

periode plaats. Helaas is in deze studie niet een controlegroep gebruikt, zodat onduidelijk is of het effect daadwerkelijk plaatsvond. Een andere verklaring voor de hoge therapietrouw kan zijn dat het eenmaaldaagse doseringsregime heeft bijgedragen aan het innamegedrag. Dit is ook een bevinding van eerdere studies [9]. Concluderend kan gesteld worden dat in dit onderzoek geen associatie is aangetoond tussen het bereiken van de streefbloeddruk en de therapietrouw. Waarschijnlijk is de hoge therapietrouw die in deze onderzoekspopulatie is gemeten hiervan de oorzaak.

Gebaseerd op de registratielezing van Hein A. van Onzenoort.

LITERATUUR

- 1 O'Rorke JE, Richardson WS. Evidence based management of hypertension. What to do when blood pressure is difficult to control. *BMJ*. 2001;322(7296):1229-32.
- 2 Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42(6):1206-52.
- 3 Urquhart J. Partial compliance in cardiovascular disease: risk implications. *Br J Clin Pract Suppl*. 1994;73:2-12.
- 4 Rudd P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. *Am Heart J*. 1995;130(3 Pt 1):572-9.
- 5 Burnier M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *Am J Hypertens*. 2006;19(11):1190-6.
- 6 Urquhart J. Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. *Eur Heart J*. 1996;17 Suppl A:8-15.
- 7 McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother*. 2002;36(9):1331-6.
- 8 Sensi BL, Achusim LE, Genest RP, et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm*. 2001;58(12):1126-32.
- 9 Wetzels GE, Nelemans P, Schouten JS, et al. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. *J Hypertens*. 2004;22(10):1849-55.
- 10 Burnier M, Schneider MP, Chioloro A, et al. Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: the basis for rational therapeutic decisions. *J Hypertens*. 2001;19(2):335-41.
- 11 Waeber B, Leonetti G, Kolloch R, et al. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *J Hypertens*. 1999;17(7):1041-5.
- 12 Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AG, et al. Home versus Office blood pressure MEasurements: Reduction of Unnecessary treatment Study: rationale and study design of the HOMERUS trial. *Blood Press*. 2003;12(5-6):326-33.

NEDERLANDS FARMACEUTISCH ONDERZOEK IN DE INTERNATIONALE LITERATUUR

HARM

Eric van Roon

Al twee jaar zijn we in Nederland op de hoogte van de resultaten van het onderzoek Hospital Admissions Related to Medication, beter bekend als het HARM-onderzoek. Sinds 22 september 2008 is de internationale publicatie in de *Archives of Internal Medicine* een feit. Waar ging dit onderzoek ook al weer om?

Bijna 13.000 ongeplande opnamen in Nederlandse ziekenhuizen zijn gescreend in een prospectieve, multicentrische studie. Doel van de studie was de frequentie en de *patient outcomes* van de medicatiegerelateerde ziekenhuisopnamen vast te stellen. Van de gescreende opnamen bleek 5,6% medicatiegerelateerd. Van deze opnamen werd 46,5% beoordeeld als potentieel vermijdbaar. Anticoagulantia en bloedglucoseverlagende middelen waren de frequentst gedetecteerde geneesmiddelengroepen die voor deze vermijdbare opnamen verantwoordelijk zijn. De belangrijkste risicofactoren voor een vermijdbare medicatiegerelateerde ziekenhuisopname bleken onder andere een verminderde cognitie, de aanwezigheid van vier of meer comorbiditeiten, een verminderde nierfunctie en polyfarmacie. In het algemeen was het beloop van de medicatiegerelateerde ziekenhuisopnamen positief en herstelden de patiënten volledig.

21 patiënten (6,3%) overleden echter en 31 patiënten (9,3%) waren bij ontslag uit het ziekenhuis niet volledig hersteld.

Hoewel wereldwijd meer soortgelijke onderzoeken zijn verricht, ontbeerden wij nog prospectief verzamelde gegevens voor de Nederlandse situatie. Deze situatie blijkt in overeenstemming te zijn met de gegevens die bekend zijn uit een meta-analyse en een grote studie die is uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk.

Weten wat de aard en de omvang van de problematiek zijn, is één ding. De nodige aanpassingen aan het systeem uitvoeren om de problematiek aan te pakken is een tweede. Het *HARM-wrestling*-rapport van een multidisciplinaire Expertgroep Medicatieveiligheid is, naast andere initiatieven, een noodzakelijk en logisch vervolg van hetgeen in het HARM-onderzoek is vastgesteld. We wachten de resultaten van onze eigen inspanningen de komende jaren af.

Leendertse A, Egberts ACG, Stoker LJ, van den Bemt PMLA. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*. 2008;168:1890-6.