

Het voorschrijven van geneesmiddelen aan kleine kinderen

1. Een onderzoek naar het voorschrijfgedrag van drie huisartsen bij kinderen van 0-4 jaar

W. A. MEYBOOM, DR. D. POST EN DR. S. THOMAS*

In navolging van Grace & Goulds onderzochten de auteurs – allen apotheekhoudende huisartsen – hun voorschrijfgedrag bij kinderen van 0-4 jaar. Dat gebeurde door een retrospectieve analyse van hun geneesmiddelenregistratie. In de Engelse situatie werd over het algemeen meer voorgeschreven dan in de Nederlandse praktijken; dat gold in het bijzonder voor antibiotica en antihoestmiddelen. Daarnaast bleken ook tussen de drie Nederlandse huisartsen enkele significante verschillen in voorschrijfgedrag te bestaan.

Inleiding

Vier jaar geleden berichtten Grace & Goulds over een onderzoek in een groepspraktijk van vier huisartsen naar het voorschrijfgedrag bij één jaargang kinderen gedurende de eerste vijf jaar van hun leven. Zij kwamen daarbij onder meer tot de volgende conclusies:

- 91 van de in totaal 92 kinderen hadden ooit een geneesmiddel voorgeschreven gekregen;
- 89 kinderen hadden weleens antibiotica gebruikt;
- 32 kinderen hadden weleens een anti-diarrheepreparaat voorgeschreven gekregen.¹

Deze betrekkelijk eenvoudige studie – die destijds door Frank in *Huisarts en Wetenschap* is gerefereerd² – inspireerde ons tot het opzetten van een herhalingsonderzoek. Daarbij werd gekozen voor drie jaargangen kinderen, in plaats van slechts één, om aldus per praktijk ongeveer hetzelfde aantal kinderen te bereiken als Grace & Goulds.

De vraagstelling van het onderzoek luidde als volgt:

1. In hoeverre verschilt het voorschrijfpatroon van drie Nederlandse huisartsen bij 0-4 jarige kinderen van het voorschrijfpatroon dat door Grace & Goulds is beschreven?

2. In hoeverre verschillen de drie Nederlandse huisartsen onderling in hun voorschrijfpatroon bij kinderen van 0-4 jaar?

Methode

Het onderzoek vond plaats in drie apotheekhoudende huisartspraktijken. Alle kinderen van de jaargangen 1975, 1976 en 1977 die gedurende de eerste vijf jaar van hun leven tot een van de praktijken hadden behoord, werden in het onderzoek opgenomen.

In 1983 werd in de geneesmiddelenregistratie van de aan de praktijk verbonden apotheken nagezocht, welke middelen aan deze kinderen waren voorgeschreven en afgeleverd in de eerste vijf jaar van hun leven.

Als meeteenheid hanteerden wij het *voorschrift*, gedefinieerd als „een aantekening in de apotheekregistratie waaruit blijkt dat een bepaald medicament is afgeleverd”. De termen *medicament* en *geneesmiddel* worden in dit verslag gebruikt als synoniemen voor *voorschrift*.

Onze gegevens hebben dus betrekking op het aantal malen dat de arts besloot een middel voor te schrijven; de hoeveelheid die daarbij werd voorgeschreven, blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.

Herhalingsrecepten en recepten op advies van een specialist zijn als voorschriften beschouwd. Medicamenten die door andere artsen tijdens weekenden en avonddiensten werden voorgeschreven, zijn niet bij het onderzoek betrokken.

Voor het rubriceren van de medicamenten is gebruik gemaakt van de classificatie van Grace & Goulds, waaraan wij echter de rubrieken „oormiddelen” en „neusdruppels” hebben toegevoegd. Daarnaast werd de rubriek „antihoestmiddelen” uitgebreid met „longmiddelen” (bronchodilatantia). Bij navraag bij de auteurs bleek dit overigens ook in het Engelse onderzoek te zijn gebeurd. Het indelen in de onderscheiden rubrieken leverde een enkele keer problemen op. Antihistaminica voorgeschreven als behandeling voor hoesten, werden ingedeeld in de rubriek „antihoestmiddelen”. Was een van deze middelen echter voorgeschreven voor urticaria, dan werd het ondergebracht in de rubriek „overige”. Ter bepaling hiervan was het soms noodzakelijk de registratie van medische gegevens (groene kaart) te raadplegen.

Doordat wij niet konden beschikken over de oorspronkelijke cijfers van Grace & Goulds, was het niet mogelijk de statistische significantie van de verschillen tussen de Engelse en de Nederlandse cijfers te bepalen.

Een dergelijke bewerking was wel mogelijk met alleen de Nederlandse cijfers. Daartoe zijn de in iedere praktijk onderzochte drie jaargangen kinderen beschouwd als een „steekproef in de tijd”, een steekproef uit alle 0-4 jarige kinderen die in de loop van een bepaalde periode deel uitmaken van de praktijk. De verschillen in voorschrijfgedrag bij deze drie steekproeven zijn nader onderzocht met behulp van de toets van Wilcoxon.

Resultaten

De resultaten van onze registratie en de overeenkomstige cijfers van Grace & Goulds zijn weergegeven in de tabellen 1 t/m 4.

1. We zien dat in de Engelse groepspraktijk over het algemeen meer geneesmiddelen werden voorgeschreven

Tabel 1 – Table 1. Totaal en gemiddeld aantal voorschriften in de eerste vijf levensjaren – Total and mean number of prescriptions during the first five years of life.

Practices	Total	Mean
Grace & Goulds (N = 92)	1241	13.3
Practice A (N = 238)	2323	9.8
Practice B (N = 99)	779	7.9
Practice C (N = 103)	732	7.1

* W. A. Meyboom is huisarts te Dedemsvaart, Dr. D. Post was huisarts te Wezep en is thans werkzaam als sociaalgeneeskundige, en Dr. S. Thomas is huisarts te Wijckel. De auteurs zijn allen lid van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG.

dan in de Nederlandse praktijken (*tabel 1*), en dat geldt dan in het bijzonder ten aanzien van de antibiotica en de antihoestmiddelen (*tabel 2*).

Ook het aantal kinderen dat ooit een geneesmiddel voorgeschreven had gekregen, was in het Engelse onderzoek het hoogst: 99 procent, tegen respectievelijk 94, 89 en 89 procent in de Nederlandse praktijken.

Hetzelfde beeld zien we in *tabel 3*, waarin opnieuw antibiotica de boventoon voeren; daarnaast zijn de Engelse cijfers echter ook het hoogst in de rubrieken antihoeftmiddelen, oogmiddelen, anti-diarreemiddelen en overige middelen.

Opvallend is in *tabel 3* de uniformiteit in de rubriek huidpreparaten; in het volgende artikel zullen we echter zien, dat achter deze uniformiteit nog een grote verscheidenheid schuilgaat.

2. Het onderzoek naar de verschillen in voorschrijfgedrag tussen de drie Nederlandse huisartsen leidde tot de volgende uitkomsten:

- De huisartsen A en B schreven significant meer antibiotica en oormiddelen voor dan C. Het verschil tussen A en B in dezen is niet significant.
- De huisartsen A en C schreven significant meer antihoeftmiddelen en koortswerende middelen voor dan B.
- Huisarts A schreef significant meer anti-diarreepreparaten voor dan B en C.
- Huisarts A schreef significant meer oogmiddelen voor dan B en C, terwijl ook het verschil tussen B en C significant was!
- Huisarts B schreef significant meer neusdruppels voor dan A en C.

Synopsis

Meyboom WA, Post D, Thomas S. Prescribing remedies for young children. 1. A study of the prescription behaviour of three general practitioners for children aged 0-4 years. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27:298-300.

Introduction. In view of a previous study by Grace & Goulds¹ the authors – all dispensing general practitioners – examined their own prescription behaviour for children aged 0-4 years:

1. How do the prescription patterns of three Dutch general practitioners for children aged 0-4 years differ from the prescription pattern described by Grace & Goulds?

2. How do the three Dutch physicians differ in their prescription patterns for children aged 0-4 years?

Method. The study concerned three age categories of children, who had all been registered in one of the practices during the first five years of their lives. The number of prescriptions and the type (not the dosage) of medication per child were determined on the basis of the drug registration. These data were classified in nine categories in accordance with the classification of Grace & Goulds. The differences in prescription behaviour between the three Dutch physicians were further examined with the aid of the Wilcoxon test.

Results. The registration results and the corresponding figures published by Grace & Goulds are presented in *tables 1-4*.

1. It is evident that more remedies were generally prescribed in the English group practice than in the Dutch practices (*tabel 1*), and this applies in particular to antio-

tics and cough linctus/antihistamine preparations (*tabel 2*).

The number of children ever given a prescription was likewise largest in the English study: 99 percent, versus 94, 89 and 98 percent respectively in the Dutch practices. The same can be observed in *table 3*, in which antibiotics are again predominant; moreover, however, the English figures are highest in the categories cough linctus/antihistamine, eye preparations, anti-diarhoeals and other prescriptions.

2. The study of differences in prescription behaviour between the three Dutch physicians led to the following results:

- physicians A and B prescribed significantly more antibiotics and ear preparations than C; the difference between A and B in this respect was not significant;
 - physicians A and C prescribed significantly more cough linctus/antihistamine preparations and analgesics than B;
 - physician A prescribed significantly more anti-diarhoeals than B and C;
 - physician A prescribed significantly more eye preparations than B and C, and the difference between B and C was likewise significant;
 - physician B prescribed significantly more ear preparations than A and C.
- Table 4*, finally, gives some information on the numbers of prescription in the various practices. The differences between B and C in this respect are negligible, and again it is evident that A prescribes somewhat more.

Address of first author: Hoofdvaart 9, 7701-JE Dedemsvaart, The Netherlands.

Keywords: Child; Family practice; Prescription.

Tabel 2 – Table 2. Gemiddelde aantallen voorschriften per kind in de eerste vijf levensjaren verstrekt – Mean number of prescriptions per child during the first five years of life.

Categories	Grace & Goulds	Practice A	Practice B	Practice C
	(N = 92)	(N = 238)	(N = 99)	(N = 103)
Antibiotic	4.5	1.9	2.5	0.4
Cough linctus/ antihistamine	4.2	2.3	0.7	2.2
Skin preparation	1.3	1.5	1.0	1.6
Preparation acting on the eye	0.6	0.5	0.2	–
Anti-diarhoeals	0.5	0.4	0.1	0.1
Analgesic	?	0.9	0.4	1.0
Preparation acting on the ear	?	0.6	0.6	0.1
Preparation acting on the nose	?	1.0	1.6	0.9
Others	2.2	0.6	0.8	0.8

Tabel 3 – Table 3. Percentage kinderen die ervaring hebben gehad met medicamenten in de eerste vijf levensjaren – Percentages of children given prescriptions during the first years of life.

Categories	Grace & Goulds	Practice A	Practice B	Practice C
	(N = 92)	(N = 238)	(N = 99)	(N = 103)
Antibiotic	96	63	68	30
Cough linctus/ antihistamine	89	74	32	68
Skin preparation	50	50	46	46
Preparation acting on the eye	37	29	18	2
Anti-diarhoeals	34	26	7	5
Analgesic	29	52	22	55
Preparation acting on the ear	?	38	41	10
Preparation acting on the nose	?	45	61	47
Others	67	29	42	33

Tabel 4 – Table 4. Aantallen voorschriften per kind in de eerste vijf levensjaren. Percentages per frequentie-klasse – Number of prescriptions per child during the first five years of life. Percentages per frequency class.

Number of prescriptions	Practices		
	A	B	C
0	6	11	11
1- 9	54	58	60
10-19	26	23	23
20-29	11	5	6
30+	3	3	–

Tabel 4 geeft tenslotte nog enige informatie over de aantallen voorschriften in de verschillende praktijken. De verschillen tussen B en C zijn hier te verwaarlozen, terwijl opnieuw blijkt dat A wat meer voorschrijft.

Bespreking

Aan het voorafgaande valt niet veel toe te voegen. In vrijwel alle rubrieken werd door de Engelse huisartsen meer voorgeschreven dan door de Nederlandse huisartsen, maar in slechts twee categorieën – antibiotica en antihoestmiddelen – gaat het om vrij aanzienlijke verschillen. Ter gedeeltelijke verklaring kan daarbij vermeld worden, dat het in Engeland gebruikelijk is keelpijn en oorpijn met antibiotica te behandelen.³ Het verschil in de rubriek overige middelen is vermoedelijk grotendeels een artefact als gevolg van de toevoeging van de rubrieken oormiddelen en neusdruppels.

Het onderzoek heeft eveneens – soms aanzienlijke – verschillen in voorschrijfgedrag tussen de drie Nederlandse huisartsen aan het licht gebracht. Hierop zal nader worden ingegaan in een tweede bijdrage.

Dankbetuiging

Onze dank gaat uit naar onze assistentes, mevrouw J. B. van der Berg-Diepenheim, mevrouw A. Boer en mevrouw A. van Tellingen-Strijker, en mevrouw J. de Vries-Kuipers, zonder wier arbeid bij het registreren, terugzoeken en typen deze studie niet mogelijk zou zijn geweest.

¹ Grace JF, Goulds RK. An examination of the prescribed therapeutic experience of five-year-olds in general practice. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 529-32.

² Frank ECJ. An examination of the prescribed therapeutic experience of five-year-olds in general practice [Referaat].

Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 490.

³ Howie JRG. A new look at respiratory illness in general practice. J Roy Coll Gen Pract 1973; 23: 895-904.

⁴ Nater JP. Dermale toepassing van corticosteroiden. Geneesmiddelenbulletin 1981; 15: 29-33.

Bijlage – Appendix. Grafische weergave van de tabellen 2 (links) en 3 (rechts) – Graphic reproduction of tables 2 (left) and 3 (right).

G A B C	Categories	G A B C
	Antibiotic	
	Cough linctus/ antihistamine	
	Skin preparation	
	Preparation acting on the eye	
	Anti-diarrhoeals	
	Analgesic	
	Preparation acting on the ear	
	Preparation acting on the nose	

Het voorschrijven van geneesmiddelen aan kleine kinderen

2. Een nadere analyse van het voorschrijfgedrag van drie huisartsen bij kinderen van 0-4 jaar

W. A. MEYBOOM, DR. D. POST EN DR. S. THOMAS*

In het voorafgaande artikel werd vastgesteld dat er tussen de drie auteurs een aantal significante verschillen in voorschrijfgedrag bestaat. In deze tweede bijdrage onderwerpen zij hun voorschrijfgedrag aan een nadere analyse. Daarbij stuiten zij op een drietal aspecten: de drogisterijfunctie van de huisartsapotheek, de wens onaangename discussies uit de weg te gaan (klantenbinding) en het fenomeen communicerende vaten (minder voorschrijven van middel x kan weleens leiden tot meer voorschrijven van middel y). Tot slot wordt nog eens gewezen op de beperkingen die aan retrospectief onderzoek kleven, hoe nauwkeurig en betrouwbaar de registratie van gegevens ook moge zijn.

Inleiding

Over het voorschrijfgedrag van huisartsen is vrij veel gepubliceerd.¹⁻⁶ Een van de conclusies die veelal aan dit soort onderzoek worden verbonden, luidt dat het gewenst is dat de geconstateerde verschillen in voorschrijfgedrag worden verkleind, en dat huisartsen zich daarbij zoveel mogelijk baseren op rationele overwegingen.

Intussen is ook duidelijk geworden dat initiatieven in die richting vaak stuiten op een soort *black box* in de huisarts, die niet gemakkelijk te manipuleren is.¹ Acties ter verandering van het voorschrijfgedrag zullen daardoor soms leiden tot onverwachte uitkomsten, zoals het geval was bij de poging om het medicijngebruik te beperken door het invoeren van een eigen bijdrage.²

Het heeft daarom wellicht meer zin, huisartsen aan te moedigen hun eigen voorschrijfgedrag onder de loupe te nemen, zodat zij zelf kunnen ontdekken wat daaraan goed en slecht is.

In het voorafgaande artikel gaven wij gekwantificeerde informatie over het voorschrijfgedrag van drie apotheekhoudende huisartsen. In deze tweede bijdrage gaan wij nader in op de achtergronden van de geconstateerde verschillen.

Een nadere analyse

Antibiotica. Huisarts C schrijft significant minder antibiotica voor dan A en

B. Bij nader onderzoek bleek dit verschil vooral een gevolg van een meer terughoudend beleid van C bij luchtweginfecties.

Kinder(long)artsen bevelen een snel gebruik van antibiotica bij luchtweginfecties met klem aan: luchtweginfecties zouden kunnen leiden tot longbeschadiging, met als gevolg CARA-klachten op latere leeftijd.⁷ Deze aanbeveling wordt echter niet geschraagd door wetenschappelijk onderzoek, ook al wordt de suggestie van het tegendeel gewekt.⁸ Hooguit zou men hier kunnen spreken van *circumstantial evidence*.

Daar staat dan de *circumstantial evidence* van huisarts C tegenover: er zijn geen aanwijzingen dat de fysieke conditie van zijn patiëntjes heeft geleden onder een minder frequent gebruik van antibiotica.

Antihoeftmiddelen. Huisarts B schrijft veruit de minste antihoeftmiddelen voor. Dat heeft een eenvoudige verklaring: in 1974 deed B, samen met een

arts-assistent in opleiding, een literatuuronderzoek naar de therapeutische waarde van hoestdranken. Op grond van deze studie besloot hij deze middelen in de toekomst niet meer voor te schrijven.

In aansluiting hierop kan men zich afvragen, of door dit strakke beleid het aantal voorschriften voor antibiotica is gestegen. Soms kan de huisarts bij het „loven en bieden” dat zo treffend door Van Lidth de Jeude is beschreven⁹, niet aan het geven van een voorschrift ontkomen. Als nu de weg naar het onschuldige hoestdrankje is afgesloten, zal hij eerder zijn toevlucht moeten nemen tot antibiotica. Aldus zou het manipuleren van het voorschrijfgedrag inderdaad tot onverwachte resultaten kunnen leiden.

Huidpreparaten. Zoals in het voorafgaande artikel al werd gesteld, gaat achter het uniforme beeld in tabel 3 (pagina 301) nog een vrij grote verscheidenheid schuil. In tabel 5 springt het voorschrijfgedrag van huisarts B er sterk uit.

De indeling van deze tabel is van Grace & Goulds, die stellen dat het ongewenst is, bij kleine kinderen geïmmuniseerde corticosteroïdenzalf voor te schrijven.¹⁰ In ons land leeft dat onderscheid veel minder en wordt meestal uitgegaan van vier niveaus, waarbij 4 het sterkste niveau is.¹¹ De door huisarts B voorgeschreven preparaten (triamcinolon acetonidecrème en Locacorten-Vioform®) behoren alle tot niveau 2, zodat het geconstateerde verschil in wezen veel minder groot is dan de cijfers suggereren.

Oogmiddelen. De geconstateerde verschillen bleken te berusten op duidelijke verschillen in beleid:

- huisarts A schrijft bij rode ogen altijd oogdruppels voor, in de vorm van zink-sulfaat of albucid;
- huisarts B schrijft slechts iets voor als er etterige uitvloed is;
- huisarts C schrijft vrijwel nooit iets voor.

* Zie voetnoot op pagina 300.

Tabel 5. Verdeling van de voorgeschreven huidpreparaten over drie categorieën. Percentages.

Categorieën	Grace & Goulds	Praktijk A	Praktijk B	Praktijk C
Corticosteroïdzalven, niet geïmmuniseerd	44	42	–	50
Corticosteroïdzalven, geïmmuniseerd	18	20	72	15
Overige huidpreparaten	38	38	28	35

De hier gevonden verschillen rechtvaardigen wellicht een dubbelblind onderzoek naar het effect van oogmedicatie bij rode ogen op kinderleeftijd. Waarschijnlijk verbeteren rode ogen meestal ook zonder medicatie. Het gaat hier echter, in deze ongedefinieerde vorm, om een vergaarbak van aandoeningen.

Antidiarreemiddelen. Huisarts A schrijft deze middelen significant vaker voor dan B en C.

Weliswaar is A er – net als B en C – van overtuigd dat medicatie bij diarree bij kinderen zelden of nooit nodig is, maar wellicht slaagt hij er minder in de ouders daarvan te overtuigen. Een andere mogelijkheid is dat de ouders in de praktijken van B en C vaker antidiarreemiddelen kopen bij de plaatselijke drogist.

Koortswerende middelen. Net als bij de vorige rubriek gaat het hier om medicamenten die ook bij de drogist verkrijgbaar zijn, waardoor onze cijfers vermoedelijk geen nauwkeurige afspiegeling van de werkelijkheid geven. Voor huisarts B geldt dat zeker: hij gaat ervan uit dat gezinnen met kinderen dergelijke middelen in huis hebben, en schrijft ze dientengevolge slechts zelden voor. Er is hier een dilemma. Enerzijds bevordert het in huis hebben van dit soort middelen de zelfredzaamheid van de patiënt (versterking van de nulde lijn), anderzijds zal men er misschien gemakkelijker toe overgaan „een aspirientje” te nemen of te geven. In dat verband noopt de mogelijke relatie tussen (kinder)aspirine en het syndroom van Reye tot voorzichtigheid, al valt over dit onderwerp vooralsnog niets meer te zeggen.¹² In ieder geval lijkt het verstandig, de ouders voor te houden dat koorts een deel van het afweermechanisme is, en daarom niet in alle gevallen per se onderdrukt behoeft te worden.

Oordruppels, neusdruppels. De huisartsen A en B zijn van oordeel dat een afsluiting van de buis van Eustachius een belangrijke rol speelt bij de pathogenese van otitis media, en zij schrijven bij dat ziektebeeld dan ook decongestiva voor. In een dergelijk geval, waarin toch al een medicament wordt voorgeschreven, ligt het voor de hand ook iets voor te schrijven ter verlichting van de acute pijn. De relatief hoge scores van A en B berusten waarschijnlijk op dit mechanisme, waarbij oor- en neusdruppels veelal in combinatie worden voorgeschreven.

In hoeverre het voorschrijven van decongestiva bij acute otitis media inder-

daad zin heeft, is niet duidelijk; het inmiddels al klassiek geworden onderzoek van Van Buchem e.a. geeft daarover geen informatie, aangezien aan alle kinderen decongestiva en analgetica werden gegeven.¹³

Huisarts C tenslotte adviseert bij oorpijn meestal om kinderaspirine te geven en schrijft dientengevolge weinig oor- en neusdruppels voor.

Overige middelen. In deze rubriek viel vooral het voorschrijven van Vermox® (mebendazol) op. In die gevallen waarin dit middel eenmaal was voorgeschreven als behandeling van oxyuren, moest de behandeling veelal na een half jaar worden herhaald. Het is niet duidelijk of dit moet worden toegeschreven aan onvoldoende werkzaamheden van het medicament, aan reinfectie, of aan ziektegedrag (waarbij afwisselend meer en minder aandacht wordt geschonken aan het hebben van wormen).

Beschouwing

In de literatuur worden drie soorten factoren onderscheiden, die verantwoordelijk zijn voor verschillen in voorschrijfgedrag van huisartsen:

- externe factoren;
- patiënt-gebonden factoren;
- arts-gebonden factoren.

Bij de eerste categorie spelen factoren een rol als de verzekeringsvorm, de afstand tot het ziekenhuis, de aan- of afwezigheid van een apotheek en de farmaceutische reclame. Bij de tweede categorie kan men denken aan de leeftijd- en geslachtsverdeling van de patiëntenpopulatie en aan sociaal-economische factoren, als inkomen en opleidingsniveau. De arts-gebonden factoren tenslotte hebben betrekking op de plaats van vestiging, de praktijkervaring en de houding van de arts tegenover nascholing.

Soms is één specifieke factor als oorzaak van een bepaald verschil aan te wijzen, maar meestal dragen alle factoren in meerdere of mindere mate bij aan het verschil en is er dus een tamelijk complexe samenhang.⁵

Hoewel is aangetoond dat sociaal-wetenschappelijke categorieën als bovengenoemde een rol spelen als verklarende factoren voor voorschrijfgedrag, doen zij nauwelijks recht aan de invloed van karaktereigenschappen en attitude-aspecten van patiënt en arts. Zo stelden Lamberts & Wolgast vast, dat onrust in het persoonlijke leven van de huisarts van invloed is op zijn voorschrijfgedrag.¹⁴ Ook verschillen van inzicht tus-

sen artsen over de beste behandeling bij een bepaald ziektebeeld komen bij het sociaal-wetenschappelijk georiënteerde onderzoek niet aan de orde.

Om een antwoord te krijgen op de vraag, welke hypothesen zouden kunnen worden opgesteld ter verklaring van de geconstateerde verschillen in voorschrijfgedrag, voerden wij een uitvoerige discussie, waarin vooral verschillen in inzicht ten aanzien van de juiste behandeling en een optimaal voorschrijfgedrag aan de orde kwamen. In deze discussie kwamen drie aspecten bij herhaling naar voren:

1. Drogisterijfunctie. In een apotheekhoudende huisartspraktijk heeft de apothekersassistente een functie die vergelijkbaar is met de drogist. Zo verstrekt zij veelal, zonder directe tussenkomst van de arts – maar uiteraard alleen na degelijke instructie – hoestdranken en dergelijke. In ons onderzoek speelt dit mechanisme een rol bij de rubrieken hoestmiddelen en koortswerende middelen (huisarts B).

2. Klantenbinding. Sommige patiënten zijn bang dat zij de dokter „voor niets” hebben lastiggevalen, als het consult niet met een recept wordt afgesloten. De oplossing om dan maar een „on-schuldig middeltje” voor te schrijven, ligt voor de hand; men voorkomt daarmee een vervelende discussie. Mogelijk speelt dit mechanisme een rol bij het voorschrijven van antidiarreemiddelen door huisarts A.

Wanneer men voor deze oplossing kiest, mist men evenwel de kans de patiënt duidelijk te maken dat beter worden zonder medicijnen in sommige gevallen te verkiezen is boven beter worden mét medicijnen.¹⁵ Afgezien daarvan zal een dergelijke discussie soms – maar zeker niet altijd – bevorderlijk kunnen zijn voor de relatie met de patiënt.

Haayer-Ruskamp heeft gelijk, als zij stelt dat het hier steeds gaat om de perceptie van de arts van de wens van de patiënt c.q. de ouders van de patiënt.¹ Dat neemt niet weg dat sommige patiënten en ouders een duidelijke eigen mening hebben en op grond daarvan sterk aandringen op een recept, geheel los van wat de dokter daar nu van vindt.

3. Communicerende vaten. Hiermee wordt bedoeld dat een vermindering van het aantal voorschriften uit een bepaalde geneesmiddelengroep (bijvoorbeeld als gevolg van gerichte nascholing) kan leiden tot een groter aantal voorschriften uit een andere groep medicamenten. Dit mechanisme kan een rol spelen bij huisarts B (een verminde-

ring van het aantal voorgeschreven hoestdranken leidt tot het voorschrijven van meer antibiotica) en bij huisarts C (weinig oorpreparaten, betrekkelijk veel koortswerende/pijnstillende middelen).

De drie huisartsen hebben aan het hier beschreven onderzoekje veel genoeg beleefd en zij menen er ook wijzer van te zijn geworden. Ieder voor zich heeft er zijn conclusies uit getrokken ten aanzien van zijn toekomstig beleid. Wij willen ons bijvoorbeeld nog eens bezinnen op het voorschrijven van antibiotica en ook hebben wij ons voorgenomen nog vasthoudender te zijn bij het behandelen van diarree met uitsluitend dieetmaatregelen.

In deze zin is het mogelijk dat onze studie kwaliteitsbevorderend werkt. Toch gaat het hier niet om toetsing in de zin van „het vergelijken van de werkelijkheid met daartoe geëxpliciteerde normen, op een zodanige wijze, dat de werkelijkheid meer in overeenstemming met de normen kan worden gebracht”.¹⁶ Er heeft immers geen explicitering van de normen plaatsgevonden. Het gebruikte meetinstrument is echter wel „objectief, systematisch, logisch en controleerbaar”, voor zover het de registratie en bewerking van de gegevens betreft. Daarom lijkt het ons ook bruikbaar voor „echte” toetsing.

In tegenstelling tot de verwachtingen die leefden bij de oprichting van het NHG¹⁷, zijn er betrekkelijk weinig zinvolle retrospectieve studies verricht vanuit het registratiesysteem van de huisarts; Roscam Abbing heeft de oorzaken hiervan destijds besproken in een ook nu nog lezenswaardige beschouwing.¹⁸

Vele vragen op het gebied van de huisartsgeneeskunde zullen alleen beantwoord kunnen worden door prospectief

onderzoek. In het kader van ons eigen onderzoek denken wij daarbij aan een – langdurig – prospectief onderzoek naar het effect van antibioticagebruik door kinderen met CARA, en – minder veelomvattend – een dubbelblind onderzoek naar het effect van oogmedicatie bij kinderen met „rode ogen”.

Niettemin blijkt uit onze eigen studie, dat materiaal dat niet op voorhand verzameld is met het oog op wetenschappelijk onderzoek, in sommige gevallen toch bruikbaar kan zijn. De registratie van geneesmiddelen in de huisartsapothek levert nauwkeurige gegevens, doordat een betrouwbare registratie van de recepten wettelijk verplicht is, én doordat zo’n registratie nodig is voor de financiële afwikkeling.

Overigens werden ook wij geconfronteerd met beperkingen: het was bijvoorbeeld niet mogelijk de contactfrequentie te achterhalen. Daardoor waren wij niet in staat de conclusie van Haayer-Ruskamp, dat een grotere werkbelasting samengaat met meer voorschriften voor antibiotica¹, aan onze eigen gegevens te toetsen.

Dergelijke beperkingen zijn onvermijdelijk, hoe uitvoerig de gevoerde registratie ook is. Het lijkt dan ook verstandig daarmee rekening te houden als men te zijner tijd eisen gaat stellen aan de registratie van gegevens in geacademiseerde praktijken ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.

¹ Haayer-Ruskamp FM. Prescriptie in het geding. Groningen: Werkgroep Sociale Farmacologie, Rijksuniversiteit Groningen, 1982.

² Post D. Wijzigingen in de prescriptie. Med Contact 1984; 39: 19-21.

³ Sheldon MG. Self audit of prescribing habits and clinical care in general practice. J R Coll Gen Pract 1979; 29: 703-11.

⁴ Honhoff B. Sociale farmacotherapie in Twente [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1977.

⁵ Koperberg IPhL. Voorschrijven. Med Contact 1980; 35: 454-5.

⁶ Samuela Brusse F, Bertens AM, Breimer DD. Het extramurale geneesmiddelgebruik door ziekenfondsverzekerden in de regio Nijmegen 1974/1975. Pharm Weekbl 1979; 114: 385-403.

⁷ Rosenboom G. Diagnose bij kinderen. In: Rosenboom G, Schüller CF, Zijverden J van, red. De asthmatische patiënt. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1979.

⁸ Kerrebijn KF, Hoogeveen-Schroot HCA, Wal MC vd. CARA bij kinderen: een vervolgonderzoek gedurende 5 jaar. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 1030-7.

⁹ Lidth de Jeude AH van. De huisarts in de maalstroom van emoties. Leiden: Stenfert Kroese, 1971.

¹⁰ Grace JF, Goulds RK. An examination of the prescribed therapeutic experience of five-year-olds in general practice. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 529-32.

¹¹ Nater JP. Dermale toepassing van corticosteroiden. Geneesmiddelenbulletin 1981; 15: 29-33.

¹² Offerhaus L. Kinderaspirine en het syndroom van Reye: verdacht maar nog niet veroordeeld. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 68-9.

¹³ Buchem FL van, Dunk JHM, Hof MA van 't. Acute otitis media: paracentese, antibiotica of geen van beide? Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 462-7.

¹⁴ Lamberts H, Wolgast NL. Huisarts en voorschrijfgedrag. Een onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 321-33.

¹⁵ Bremer GJ. Geneesmiddelen voorschrijven in de huisartspraktijk. Med Contact 1983; 38: 73-5.

¹⁶ Kolthoff-Tan L. Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde – een nadere begripsbepaling. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 234-6.

¹⁷ Bos GJ. Richtlijnen voor eenvoudig wetenschappelijk onderzoek door de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1960; 3: 153-5.

¹⁸ Roscam Abbing EW. Retrospectief onderzoek met behulp van medische archieven, speciaal het huisartskaartsysteem. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 327-31.