothekers gaven aan dat zij in verschillende situaties minder snel contact opnamen met de huisarts dan de assistenten. Sommige assistenten (20%) gaven aan dat zij af en toe twijfelden of zij contact met de huisarts moesten opnemen of dat de apotheker dat zou moeten doen. Ook was het voor de assistenten niet altijd duidelijk of zij in bepaalde situaties contact moesten opnemen met de apotheker.

Het is belangrijk dat apothekers en huisartsen tevreden zijn met de wijze waarop de communicatie op dit moment plaatsvindt. Het is lastig om 'goede communicatie' in één richtlijn te vangen vanwege grote verschillen in opvatting over wat goede communicatie is. Er bestaat geen standaard oplossing. Om te zorgen dat de communicatie zo soepel mogelijk verloopt, is het belangrijk om dit onderwerp zowel binnen de apotheek, tussen apotheker en assistenten, als tussen de apotheker en de huisarts te bespreken en om hierover duidelijke afspraken te maken.

Contact: Marcel Bouvy (m.l.bouvy@uu.nl)



Onderzoek naar het breekgemak van tabletten

Sommige tabletten hebben een breekstreek die ontworpen is om de tablet in gelijke delen te kunnen breken. Dit kan noodzakelijk zijn wanneer men bijvoorbeeld een lagere dosis wil aanbieden dan commercieel beschikbaar is, maar wordt ook gedaan om kosten te besparen. Ouderen krijgen vaker halve doseringen voorgeschreven dan jongeren, maar hebben vaak meer moeite met het breken van tabletten omdat zij een verminderde kracht in de handen hebben. Het doel van deze studie is om te onderzoeken of de manier van breken invloed heeft op het breekgemak en de nauwkeurigheid van breken van tabletten. Het onderzoek wordt uitgevoerd met 12 tabletten met een functionele breekstreek (4 geneesmiddelen, elk van 3 verschillende fabrikanten). Oudere (>65 jaar) en jongere (20-30 jaar) deelnemers deelden de tabletten steeds op vier manieren: tussen de nagels, tussen de vingers, en door te drukken op de tablet met de breekstreek naar boven of met de breekstreek naar beneden. De deelnemers scoorden het breekgemak.

Daarnaast werden voor het breken de gewichten van de hele tabletten bepaald en na het breken de gewichten van de verzamelde brokstukken. Uit de eerste resultaten blijkt dat niet alle twaalf tabletten even gemakkelijk te breken waren en dat de oudere deelnemers meer moeite hadden met het breken dan jongere. Het onderzoek laat verder al zien dat de beste breekmethode verschilt per tablet, zelfs bij dezelfde geneesmiddelen van verschillende fabrikanten. Dit kan tot verwarring leiden bij patiënten na generieke substitutie.

Contact: Kim Notenboom (kim.notenboom@nivel.nl).

Praktijkonderzoek afgerond

Percepties van langdurige gebruikers van antidepressiva

Richtlijnen voor het gebruik van antidepressiva geven aan dat de behandeling nog ongeveer zes maanden na het verdwijnen van de depressieve symptomen moet worden voortgezet. Bij een eerste behandeling met antidepressiva verdwijnen de symptomen meestal binnen zes weken, dit betekent dat de patiënt, in overleg met de arts, in de meeste gevallen binnen een jaar zou kunnen beginnen met afbouwen. Uit onderzoek blijkt echter dat 30% van de patiënten die starten met een antidepressivum langer dan een jaar doorgaat met het gebruik.

UPPER besloot om te achterhalen wat de opvattingen en percepties van deze groep langdurige gebruikers van antidepressiva zijn. Daarbij werd tevens gekeken naar verschillen met de groep die antidepressiva tussen zes en twaalf maanden gebruiken, wat de aanbevolen gebruikperiode is. Studente Annemieke Draaisma heeft dit onderzoek uitgevoerd. Via elf apotheken uit het UPPER-netwerk zijn patiënten die langer dan zes maanden een antidepressivum gebruiken uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen.

212 patiënten hebben de vragenlijst ingevuld. Er waren nauwelijks verschillen in opvattingen en percepties van patiënten die zes tot twaalf maanden gebruiken vergeleken met patiënten die langer gebruiken. Patiënten die langer gebruiken denken wat vaker dat de behandeling effectief is en dat hun ziekte langer zal duren. Ook denken zij vaker dat biologische factoren hun ziekte hebben veroorzaakt.

Wat wel significant verschilde was dat patiënten die langer gebruiken zich minder zorgen maken over hun ziekte, terwijl ze verwachten dat de behandeling langer zal voortduren (30% denkt langer dan een jaar, 62% heeft geen idee) dan patiënten die minder lang gebruiken (15% denkt langer dan een jaar, 46% heeft geen idee). Hoewel ongeveer de helft van alle patiënten (53,5%) aangaf weleens te hebben overwogen om te stoppen met de antidepressiva, blijkt uit de resultaten dat langdurige gebruikers bijna geen contact meer hebben met de arts: 32% van alle patiënten ziet hun huisarts nauwelijks of nooit en dit neemt toe met de duur van gebruik (43% bij gebruik >4 jaar). Ondanks dit infrequente contact is bijna driekwart (71%) wel tevreden over deze frequentie. Ook gebruikt meer dan de helft (57,5%) van alle patiënten op dit moment hetzelfde antidepressivum in dezelfde dosering als aan het begin van de behandeling.

Deze bevindingen suggereren dat de meeste langdurige gebruikers van antidepressiva redelijk tevreden zijn over deze middelen en zelf geen initiatief zullen nemen om te gaan stoppen. Aan het langdurig gebruik van antidepressiva zijn wel degelijk ook risico's verbonden. Bovendien is de behandeling vermoedelijk bij een groot deel van deze patiënten niet echt noodzakelijk, aangezien er geen sprake was van recidiverende ernstige depressies. Het is daarom aan te bevelen na te denken over een andere benadering van deze gebruikers. Artsen en apothekers kunnen een meer actieve rol innemen in het met de patiënt bespreken van het afbouwen van de behandeling met antidepressiva. Daarnaast zouden apothekers patiënten al vroeg in de behandeling kunnen wijzen op het belang van afbouwen. Ook laten de resultaten van dit onderzoek zien dat het belangrijk is dat apothekers en huisartsen dit onderwerp op de agenda van het FTO zetten.

Contact: Daphne Philbert (d.philbert@uu.nl)





UPPER Stage

Welke instructies krijgen stagiairs voor aanvang van de eerste stage?

Stage lopen is een spannende gebeurtenis voor een student, vooral de allereerste praktijkstage. Het is immers moeilijk om je als student vooraf een concreet beeld te vormen van de stage. Om studenten voor te bereiden op hun eerste stage krijgen zij op twee verschillende momenten van de stagecoördinator mondeling uitleg over de stages.

De eerste moment waarop zij uitleg krijgen is twee tot drie maanden voor de aanvang van de eerste stage. Daarin komen de verschillende apotheekstages aan de orde, de opdrachten, het stagedossier en de beoordeling. Ook de vraag "Hoe vind ik een goede stageapotheek" komt aan bod. Studenten krijgen uitleg over ons planningssysteem UPStage, waarin de gegevens over de stageapotheken zijn opgenomen. De informatie over de stageapotheken in UPStage is nu nog tamelijk beknopt. UPPER verzoekt daarom de stagebegeleiders om de informatie over hun apotheek in UPStage aan te vullen, zodat de studenten op basis van kwalitatieve informatie hun stageapotheek kunnen kiezen (zie ook pag. 11 van deze nieuwsbrief).

Het tweede moment waarop studenten uitleg krijgen over de stages is ongeveer een maand voordat zij beginnen met hun eerste stage. De apotheek waar zij stage gaan lopen is dan meestal al bekend. Er wordt dan ingegaan op de vraag wat je als student kunt doen om ervoor te zorgen dat de stage zo goed mogelijk verloopt.

De volgende onderwerpen komen hierbij aan bod:

- de leerdoelen van de stage
- het bereiken van de leerdoelen
- de stageopdrachten
- de werktijden
- het omgaan met werkdruk, bijvoorbeeld bij het realiseren van de leerdoelen
- het voorbereiden van het evaluatiegesprek halverwege de stage
- de regels in de apotheek (o.a. geheimhoudingsplicht, omgangsvormen)

- de consequentie van het (nog) niet bevoegd zijn om de arts-enij-bereidkunst uit te oefenen (bijvoorbeeld een extra controle)
- het stagedossier en de beoordelingsprocedure.

Lastige situaties voor een stagiair

De meeste stages verlopen probleemloos: studenten (en hun begeleiders!) zijn enthousiast en positief over deze periode. Maar soms zijn er problemen, die wellicht voorkomen hadden kunnen worden als de student anders met de situatie was omgegaan. Daarom worden tijdens de tweede uitleg een aantal bijzondere en lastige situaties of ervaringen besproken die de stagiairs kunnen tegenkomen tijdens hun stage. Dit gebeurt om studenten hier op voor te bereiden en ze te laten nadenken over hoe zij daar dan het beste mee om kunnen gaan.

Voor een stagiair kan bijvoorbeeld een lastige situatie zijn:

- een te moeilijke opdracht ontvangen
- opdrachten krijgen zonder uitleg of zonder voorbeeldgedrag van assistent of apotheker
- negatieve feedback ontvangen zonder bijbehorende uitleg
- in aanraking komen met emoties van patiënten
- in vertrouwen genomen worden bij conflicten binnen het apotheekteam

Als ervaren professional vindt u dit misschien geen lastige situaties, maar voor een onervaren stagiair is dit anders. Het advies aan de stagiair is om zich in dit soort situaties af te vragen wat precies het probleem is en wat hij of zij er zelf aan kan doen. Soms helpt bijvoorbeeld een gesprek met de stagebegeleider over wat de stagiair dwars zit. Het gaat er dus om dat de stagiair eventuele problemen bespreekt met de stagebegeleider. Hiervoor is het nodig dat de stagiair de stagebegeleider in vertrouwen durft te nemen. Wij hopen natuurlijk dat dat in onze stageapotheken het geval is.

In deze rubriek komen ervaringen van stagiairs en hun stagebegeleiders aan bod, zowel positieve als negatieve. Daarbij gebruiken we fictieve namen, omwille van de privacy van betrokkenen. We koppelen daaraan de vraag welke handelwijzen van stagebegeleiders en/of stagiairs tot de beste resultaten zal leiden. Heeft u zelf ervaringen met stagiairs waarover u wilt schrijven? U bent van harte uitgenodigd om aan deze rubriek bij te dragen met uw eigen ervaring en of met een reactie op bijdragen in deze rubriek.

Katrina voelde zich niet welkom in de apotheek

Soms verlopen stages anders dan verwacht, zoals het geval was bij Katrina. Op het evaluatieformulier van het stagebureau had zij vermeld dat de apotheek niet geschikt was voor het begeleiden van stagiairs. De stagecoördinator heeft haar daarom uitgenodigd om dit toe te lichten. Haar ervaringen delen we graag met u.

Bij de start van de stage legde de apotheker-stagebegeleider haar uit dat zij met vragen altijd bij haar terecht kon. Er was geen stageprogramma, als stagiair mocht ze zelf kijken wat ze kon doen op de werkvloer en op die manier aan haar leerdoelen werken. De apotheker gaf aan dat het team was ingelicht over de komst van een farmaciestudent/stagiair. Vol enthousiasme ging Katrina van start, ze had zich verheugd op dit deel van de studie. Maar dat enthousiasme verdween helaas snel. De assistenten keken niet naar haar om. Op vragen werd nogal kribbig gereageerd. Dan maar gewoon meewerken, dacht ze, en ze begon met invullen. Maar dat pakte niet goed uit, want een van de assistenten viel tegen haar uit over haar werkwijze: "Zo doen we dat hier niet". Jammer dat de assistente niet eerst een goede uitleg had gegeven. Katrina dacht dat het misschien door de hoge werkdruk kwam dat men zo kribbig was en weinig uitleg wilde geven.

Katrina besprak haar ervaring met haar stagebegeleider, maar dat leidde niet tot een verbetering. De apotheker begreep niet waar de student probleem mee had, want het team wist dat er een stagiair zou komen en met die werkdruk viel het best mee. Katrina voelde zich niet gesteund door haar stagebegeleider en ging twijfelen aan zichzelf: "Misschien ben ik wel een zeur, misschien is het onredelijk wat ik verwacht". Zij besloot minder vragen te stellen, want nog meer negatieve reacties kon ze niet verdragen. En zo werd de stage een zware periode waar ze niet graag aan terugdenkt.

Hoe is te voorkomen dat een stage op deze manier misloopt? De stagiaire heeft in deze apotheek veel minder geleerd dan mogelijk was geweest en heeft er bovendien een nare periode gehad. Katrina heeft door deze ervaring geleerd dat ze duidelijker moet zijn over wat haar dwars zit.

Als een stagebegeleider niet begrijpt of herkent wat de stagiair dwarszit, zal de stagiair zich extra moeten inspannen om dit uit te leggen. Bijvoorbeeld door vaker op het punt terug te komen,

Stageperioden die nog plaatsvinden in het studiejaar 2012-2013

De onderstaande planning is gebaseerd op het rooster van Studiezaken. In individuele gevallen kunnen studenten van dit rooster afwijken. De data van de terugkomdagen zal de student bij de aanvang van zijn stage doorgeven.

Kennismakingsstage openbare farmacie (5 weken)

17 december 2012 - 1 februari 2013 (minus 2 weken kerstvakantie)
27 mei - 28 juni 2013

Kennismakingsstage ziekenhuisfarmacie (1 week)

Per periode inventariseren we bij de ziekenhuisapotheken de eventuele voorkeursweek en beschikbaarheid van plaatsen (voor hoofdstages wordt dit niet gedaan)

25 feb - 1 maart en 4 - 8 maart 2013
3 - 7 juni en 10 - 14 juni 2013
8 - 12 juli 2013

Hoofdstage openbare farmacie (6 weken)

21 januari - 1 maart 2013
11 maart - 19 april 2013
6 mei - 14 juni 2013

Hoofdstage ziekenhuisfarmacie (8 weken)

3 december 2012 - 1 februari 2013 (incl. 1 vakantieweek)
4 februari - 29 maart 2013
6 mei - 28 juni 2013

Keuzestage (6 weken)

10 december 2012 - 22 januari 2013 (incl. 1 vakantieweek)
17 december 2012 - 1 februari 2013 (incl. 1 vakantieweek)
20 mei - 28 juni 2013

of door de negatieve ervaringen concreet te benoemen. Pas als de stagebegeleider het probleem als zodanig herkent, kan deze meedenken over een oplossing.

Deze stagebegeleider heeft ervaren dat het apotheekteam zich anders gedroeg tegenover de stagiair dan zij dacht. Wij adviseren stagebegeleiders om met het team te praten over de opvang van stagiairs. Het gaat om het open bespreken van een aantal onderwerpen:

- Is de stagiair welkom?
- Wie van de teamleden is aanspreekpunt voor de stagiair op de werkvloer?
- Hoe zorgen we ervoor dat de stagiair zich thuis voelt bij ons in het team?

Door met het team gezamenlijk hierover beslissingen te nemen, ontstaat er een groter draagvlak voor het begeleiden van stagiairs en zal dit ertoe bijdragen dat stagiairs zich welkom voelen in hun stageapotheken.



Uit het departement Farmaceutische Wetenschappen

Promoties samenvattingen

Gebrek aan plezierbeleving beter te behandelen met nieuwe antidepressiva

Anhedonie is naast zware neerslachtigheid een van de kernsymptomen van een depressie. Anhedonie is het onvermogen om plezier te beleven. Jolanda Prins onderzocht de rol van zogenaamde monoaminen bij anhedonie. Haar onderzoek laat zien dat bij verschillende typen depressie de regulering van de monoaminen steeds op een andere manier uit balans is. Een relatief nieuwe groep van antidepressiva, zogenaamde triple-heropname-remmers (TRI's), kunnen deze balans mogelijk beter herstellen dan de meest voorgeschreven groep antidepressiva, de selectieve serotonine-heropname-remmers (SSRI's).

In Nederland slikken ongeveer één miljoen mensen antidepressiva, voornamelijk SSRI's. Een grote groep patiënten reageert echter niet op SSRI's. Vooral anhedonie is moeilijk te behandelen.

Dopamine is een belangrijke neurotransmitter in de regulering van plezierbeleving in het brein. Het vermoeden is dan ook dat anhedonie samenhangt met een verstoring in het dopamine-systeem. Prins onderzocht in proefdieren de rol van dopamine en van de twee andere monoaminen die in hersenmechanismen betrokken zijn bij anhedonie, namelijk serotonine en noradrenaline.

Enerzijds bestudeerde zij het effect van geneesmiddelen op de afgifte van monoaminen in verschillende hersengebieden die betrokken zijn bij depressie. Anderzijds keek zij naar de invloed van deze geneesmiddelen op het beloningssysteem. Haar onderzoek laat zien dat TRI's in de hersenen zorgen voor een gelijktijdige verhoging van alle drie de monoaminen. Daarnaast blijkt in proefdieren dat medicijnen die dopamine verhogen,

een verbetering van de plezierbeleving geven terwijl zij niet per se verslavend hoeven te zijn. Ook heeft zij aangetoond dat serotonine belangrijk is in het beloningssysteem.

Jolanda Prins, 28 november 2012

Promotoren: prof. dr. B. Olivier, prof. dr. D. A. Denys

Titel proefschrift: Monoamines and anhedonia. Old targets, new concepts.

Op weg naar een nieuwe behandelmethod voor reumatoïde artritis

Jolanda van den Hoven heeft onderzoek verricht aan liposomale glucocorticoïden. Liposomale glucocorticoïden zijn nieuwe, ontstekingsremmende geneesmiddelen in de onderzoeksfase, die gebruikt worden om ernstige uitbarstingen van ontstekingen bij reumatoïde artritis te onderdrukken.

Reumatoïde artritis is een ziekte waarbij er een of meer gewrichten ontsteken. Het kraakbeen en het bot in de gewrichten raakt daardoor beschadigd en ook pezen en slijmbeurzen in buurt van de ontstoken gewrichten, kunnen ontstoken raken. Om deze ontstekingen te onderdrukken worden glucocorticoïden gebruikt. Glucocorticoïden kennen echter forse bijwerkingen doordat ze ook terecht komen in organen waar ze ongewenst zijn.

Van den Hoven onderzocht daarom hoe de glucocorticoïden zo precies mogelijk afgeleverd kunnen worden op de plek van de ontsteking. Zij gebruikte hiervoor liposomen, vetblaasjes van een duizendste tot een tienduizendste millimeter doorsnede, waarin geneesmiddelen kunnen worden ingesloten. Ze bestaan uit een waterige kern omhuld door een zogenaamde fosfolipiden-dubbellaag en zijn daarmee verwant aan biologische structuren zoals de celmembranen. Deze liposomen leveren

het geneesmiddel beter af op de juiste plek in het lichaam. Daar waar de ontstekingsremmer zijn werk moet doen is de concentratie hoog, terwijl elders in het lichaam de concentratie laag is, waardoor het optreden van bijwerkingen wordt verminderd. Hierdoor verbetert de therapeutische index, de balans tussen effectiviteit en bijwerkingen van het geneesmiddel.

Van den Hoven onderzocht welke liposomale structuur en geneesmiddelsamenstelling optimaal zijn, en op welke manier de liposomen te stabiliseren zijn in droge vorm. Daarnaast doet ze aanbevelingen voor de toediening van liposomale glucocorticoiden aan mensen.

Jolanda van den Hoven, 7 november 2012

Promotoren: prof. dr. G. Storm, prof. dr. J.H. Beijnen

Titel proefschrift: Liposomal glucocorticoids: pharmaceutical, preclinical and clinical aspects.

Ervaring met biofarmaceutica geen reden voor extra regelgeving

Hans Ebbers onderzocht in hoeverre het huidige systeem van regelgeving toereikend is voor biofarmaceutica, een nieuwe groep geneesmiddelen.

Biofarmaceutica worden voorgeschreven voor ziekten zoals reuma, anemie en kanker, waarvoor 'klassieke' medicijnen niet toereikend zijn.

Biofarmaceutica bestaan uit mengsels van eiwitten: grote, complexe moleculen die meestal worden geproduceerd door toevoeging van een gen in het DNA van een bacterie, gist of zoogdiercel. 'Klassieke' medicijnen zijn kleinere en minder complexe moleculen die chemisch worden geproduceerd en hun samenstelling is eenduidiger.

De vraag was daarom of de huidige regelgeving wel toereikend is voor biofarmaceutica. Met de komst 'biosimilars', kopieën van bestaande biofarmaceutica, werd deze vraag nog urgenter. Het onderzoek van Ebbers richtte zich met name op regelgeving rondom het beheersen van problemen die op kunnen treden nadat een middel is toegelaten tot de markt.

Hoewel de aard van bijwerkingen van biofarmaceutica substantieel blijkt te verschillen van die van 'klassieke' medicijnen, concludeert hij dat specifieke aanpassingen in het systeem van regelgeving dat voorschrijft hoe bijwerkingen worden opgespoord, niet nodig zijn. Wel is het, net als voor klassieke medicijnen, van groot belang om een goed inzicht te hebben in hoe deze middelen ingrijpen in ziekteprocessen. Voor wat betreft biosimilars, stelt Hans Ebbers voor om de risicobeheersing te beperken tot veiligheidsproblemen die kunnen optreden als gevolg van verschillen in immunogeniciteit.

Verder adviseert hij regulatoire verplichtingen te laten vergezelen van een plan om te bepalen in hoeverre zij hun beoogde effecten bereiken.

Hans Ebbers, 3 december 2012

Promotoren: Prof. dr. Huub Schellekens, prof. dr. Hubert Leufkens, prof. dr. Ellen Moors

Titel proefschrift: Biopharmaceuticals as challenges to the regulatory system.

Andere promoties

'Non-inferiority' trials onder voorwaarden relevant en niet onethisch

Grace Wangge, 5 november 2012

Promotoren: prof. dr. A. de Boer, prof. dr. A.W. Hoes

Titel proefschrift: Non-inferiority trials: methodological and regulatory challenges.

Meer inzicht in meest veelbelovende nieuwe antimicrobiële medicijnen

Monique Mulder, 9 november 2012

Promotor: prof. dr. R.M.J. Liskamp

Titel proefschrift: Design, synthesis and evaluation of macrocyclic antifungal peptides.

Genetische determinanten van de respons op antipsychotica

Jochem Gregoor, 14 november 2012

Promotor: prof. dr. A.C.G. Egberts

Titel proefschrift: Genetic determinants of antipsychotic drug response.

Nieuwe methode om structuur van cyclische peptiden te optimaliseren

Jinqiang Zhang, 26 november 2012

Promotor: prof. dr. R.M.J. Liskamp

Titel proefschrift: Synthesis of triazole bridged vancomycin mimics.

Betere medicatie mogelijk door meer gebruik te maken van laboratoriumwaarden

Arjen Geerts, 28 november 2012

Promotoren: prof. dr. A.C.G. Egberts, prof. dr. W.W. van Solinge, prof. dr. P.A.G.M. de Smet

Titel proefschrift: Laboratory markers in personalized drug therapy.

(Voor een bespreking van het onderzoek zie UPPER-Actueel 2012-3.)

Patiëntveiligheid tijdens de post-marketingfase van medicijnen

Guðrún Stefánsdóttir, 5 december 2012

Promotoren: prof. dr. D.E. Grobbee, prof. dr. H.G.M. Leufkens

Titel proefschrift: Innovations in Post-marketing Safety Research

Monolithische en kleine deeltjes kolommaterialen voor toepassing in proteomics

Johan Rozenbrand, 19 december 2012

Promotor: prof. dr. A.J.R. Heck

Titel proefschrift: Monolithic and small particle column materials for application in proteomics.

Op de website van de Universiteit Utrecht (www.uu.nl) vindt u bij 'agenda' meer informatie over deze en andere promoties. Proefschriften van promoties bij de Universiteit Utrecht zijn vanaf ongeveer een half jaar na promotiedatum te vinden op Igitur (www.uu.nl/NL/Bibliotheek/igitur/).

Opinie van experts over non-inferiority margins

Het doel van een vergelijkend onderzoek is meestal om te laten zien dat een geneesmiddel voor een bepaalde indicatie effectiever is dan een ander middel of een placebo. Dit noemen we ook wel "superiority trials". Het doel kan echter ook zijn om te laten zien dat een middel niet minder effectief is dan een ander geneesmiddel. Een dergelijk onderzoek heet een "non-inferiority (NI) trial". NI trials worden uitgevoerd indien men wil aantonen dat de effectiviteit van een geneesmiddel min of meer gelijk is aan die van een ander middel terwijl het op andere vlakken voordelen biedt, zoals een gemakkelijker manier van toedienen of minder bijwerkingen.

De belangrijkste uitdaging bij NI-proeven ligt in het vaststellen van de grenzen waarbinnen nog sprake is van non-inferiority, dus wanneer er nog sprake is van "geen verschil". Deze marge wordt ook wel "NI margin" genoemd. De NI margin wordt dus vastgesteld om te kunnen beslissen wanneer een geneesmiddel wel of niet minder effectief is dan het middel waarmee het wordt vergeleken. De NI margin kan worden vastgesteld op grond van zowel statistische als klinische overwegingen. Voor dit laatste is er echter meestal geen eenduidige theoretische basis.

In het kader van deze studie is een online vragenlijst toegestuurd aan een internationale groep van experts op het gebied van klinische trials. De vragen hadden betrekking op een case study van een hypothetische NI trial met anticoagulantia. Het doel was om na te gaan welke klinische overwegingen de experts maakten bij het vaststellen van de NI margin. De experts werd gevraagd om hun keuzes van de NI marge in twee situaties aan te geven: eenmaal vóórdat en eenmaal nadat zij aanvullende informatie over de statistische NI margin hadden gekregen. Hen werd steeds gevraagd hun antwoorden te motiveren.

25 experts hebben aan het onderzoek deelgenomen. De NI margins die zij voorstelden vertoonden een grote variatie. Wanneer zij aanvullende informatie over de statistische NI margin hadden gekregen, gaven meer experts aan welke redenen ten grondslag lagen aan hun keuze van de NI margin.

De conclusie is dat de experts vooral subjectieve criteria gebruiken bij het vaststellen van NI margins. Om de objectiviteit bij het vaststellen van NI margins te vergroten, hebben experts een betere begeleiding nodig om te komen tot een meer adequate en consistente bepaling van klinisch aanvaardbare non-inferiority margins.

Contact: Grace Wangge (g.wangge@uu.nl)

Naleving zwangerschapspreventieprogramma isotretinoïne nog steeds niet voldoende

Isotretinoïne is een teratogeen geneesmiddel dat wordt gebruikt bij de systemische behandeling van acne. Aan het gebruik van isotretinoïne zijn voorwaarden verbonden, die beschreven zijn in een zogenaamd zwangerschapspreventieprogramma (ZPP). Uit een onderzoek onder UPPER apotheken in 2007 bleek dat deze voorwaarden in de praktijk slechts ten dele werden nageleefd.

Recent is er een publicatie verschenen waarin de gegevens uit 2007 vergeleken zijn met gegevens uit een enquête onder openbaar apothekers in 2011 (via KNMP) en met gegevens uit een enquête onder dermatologen (2010). Ten opzichte van 2007 gaven apothekers even vaak aan nooit van de maximale receptduur van 30 dagen af te wijken (ca. 35%), maar controleerden zij minder vaak of het recept niet ouder is dan 7 dagen (53% vs. 61%). Slechts 1 op de 4 dermatologen hield zich volledig aan het ZPP; het afwijken van de maximale receptduur van 30 dagen en het voorschrijven van anticonceptie waren de twee elementen waarbij het meest werd afgeweken van het ZPP. De resultaten laten zien dat er nog steeds ruimte voor verbetering in het naleven van het ZPP is. Daarnaast doen de auteurs een oproep om de beroepsgroepen nauwer te betrekken bij het vaststellen van toekomstige ZPPs.

Crijns I, Mantel-Teeuwisse AK, Bloemberg R, Pinas E, Straus S, de Jong-van den Berg L. Healthcare professional surveys to investigate the implementation of the isotretinoin Pregnancy Prevention Programme: a descriptive study. Expert Opin Drug Saf. 2012 Nov 20. [Epub ahead of print]

Zie ook het artikel: Blom, L., Bolt, I. en Bouvy, M. Casus isotretinoïne: autonomie versus welzijn. Pharmaceutisch Weekblad 2012(49), 22-23.



Aankondigingen



Kenmerken van stageapotheken openbare farmacie

Studenten die op stage mogen kunnen in UPStage hun voorkeuren opgeven voor een stageadres. Upstage is de database waarin de informatie over stages en stageapotheken wordt bijgehouden. Het doel van deze database is dat er voor studenten kwalitatieve gegevens over de apotheken beschikbaar komt waarop zij hun keuze kunnen baseren.

Sinds oktober is Simone Kooiman als projectleider bij UPPER werkzaam om het invullen van de gegevens te begeleiden. Simone is stagiaire van de opleiding Farmakunde van de Hogeschool Utrecht. Zij heeft de stagebegeleiders die op dit moment een student farmacie in hun apotheek begeleiden, benaderd met het verzoek om hun apotheekgegevens in UPStage in te vullen. De studenten kunnen de apotheker desgewenst helpen met het invullen van deze gegevens. De overige stagebegeleiders zullen in de loop van 2013 worden benaderd om hun apotheekgegevens in UPStage aan te vullen.

Uiteindelijk zal aan alle openbare apothekers die deel uitmaken van het UPPER-netwerk worden gevraagd om hun apotheekgegevens in te vullen. Zo kunnen onderzoekers deze informatie gebruiken om gericht apotheken uit het UPPER-netwerk uit te nodigen om deel te nemen aan farmaceutisch praktijkonderzoek. In een later stadium zullen ook de ziekenhuisapothekers door UPPER worden benaderd om de gegevens over hun apotheek in UPStage aan te vullen.

Contact: Simone Kooiman (s.l.kooiman@uu.nl).



Ellen Koster, nieuwe medewerker bij UPPER

Ellen Koster is per 1 november van dit jaar werkzaam als epidemioloog/onderzoeker bij UPPER. Binnen deze functie zal zij zich bezig gaan houden met de opzet en uitvoering van verschillende projecten binnen het farmaceutische praktijkonderzoek. Hiervoor werkte zij als postdoc onderzoeker patiëntveiligheid bij het NIVEL en deed zij onderzoek naar de implementatie van een veiligheidsprogramma in Nederlandse ziekenhuizen. In de periode 2007-2011 werkte Ellen ook op de afdeling Farmaco-epidemiologie & Klinische Farmacologie. Zij deed hier haar promotieonderzoek naar de effectiviteit van astmamedicatie bij kinderen (proefschrift "Towards better treatment outcomes in childhood asthma"). Voor haar promotieonderzoek – de PIAMA- en PACMAN-studies naar astma en astmamedicatiegebruik bij kinderen – verzamelde Ellen gegevens in apotheken die deel uitmaken van het UPPER-apothekennetwerk.

Contact: Ellen Koster (e.koster@uu.nl).



Colofon

UPPER-Actueel is voor iedereen die meer wil weten over de activiteiten van UPPER en over het onderzoek dat wordt uitgevoerd binnen het departement Farmaceutische Wetenschappen van de Universiteit Utrecht.

Voor aanvragen en opzeggingen van een abonnement, vragen en opmerkingen:

UPPER-Actueel
Postbus 80082
3508 TB Utrecht
030-253 6965
UPPER@pharm.uu.nl

Tekstbijdragen: Marloes Bazelier, Lyda Blom, Marcel Bouvy, Jeanine Driesenaar, Léonie Hendriks, Simone Kooiman, Ellen Koster, Aukje Mantel-Teeuwisse, Kim Notenboom, Daphne Philbert, Willem Rump (ook eindredactie), Grace Wangge, Nina Winters

Vormgeving: Communicatie & Vormgeving, Faculteit Bètawetenschappen

Fotografie: p.2 Heleen Klop, p.4 Kim Notenboom, p.6,8,11,12 Pieter van Dorp van Vliet

Druk: ZuidamUithof Drukkerijen

Overname van de artikelen is toegestaan met bronvermelding. De redactie stelt toezending van een exemplaar van de publicatie zeer op prijs.

UPPER maakt deel uit van de Universiteit Utrecht. UPPER is een netwerk voor onderzoek en stages in de farmaceutische praktijk. UPPER zet zich in voor een evidence-based beroepsuitoefening van apothekers. UPPER doet dit door middel van farmaceutisch praktijkonderzoek en stages in apotheken.

Apothekers die mee willen doen aan farmaceutisch praktijkonderzoek of zelf suggesties hebben voor het doen van onderzoek, en Onderzoekers die gebruik willen maken van de faciliteiten van UPPER kunnen contact met UPPER opnemen via:
E: upper@pharm.uu.nl
T: 06-22736661

Apothekers die informatie willen of vragen hebben over praktijkstages kunnen contact opnemen met het UPPER-stagebureau via:
E: upper.stage@uu.nl
T: 030-2536965

Bezoekadres UPPER:

David de Wiedgebouw, Universiteitsweg 99, Uithof, 3584 CG Utrecht

Postadres UPPER: Postbus 80082, 3508 TB Utrecht

website:

<http://upper.science.uu.nl>

vk:

<http://www.uu.nl/vkc/upper>

(inloggen met soliscom\Solis-id)

Het UPPER-TEAM



Lyda
Blom



Marcel
Bouvy



Peter
Chen



Anne-Marie
Doppen



Helma
van der Horst



Ellen Koster



Jacqueline
van Paassen



Daphne
Philbert



Willem
Rump



Ed
Wiltink



Nina
Winters



Hans
Wouters