

Queeste voor een rationele geneesmiddelkeuze

De farmaceutische beslis

‘De meeste artsen zijn er wel degelijk voor te porren om rationeel voor te schrijven’, vindt prof. dr. Theo P.C.M. de Vries. ‘Maar dan moeten ze wel de grondslagen van het farmacotherapeutisch redeneren kennen’. De Vries, sinds september vorig jaar hoogleraar farmacologie, ziet weinig heil in louter maatregelen van bovenaf (overheid, ziektekostenverzekeraars) om de uitgaven voor geneesmiddelen te beteugelen: ‘Artsen worden steeds meer beknot in hun vrijheid van voorschrijven. Maar je moet hun deskundigheid in deze niet inperken. Het is mijn opdracht om bij aankomende artsen een attitude van rationeel voorschrijven aan te kweken’.

"Synnaps" 1997/6
nr 14-16.

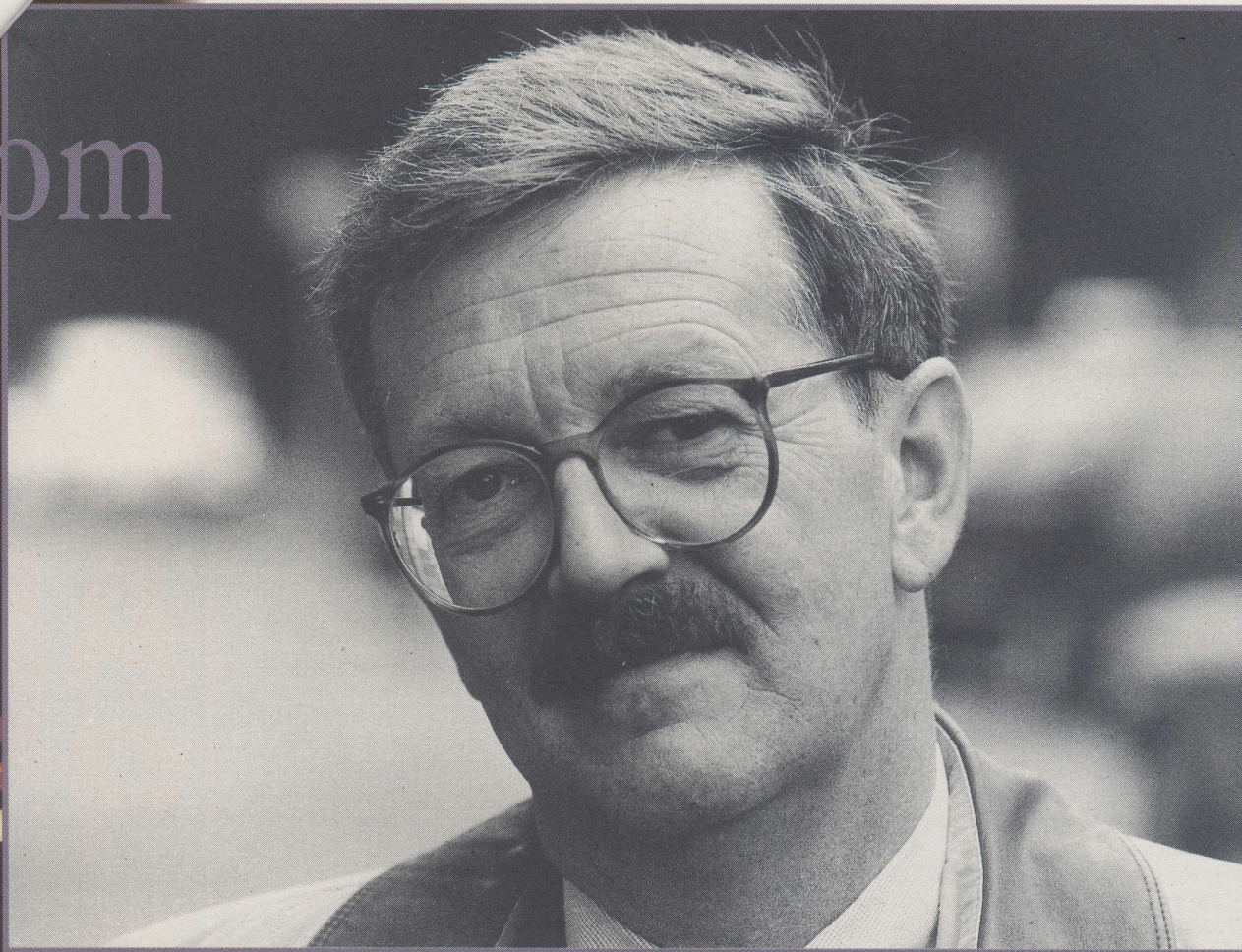
Door Lucas van der Hoeven



Van 1980 tot 1996 was Theo de Vries verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen als universitair docent Klinische Farmacologie, waar hij het probleemgeoriënteerde farmacotherapie-onderwijs op poten zette. Ten behoeve van onderwijs en nascholing ontwikkelde hij een model voor het (leren) kiezen en voorschrijven van geneesmiddelen, en deed onderzoek naar de effecten ervan. Daarnaast werkte hij part-time als huisarts. De meeste bekendheid geniet De Vries waarschijnlijk buiten Nederland. In 1994 verscheen de Guide to good prescribing, die hij samen met dr. R.H. Henning en dr. H. Hogerzeil schreef in opdracht van het Action Programme on Essential Drugs van de who (Wereldgezondheidsorganisatie) in Genève.

Deze gids werd geprezen om zijn helderheid en heeft vele vertalingen gekregen. Binnen enkele jaren is deze ‘voorschrijfbijbel’ over de hele wereld verspreid, zoals uit de volgende anekdote blijkt. Emeritus-hoogleraar prof. dr. Graham Dukes, evenals De Vries tot voor kort verbonden aan de rug, adviseert

Hoe krijg je artsen zover dat ze de aanbevelingen uit een formularium toepassen?



Theo P.G.M. de Vries – foto Nefarma.

overheden in Derde-Wereldlanden over geneesmiddelenvoorziening. Op één van zijn reizen ontmoette Dukes een internist in een klein stadje in Mongolië. Deze bleek over een vertaling van de Guide in het Mongools te beschikken en was er zeer enthousiast over. Het succes van het boek is mede te danken aan de inzichtelijke methodiek.

Routine

De Vries ontwikkelde een farmacotherapiemodel waarmee studenten kunnen leren rationale farmacotherapie te bedrijven: 'Iedereen die bij een dokter is geweest, heeft het wel eens ervaren: binnen enkele seconden is een recept geschreven. Toen ik in het begin van mijn loopbaan de opdracht kreeg om farmacotherapie-onderwijs te ontwikkelen, ging ik mij afvragen wat er tijdens die enkele seconden gebeurde. Ik heb daarvoor huisartsen geobserveerd en geïnterviewd. Er werd al snel een patroon zichtbaar. In zo'n zeventig tot tachtig procent van de gevallen waarin een recept werd voorgeschreven, ging dat op routine. Bij deze basisgeneesmiddel- of routinekeuze werd snel een middel van eerste keus voorgeschreven. Bij de overige 20-30% waren er factoren in het spel zoals zwangerschap of het gebruik van andere geneesmiddelen. In zo'n geval, de patiëntkeuze, kon het medicijn van eerste keus mogelijk niet worden voorgeschreven. Bij een routinekeuze zijn geneesmiddelen formularia en dergelijke uitstekend bruikbaar. Maar, hoe krijg je artsen zover dat ze de aanbevelingen uit een geneesmiddelen formularium echt gaan toepassen? Als geneeskundigen niet op de hoogte zijn van de methodes op grond waarvan de keuzes in een voorkeurslijst zijn gemaakt, zullen zij niet geneigd zijn om de aanbevelingen toe te passen. In de twintig tot dertig procent van de patiëntkeuzen vol-

FOTO SIDNEY VERVUURTI/AVC

doet de standaardreceptuur namelijk niet. Je moet dan dezelfde redeneertrant gebruiken om tot alternatieven te komen. Die twintig tot dertig procent is de moeite waard om aandacht aan te besteden. Door voorschrijffouten bij deze groep patiënten kan bijvoorbeeld minstens twee tot drie procent van de ziekenhuisopnamen worden verklaard.'

Methodisch kiezen

'In de geneeskunde-opleidingen is het onderricht in de farmacotherapie beperkt tot enkele weken', vertelt De Vries. 'De visitatiecommissie van de VSNU meent daarom dat dit studieonderdeel uitgebreider en diepgaander aan bod moet komen. De nadruk van de huidige opleidingen ligt te veel op de diagnostiek en te weinig op de (farmaco)therapeutische behandeling. Ik wil in de basisopleiding het methodisch kiezen centraal stellen. Vooral het afwegen welk product wanneer zou moeten worden voorgeschreven, kan veel zorgvuldiger gebeuren. Bovendien neemt het aantal beschikbare geneesmiddelen nog steeds toe. Daardoor wordt het maken van keuzes steeds moeilijker. Zo'n methode kan goed aansluiten bij de ontwikkeling van de huisartsen-standaarden en protocollen van medisch specialisten.'

De nieuwe hoogleraar ziet het als zijn taak om de aankomende generatie artsen rationeel te leren voorschrijven. 'Ik wil dit gedrag al vanaf het tweede studiejaar bij hen inslijpen. Zo krijgen zij vijf jaar lang de gelegenheid om hun voorschrijfgedrag te ontwikkelen en te laten bijsturen. Rationeel voorschrijven kan zodoende een attitude worden. Het is echter een illusie om te menen dat ze in de praktijk volledig immuun zullen zijn voor de druk van reclame, artsenbezoekers, volle wachtkamers en sommige patiënten zelf. Er moet ook in de praktijk veel gebeu-

Het is een illusie te menen dat artsen in de praktijk volledig immuun zullen zijn voor de druk van reclame, artsenbezoekers, volle wachtkamers en sommige patiënten zelf

ren. Het beste werkt het wanneer je de beroepsgroep zo persoonlijk mogelijk benadert. Als je artsen zelf betreft bij het samenstellen van richtlijnen voor het voorschrijven, houden zij zich er meer aan dan wanneer je de richtlijnen oplegt. Artsen zijn wel degelijk in voor doelmatig voorschrijven en daar moet je op inspelen.'

Bewust

De Vries gelooft bijvoorbeeld niet dat het alleen aan de voorschrijfbepanking door het ZAO (Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken) is te danken dat de geneesmiddelenuitgaven in Amsterdam zijn teruggebracht tot het landelijk gemiddelde. Het is volgens hem niet alleen een kwestie van dwang geweest: de beroepsgroep is gaandeweg meer gevoelig geworden voor het doelmatiger voorschrijven. Er wordt al een aantal jaren over gesproken en artsen zijn er zich terdege van bewust dat het zo niet langer kan.

De Vries meent ook dat veel specialisten het gevoel hebben dat hun vrijheid van voorschrijven teveel wordt beknot. Directies leggen hen allerlei regels op over wat zij wel en niet mogen voorschrijven, maar 'het zou beter zijn als geneeskundigen die langdurig aan een ziekenhuis zijn verbonden, niet steeds omstandig hoeven uit te leggen waarom zij willen afwijken van het ziekenhuis formularium. Wat blijft er anders nog van hun beroep over? Ik vind dat verzekeraars en artsen samen de grenzen van het voorschrijfbeleid moeten vaststellen. Bijvoorbeeld of een merkgeneesmiddel vervangen moet worden door het goedkopere generieke preparaat.'

Jarenlang herhalen

Een bijzondere verantwoordelijkheid op farmacotherapeutisch gebied dragen de poliklinieken. De reden? Specialisten zijn in deze context niet gebonden aan een ziekenhuis formularium. Na terugverwijzing blijven huisartsen de in de polikliniek ingestelde medicatie vaak jarenlang onveranderd herhalen. De Vries: 'Daar moet zeker wat aan gebeuren. Ik denk dat je hierover met de beroepsgroep moet gaan praten. Neem nu eens de groep patiënten die aan benzodiazepinen verslaafd raakt. Ik weet uit eigen ervaring hoe moeilijk het is om zo'n gewenning te voorkomen. Ook voor antidepressiva en pijnmedicatie geldt dat het moeilijk kan zijn om nee te zeggen. Als je daar wat aan wilt doen, moet je de beroepsgroep erbij betrekken, anders red je het niet. Mits goed georganiseerd kan het FTO (Farmacotherapeutisch Overleg; een overlegstructuur tussen de huisartsen van een waarneemgroep en een openbare apotheek) hierbij een wezenlijke functie vervullen.'

Overheidsbeleid

De Vries was in '94 lid van de ministeriële adviescommissie 'Criteria geneesmiddelenkeuze', ook wel de commissie-Van Winzum genoemd. Deze had als taak geneesmiddelen te toetsen aan de 'trechter van

Dunning'; een denkmodel dat zorg toetst op noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en de vraag of de zorg voor rekening van de patiënt kan komen. De commissie ontwikkelde op die basis een methode ter beperking van het aantal te vergoeden medicijnen. Vanuit deze achtergrond stelt De Vries: 'Ik ben niet tegen beperkt voorschrijven, mits de richtlijnen duidelijk zijn. Het CBG (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen) kijkt naar effectiviteit en veiligheid van een nieuw medicijn, en vervolgens beoordeelt de overheid aan de hand van het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem of zo'n geneesmiddel zijn prijs waard is. De commissie-Van Winzum heeft een praktische methode bedacht om redelijk te kunnen afwegen hoe zo'n kernpakket van geneesmiddelen kan worden samengesteld. Op grond hiervan verdwenen homeopathische, antroposofische en verkoudheidsmedicijnen uit het pakket. Ik heb echter de indruk dat minister Borst deze methode niet gebruikt.'

De Vries is niet gelukkig met het besluit van de minister dat nieuwe geneesmiddelen niet meer mogen worden vergoed als er reeds middelen met een vergelijkbare werking beschikbaar zijn. De helft van de 35 nieuwe medicijnen die op grond van deze overweging nu niet worden vergoed, is namelijk toch redelijk vernieuwend. Doordat artsen deze middelen niet mogen voorschrijven, worden sommige patiënten gedupeerd. Bovendien vind ik het onterecht dat de Ziekenfondsraad onlangs heeft bepaald dat er aanvullende geneesmiddelenstudies moeten komen. Zeer merkwaardig, want een nieuw geneesmiddel is dan al uitgebreid bestudeerd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Deze extra stap lijkt mij dus onnodig.'

Gezondheidswinst

Welke wensen heeft De Vries op het gebied van onderwijs in de farmacotherapie? 'De klinieken kunnen nog veel doen door de co-assistenten beter te begeleiden bij het leren voorschrijven. Nu komt het er vaak niet van en dat vind ik ontzettend jammer. De kliniek is essentieel in het onderwijs. Studenten zouden de kans moeten krijgen om zelf te handelen of daarop aangesproken te worden. Ook in de toetsing ontbreekt het farmacotherapeutisch redeneren nog vaak. Als je studenten betreft bij de keuze van de medicatie en daarbij ook het doelmatigheidsaspect betreft, komt vanzelf de vraag naar voren of het een generiek medicijn zou moeten worden. In principe moet het voorschrijven gebeuren op generieke naam. Dat geeft in ieder geval een vereenvoudiging in de nomenclatuur. Dat leidt tot minder fouten, dus tot gezondheidswinst van patiënten en daar is het toch allemaal om te doen?'