

Marketing beïnvloedt huisartsen te veel

Exit TCA's?

Dick Bijl, Harm van Marwijk

De farmaceutische industrie biedt huisartsen verborgen verleiders aan.¹ Packard introduceerde deze term al in 1958 om de invloed van reclame te beschrijven.² De laatste jaren is de farmaceutische industrie sterk in *beeldvorming* en de introductie van deze verborgen verleiders. De beeldvorming rond antidepressiva is daar een voorbeeld van.

Bij de discussie over de beste behandeling van depressies speelt men in op angstgevoelens over het risicoprofiel van de tricyclische antidepressiva (TCA's), zoals het suïciderisico en (hart)ritmestoornissen. We horen wel eens de vergelijking: 'Er zijn nu auto's met rembekrachtiging, dan kun je van ons toch niet verwachten dat we in een auto zonder rembekrachtiging gaan rijden? Zo is het ook met antidepressiva.' Het lukt de industrie dus om ons dit soort beelden mee te geven. Prima marketing is dat.

In het afgelopen jaar zijn in H&W drie artikelen verschenen over het voorschrijven van antidepressiva in de huisartsenpraktijk.³⁻⁵ Zoals bekend worden nu vooral SSRI's voorgeschreven bij depressie.^{5,6} De NHG-Standaard Depressie uit 1994 adviseerde TCA's als eerste te overwegen vanwege gelijke werkzaamheid en de geringe kosten.⁷ De LINH-cijfers maken duidelijk dat het voorschrijfgedrag van huisartsen afwijkt van de NHG-Standaard en de auteur gaf aan dat er sindsdien nieuwe inzichten zijn die dit afwijkende voorschrijfgedrag rechtvaardigen. Wat deze veronderstelde nieuwe inzichten zijn, blijft onduidelijk. Wel sprak ze de verwachting uit dat de nieuwe NHG-Standaard beter zal aansluiten bij het huidige voorschrijfgedrag. Ook Brinkhuisen et al. besloten hun retrospectieve onderzoek met de vraag of de standaard nog wel actueel is.⁴ In het laatste H&W-nummer van het vorig jaar constateerden Verhaak et al. dat SSRI's in de praktijk de TCA's vervangen lijken te hebben.⁵

Wat zijn nu die nieuwe wetenschappelijke inzichten in de medicamenteuze behandeling van depressie? In het *Geneesmiddelenbulletin* van mei 2002 is de huidige stand van zaken met betrekking tot de balans van werkzaamheid en bijwerkingen van antidepressiva uit-

eengezet.⁸ In meta-analyses van methodologisch goed opgezet onderzoek bleken TCA's in het algemeen werkzamer te zijn dan andere middelen. De bijwerkingen op de korte termijn van de SSRI's zijn weliswaar in het algemeen significant geringer dan die van de TCA's, maar de klinische relevantie daarvan is niet groot.⁸ SSRI's en TCA's verschillen wel aanzienlijk in de aard van de bijwerkingen en in de kosten. Zo komen bij SSRI's vooral maag-darmklachten, moeheid, nervositeit en slapeloosheid voor, terwijl bij TCA's vooral een droge mond, duizeligheid, transpireren, wazig zien en palpitations voorkomen. Nu SSRI's langer op de markt zijn, is het duidelijk geworden dat in tegenstelling tot de aanvankelijke marketing van het milde bijwerkingenprofiel, ook zij vaak bijwerkingen veroorzaken en dat inmiddels ernstige zeldzame bijwerkingen bekend zijn geworden. De nieuwere middelen zijn ook in meta-analyses onderzocht, maar die bevatten gegevens uit *abstracts*, *data on file* en andere niet-gepubliceerde onderzoeken en zijn dus van aanzienlijke geringere wetenschappelijke kwaliteit.

De evidentie over de werkzaamheid van antidepressiva is overzichtelijk: niets nieuws onder de zon. Maar er is blijkbaar sprake geweest van effectieve beeldvorming over 'veranderde inzichten'. Het aanbieden van wetenschappelijke evidentie aan huisartsen is ook in het geval van antidepressiva niet opgewassen tegen reclame van de farmaceutische industrie. Wat kunnen huisartsen doen om zich te verweren tegen de te grote invloed van de farmaceutische industrie op het voorschrijfgedrag? De eerste stap is die invloed te onderkennen. Artsen zijn net als iedereen gevoelig voor marketing en reclame.⁹ Zij vinden dat niet zij zich laten beïnvloeden door marketing en reclame,¹⁰ maar hun collega's. Na onderkenning en acceptatie kan voor sommigen een tweede stap volgen: een kritische instelling of 'bescherming' door bijvoorbeeld gebruik te maken van het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) of de FTO-groepen.¹⁰

Wat valt er te doen als huisartsen de evidence-based adviezen over antidepressiva massaal negeren? Meegaan met de beeldvorming? Dat is natuurlijk het gemakkelijkst en voldoet aan de basale menselijke eigenschap het geweten te willen sussen. Beter lijkt het ons meer energie in implementatie te steken. NHG, LHV en zorgverzekeraars zouden het initiatief moeten nemen. Het zou ook een mooie klus zijn voor de in bepaalde districten aanwezige DHV-kwaliteitsfunctionaris GGZ.

Voorts zal de discussie met collega's vaker en duidelijker moeten worden aangegaan. Apothekers zouden bijvoorbeeld ook een belangrijkere stem in de discussie behoren te krijgen of wellicht zelfs wel in het afleveren van voorschriften door huisartsen. Gecombineerde acties met huisartsen, apothekers en zorgverze-

Auteursgegevens

Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, EMGO-Instituut, VU medisch centrum, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: D. Bijl, huisarts/epidemioloog; dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts.

Correspondentie: D.Bijl.emgo@med.vu.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: DB is redacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; DB en HvM doen beiden onderzoek naar depressie.

keraars blijken in de praktijk ook te werken. In Zuid-Limburg bijvoorbeeld krijgen huisartsen een prestatiebeloning als zij doelmatig voorschrijven.¹¹ Een andere mogelijkheid is een regelmatig terugkerende toets 'wetenschappelijk redeneren' voor deelnemers aan de huisartsenopleiding. WDH's zouden ook een bepaald percentage van de verplichte nascholingen kunnen laten bestaan uit cursussen 'kritisch lezen' of 'wetenschappelijk redeneren'.

Voor het voorschrijven van TCA's bij depressie valt wetenschappelijk gezien nog steeds evenveel te zeggen als voor SSRI's. Laten we proberen weer *zelf* grip te krijgen op ons voorschrijfgedrag zodat dat zinnig en zuinig is en ons niet laten sturen door beeldvorming alleen. Er zijn allerlei soorten, goedkope en dure wasmiddelen, maar ze wassen allemaal even wit.

Literatuur

- 1 Kerremans ALM. De vervanging van klassieke middelen door nieuwe. *Gebu* 1996;30:63-70.

- 2 Packard V. *The hidden persuaders*. New York: Pocket Books, 1958.
- 3 Van Dijk L. Het voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk in 1999 en 2000. *Huisarts Wet* 2002;45:289.
- 4 Brinkhuijsen M, Van Orden RJ, Koes BW. Voorschriften voor antidepressiva in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2002;45:404-5.
- 5 Verhaak PFM, Bartelds AIM, Schellevis FG. Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie? *Huisarts Wet* 2002;45:722-5.
- 6 Van Marwijk HWJ, Bijl D, Ader HJ, De Haan M. Antidepressant prescription for depression in general practice in the Netherlands. *Pharm World Sci* 2001;22:46-9.
- 7 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, Sigling HO, Stolk J, Van Gelderen MG, et al. NHG-Standaard Depressie. *Huisarts Wet* 1994;37:482-90.
- 8 Bijl D, Verhoeven WMA. Antidepressiva bij depressie: een kritische beschouwing. *Gebu* 2002;36:51-9.
- 9 Kerremans ALM. Overtuigen. *MFM* 2002;40:3-4.
- 10 Haaijer-Ruskamp FM, Denig P. Invloeden bij het kiezen van geneesmiddelen. *Gebu* 2001;35:37-42.
- 11 Gruisen WJAM, Muijers PEM. Doelmatig voorschrijven. Verzekeraar stimuleert huisartsen met geld. *Med Contact* 2002;57:714-7.

Weg met de poortwachter!

Berend Terluin

'Dokter, ik kom een verwijzing naar de Riagg halen. Mijn kind is op school getest en nu moet ze naar een kinderpsycholoog.'

'Ik heb bij het voetballen mijn enkel verzwikt en nu zegt onze masseur dat ik zo snel mogelijk fysiotherapie moet hebben. Ik heb al een afspraak gemaakt.'

'Bij de whiplash-vereniging hebben ze mij het adres gegeven van een neuroloog die gespecialiseerd is in whiplash. Daar wil ik naar toe.'

Ziedaar, een dagje poortwachteren. De huisarts-poortwachter is niet meer wat hij geweest is. Dat komt door maatschappelijke ontwikkelingen, door geïnformeerde en mondiger patiënten en door het marktdenken bij de zorgverzekeraars. Patiënten hebben recht op een *second opinion*. Vroeger konden we nog gewoon weigeren een patiënt naar de specialist te verwijzen als we daar niet achter stonden. Maar nu?

De poortwachtersfunctie is niet meer van deze tijd. Ooit waren wij huisartsen er trots op dat we als poortwachters medicalisering konden voorkomen en de kosten van de gezondheidszorg in de hand konden houden. Tegenwoordig gaat het anders. Verwij-

zingen zijn formaliteiten. Zeker, soms kan een informatief gesprek een gewenste verwijzing nog terugdraaien, maar als het er op aankomt, heeft de huisarts weinig in te brengen aan de poort. We schrijven briefjes voor de logopediste en ondertekenen taxibriefjes. Patiënten gaan zonder verwijzing naar de fysiotherapeut en de verwijskaarten worden achteraf geregeld. Terwijl het draagvlak voor de huisarts als poortwachter bij onze patiënten gestaag afbrokkelt, doen specialisten er juist steeds meer een beroep op. 'De assistente van de oogarts zei dat als de huisarts belt, ik eerder terecht kan.'

Wat levert het poortwachtersgedoe op? Geen beperking van kosten en ook niet minder medicalisering. De explosieve groei van CT- en MRI-scans hebben we niet tegen kunnen houden. Zonder enige medische noodzaak gaan bijna alle zwangeren toch onder de echo. Medicalisering is een basiskenmerk van onze samenleving geworden.¹ De poortwachtersrol levert ons alleen ergernis, discussies in de spreekkamer en ontevreden patiënten op. Van de zorgverzekeraars hoeft het ook al niet meer. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stelt zelfs voor de exclusieve poortwachtersrol van de huisarts los te laten.² Argumenten zijn de toenemende werkdruk bij huisartsen en het maatschappelijk draagvlak. Het rapport geeft voorbeelden van 'alternatieve poortwachters'. De schoolarts of praktijkverpleegkundige verwijst rechtstreeks naar de logopedist, fysiotherapeut of psychotherapeut en

Auteursgegevens

dr. B. Terluin, huisarts, Rotterdamweg 4, 1324 LN Almere.

Correspondentie: b.terluin@wolmail.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.