

Laten we het nu even niet hebben over de beïnvloeding via medische vertegenwoordigers, maar stilstaan bij de manier waarop wij omgaan met stalen van voorschriftplichtige geneesmiddelen.

Aan wie en wanneer geven we ze? Welke geneesmiddelenstalen worden het meest verspreid?

Geven we stalen aan mensen met een laag inkomen? De meeste artsen en ook de farmaceutische wereld zijn overtuigd van wel¹. Een commercieel directeur van de farmaceutische industrie schreef onlangs in de *New York Times*²: "Stalen zijn nuttig voor veel patiënten zonder verzekering en voor patiënten met een laag inkomen en dienen vaak als vangnet". Men moet weten dat de handelswaarde van gratis verdeelde geneesmiddelen in de VS gestegen is van 4,9 miljard dollar in 1996 tot 16,4 miljard dollar in 2004. Het bedrag voor België is ons niet bekend.

In februari 2008 verscheen een studie van hoge methodologische kwaliteit met 32 681 patiënten, representatief voor de algemene Amerikaanse bevolking³. In 2003 ontving 12% van de Amerikanen of 18,7% van de patiënten met een geneesmiddelenvoorschrift minstens één staal. Wat blijkt? Van de patiënten met een doorlopende verzekering gedurende het hele jaar kreeg 12,9% een staal tegenover slechts 9,9% van de patiënten zonder verzekering of met een verzekering beperkt tot een deel van het jaar ($p < 0,001$). De stalen gingen slechts in 28,1% van de gevallen naar zorgbehoevende gezinnen met twee kinderen en in 71,9% van de gevallen naar gezinnen met een toereikend inkomen. Ten slotte had 10,8% van de mensen met een laag inkomen één staal ontvangen tegenover 12,8% van de mensen met een hoog inkomen ($p < 0,001$).

Ook de resultaten bij subpopulaties zijn verrassend: niet-blanken, personen van Spaanse herkomst, niet-Engelstaligen en personen buiten de VS geboren, ontvingen significant minder stalen. Hetzelfde geldt voor patiënten die dikwijls naar een ziekenhuis moeten of voor patiënten zonder vaste zorgverlener in vergelijking met patiënten die een welbepaalde gezondheidsstructuur raadplegen ($p < 0,001$). Ook vrouwen en 65-plussers ontvingen minder stalen.

De meest frequent gegeven stalen waren (in afnemend belang): atorvastatine, fexofenadine, fluticason/salmeterol, celecoxib, isomeprazol, rofecoxib, metoprolol, lansoprazol, amlodipine en sertraline. Het gaat dus om recente en vaak duurdere geneesmiddelen die weinig worden gebruikt in een urgente situatie.

Gezien de veiligheidsproblemen met enkele van deze geneesmiddelen, kunnen we akkoord gaan met de AAMC TASK Force die de universitaire stagemeeesters en alle begeleiders van geneeskundestudenten aanspoort om niet te licht om te springen met het uitdelen van stalen aan patiënten. Gratis wil niet zeggen zonder gevaar! Het is niet omdat we over 'gratis' stalen beschikken dat we het geneesmiddel niet kritisch moeten evalueren en de aanbevelingen voor goede praktijkvoering naast ons mogen neerleggen⁴.

Het belangrijkste is echter wat achter de resultaten van de hoger geciteerde studie schuilt. We willen de ernstige inspanningen van artsen die proberen om stalen te geven aan de minstbegoeden, niet in twijfel trekken. Uit deze studie bleek echter dat de niet-verzekerde en de meest achtergestelde patiënten eerder moeten terugvallen op een ziekenhuis of een spoedgevallendienst, terwijl patiënten die regelmatig een beroep doen op een eerstelijnscentrum (namelijk blanke, verzekerde Amerikanen), het meest kunnen genieten van stalen. Eén van de belangrijke tekortkomingen van deze studie is dat we niet kunnen inschatten in welke mate de minstbegoeden zich ongemakkelijk of zelfs beschaamd voelden om toe te geven stalen te hebben ontvangen. Ondanks deze tekortkoming brengt deze studie een moeilijk te vatten en schromelijk onderwerp aan het licht: de toegang tot de gezondheidszorg en de opvolging van de gezondheid.

Net zoals de auteurs van deze studie stellen ook wij vast dat artsen jammer genoeg de grootste obstakels van de zorgtoegankelijkheid niet kunnen opheffen, ondanks hun reële inspanningen om bij het verdelen van stalen de minstbegoeden te begunstigen. Wanneer we kijken naar welke stalen verdeeld worden, kunnen we ons bovendien de vraag stellen of ze uiteindelijk niet louter dienen als supplementair marketingmiddel.

1. Maguire P. *Samples: cost-driver or safety net?* ACP Observer (online); 2001. http://www.acponline.org/clinical_information/journals_publications/acp_internist/jan01/drugsamples.htm. Geraadpleegd op 13 augustus 2008.

2. Johnson K. *Drug samples to doctors.* New York Times. February 9, 2006:A26.

3. Cutrona SL, Woolhandler S, Lasser KE, et al. *Characteristics of recipients of free prescription drug samples: a nationally representative analysis.* Am J Public Health 2008;98:284-9.

4. Association of American Medical Colleges. *Industry Funding of Medical Education. Report of an AAMC Task Force.* June 2008.