

Over medicijnverstrekking, bijwerkingen en therapieontrouw

50 Jaar geneesmiddeldiscussie in *Huisarts en Wetenschap*

Leo van Bergen

In een reeks artikelen over de huisarts en diens vak kan een stuk over het verstrekken van medicijnen vanzelfsprekend niet ontbreken. Dat is namelijk wat de patiënt verwacht en wat de huisarts veelal ook doet. Maar de veelheid aan medicijnen, de snelheid waarmee nieuwe medicijnen op de markt komen en de bijwerkingen die zij geven, maken de relatie tussen huisarts en geneesmiddel toch enigszins gespannen en ambivalent, en dat komt ook in *Huisarts en Wetenschap* goed naar voren. Tot ongeveer 1970 legde het blad de nadruk op (onderzoek naar) de effectiviteit van geneesmiddelen; nadien verschoof de aandacht naar het voorschrijfgedrag van de huisarts en de (zorg over) medicaliserende effecten daarvan. Deze verschuiving was, al doet de naam van het blad anders vermoeden, zeker niet alleen wetenschappelijk gemotiveerd.

(G)een geneesmiddelenrubriek

In de beginjaren verschenen in *Huisarts en Wetenschap* talrijke artikelen van specialisten die wetenschappelijk onderbouwd uitlegden hoe en met welke medicatie men tegen een bepaalde aandoening moest optreden.¹ Evengoed wilde de redactie toch ook een aparte geneesmiddelenrubriek, overtuigd als zij was dat 'de gestadige stroom nieuwe geneesmiddelen' in de huisartsenpraktijk voor grote problemen zou zorgen. In het tweede nummer van 1957 maakte zij melding van dit plan. De beoogde schrijver van de rubriek was de arts F.A. van Dop, gespecialiseerd in farmacologische vraagstukken. Van Dop zou de werking van geneesmiddelen behandelen, de aangenaamste toedieningswijze en de gevaren.² Maar nog voordat er ook maar één bijdrage was verschenen, kondigde de redactie in december 1958 'met grote spijt' het einde van de rubriek aan. Van Dop had zich om een aantal redenen teruggetrokken. Eén daarvan wilde de redactie de lezer niet onthouden:

Van bepaalde zijde is aan de redactie te kennen gegeven, dat men het betreurt dat deze rubriek onder redactie van Van Dop zou verschijnen, en hoewel wij dit op zichzelf stellig geen bezwaar achtten, meent col-

lega Van Dop, dat wellicht verdere medewerking door hem een harmonische ontwikkeling van het tijdschrift in de weg zou kunnen staan.³ Zo kon de lezer meteen weten dat ook de zogenaamd objectieve, waarde vrije wetenschap niets menselijks vreemd is.

Jong enthousiasme voor versus wijze scepsis tegenover de *magic bullet*

Jammer was het wel dat de rubriek niet doorging, want de redactie had gelijk. De grote keuze aan nieuwe geneesmiddelen leverde problemen op. Enerzijds wilde de huisarts zich niet al te zeer laten beïnvloeden door de propaganda van de farmaceutische industrie, anderzijds mocht en kon hij niet aan de nieuwe middelen voorbijgaan. Soms was het gebruik ervan immers wel degelijk gerechtvaardigd. Het eerste probleem – te veel enthousiasme bij ieder nieuw medicijn – betrof met name nieuwe huisartsen, het tweede – een overdaad aan scepsis – de oude rotten. Die hadden immers al zo vaak een nieuw wondermiddel, een *magic bullet*, voorbij zien komen. Bovendien had de ervaring hun geleerd dat werkzame middelen veelal ook sterke middelen waren, die derhalve veel bijwerkingen hadden.⁴

Dat de redactie geneesmiddelenvoorlichting van blijvend belang achtte, blijkt uit het aanhalen (in 1958) van de doelstellingen van de Adviescommissie TNO voor Klinisch Geneesmiddelenonderzoek, waaronder: '... het regelmatig verstrekken van voorlichting aan de Nederlandse artsen omtrent, in de eerste plaats nieuwe, geneesmiddelen'.² Natuurlijk ging bij die voorlichting ook de nodige aandacht uit naar de zogeheten *magic bullets*. Zenuwarts J. Vereecken schreef in 1962 dat hun werking zozeer werd aangeprezen dat het een godswonder mocht heten dat er ooit iemand was genezen voordat die middelen bestonden. Dat dit toch zeker het geval geweest was, moest wel betekenen dat geneesmiddelen niet alleen een farmacodynamische maar ook een psychodynamische, magische werking hadden. De rol van magiër, die de arts door de patiënt kreeg opgedrongen, verhief hem tot 'een adelsstand, die tot moeizaam te vervullen verplichtingen voert'.⁵ Vereeckens artikel was de opmaat voor een lange reeks artikelen over de donkere zijde van geneesmiddelgebruik. Het eerste, 'Verborgene gevaren' van L. Facee Schaeffer, behandelde nog slechts de (bij)werkingen van niet door de arts voorgeschreven middelen.⁶ Maar al snel kwamen ook de negatieve effecten van wél voorgeschreven middelen in het vizier, al bleven de middelen zelf vooralsnog buiten schot. Volgens arts-farmacoloog F.A. Nelemans waren bijwerkingen vooral het gevolg van foutief gebruik: te lang

Auteursgegevens

VU medisch centrum, Afdeling Metamedica, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; dr. Leo van Bergen, universitair docent medische geschiedenis.

Correspondentie: l.vanbergen@vumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

of te kort, te veel of te weinig, zonder kennis van de werking. Of zij konden het gevolg zijn van een onjuiste indicatie, of van een gebrek aan onderlinge afstemming waardoor verschillende artsen aan één patiënt verschillende geneesmiddelen voorschreven. Nelemans hekelde ook het gebruik van middelen door de arts zelf, uit verslaving of gewoonte. Harde bewijzen had hij niet, maar 'wie collegae onder elkaar hoort praten en tussen de zinnen door weet te luisteren [weet] dat de arts niet altijd even verstandig te werk gaat wanneer het zijn eigen lichaam betreft'. Een ernstige zaak, en niet alleen omdat dit misbruik het eigen welzijn schaadde. Het vergrootte ook de kans op foute diagnoses en (dus) verkeerde receptuur.⁷

Geneesmiddelonderzoek niet eenvoudig

Tussen de discussies door ging het onderzoek naar geneesmiddelen gewoon verder. De uitvoering van dergelijk onderzoek (doorgaans een vergelijking van de gezondheidseffecten van verschillende middelen) in de huisartsenpraktijk was niet eenvoudig, omdat de diagnostiek van alle deelnemende huisartsen zoveel mogelijk gelijklopend moest zijn. De zes artsen sterke Studiegroep Alphen aan den Rijn begon begin jaren zestig aan een onderzoek en leerde de methodische problemen van geneesmiddelonderzoek al snel kennen. Die problemen bleken – ondanks de hulp van negen deskundigen – groter dan de groep vermoed had. Onder andere rees de vraag of de onderzoeksopzet voor een statisticus die er niet al vanaf het begin bij was betrokken, wel aanvaardbaar zou zijn geweest. Vaak bleek een eigenlijk noodzakelijke statistische bewerking niet meer uitvoerbaar omdat de benodigde gegevens niet meer te achterhalen waren. Desalniettemin wist het onderzoek, dat drie jaar in beslag nam, de toets der wetenschappelijke kritiek te doorstaan. Emotioneel had het echter het nodige gevergd: 'Het vrat tijd, het vrat aandacht, het verstoorde je relatie met de patiënten, het leverde gegevens op die verkeerd werden geïnterpreteerd en tenslotte: het belemmerde je in je echte onderzoek'.²

De huisartsen verrichtten het geneesmiddelonderzoek vaak in samenwerking met TNO, maar die samenwerking verliep niet altijd soepel. Vaak lieten huisartsen aanvankelijk weten dat ze wel wilden meedoen, maar schoot hun respons tekort op de momenten dat het erom ging. Nelemans schreef in 1967 dat blijkbaar weinig artsen doorhadden dat 'statistische onderzoeken [...] slechts met succes kunnen worden verricht, wanneer het opgestelde protocol rigoureus wordt gevolgd. Afwijkingen maken het onderzoek waardeloos'. Het begeleidende redactioneel sprak van 'een beschamende vertoning' en kondigde een aantal opstellen aan 'in een poging ons te bezinnen betreffende het wetenschappelijk onderzoek door huisartsen'. Daaronder zouden ook stukken zijn over modern geneesmiddelonderzoek, methodische problemen daarbij in de huisartsenpraktijk en de statistische aspecten ervan.²

De schade door het medicijn zelf

Gingen Facee Schaeffer en Nelemans vooral in op de nadelen van onjuist gebruik van medicamenten, hun artikelen vormden

de opstap naar artikelen over de nadelen van wél voorgeschreven en ook volgens voorschrift gebruikte medicijnen. Het is niet verrassend dat juist een zenuwarts, S.J. Nijdam, in 1967 als eerste de vinger op de zere plek legde. In de psychiatrie en de neurologie had in de voorgaande decennia een farmacologische revolutie plaatsgehad. Chloorpromazine was het bekendste voorbeeld in een reeks nieuwe middelen die aanvankelijk onbegrensde mogelijkheden leken te hebben, maar al snel overschat bleken en tal van bijwerkingen te zien gaven. En chloorpromazine was maar één van de vele middelen die op de markt waren verschenen, een veelheid die ervoor zorgde dat sommige producten – nieuw en dús veelbelovend – veel te snel werden voorgeschreven terwijl oude, die heus zo slecht niet waren, niet langer werden gebruikt. De algemene stand van zaken, aldus Nijdam, was dat er eerder te veel dan te weinig psychofarmaca werden verstrekt. Er was sprake van een te grote variabiliteit aan middelen bij een te ruime of onjuiste indicatie, en de doseringen waren doorgaans te hoog.⁸ Vijf jaar later voegde W. Bruinsma hieraan toe dat als men 'als maatstaf voor de gezondheidstoestand van een bevolking het geneesmiddelenverbruik [zou] nemen', die toestand 'blijkbaar voortdurend slechter' werd. En dat terwijl, mede onder invloed van de thalidomidetragedie begin jaren zestig, het probleem van de bijwerkingen steeds nadrukkelijker op de agenda was gezet. In 1964 werd het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen opgezet, onder andere om de aanhoudende neiging van veel artsen te bestrijden om door patiënten gesignaleerde bijwerkingen te bagatelliseren. Bijwerkingen waren inbeelding, toeval of het gevolg van de ziekte en niet van het medicijn. Het probleem was dat er, zelfs als de bijwerkingen van afzonderlijke middelen bekend waren, vaak geen zinnig woord te zeggen viel over de bijwerkingen van combinaties van die middelen. Zeker in ziekenhuizen schreef men soms veel middelen tegelijk voor.⁹ De toegenomen aandacht voor bijwerkingen veranderde het voorschrijfgedrag dan ook niet.

De medicalisering van de samenleving

Het toenemende aantal recepten vormde een van de pijlers onder wat Irving Kenneth Zola in een reeks lezingen en artikelen *the medicalization of society* noemde. Zola attaqueerde de schijnbaar onuitroeibare neiging van artsen om menselijke problematiek, ook als die duidelijk samenhang met maatschappelijke problematiek, geheel in medische termen te verklaren en te lijf te gaan. Artsen deden dit door steeds meer mensen voor steeds meer ziekten – of vormen van 'onwelbevinden' – steeds meer medicijnen voor te schrijven. Dat maakte van de geneeskunde 'a major institution of social control, nudging aside, if not incorporating, the more traditional institutions of religion and law,' en bracht haar 'far beyond concern with ordinary organic disease'.¹⁰⁻¹²

Deze opinie over medicijngebruik kreeg steun in 1975, van een onderzoek dat aantoonde dat het gebruik van slaapmiddelen en kalmerende middelen flink was gestegen en nog steeds steeg.¹³ Een ander onderzoek naar 'huisarts en voorschrijfgedrag', eveneens uit 1975, gaf aan dat die stijging ook voortkwam uit de neiging van huisartsen gevoelig te zijn voor de reclame van de farma-

ceutische industrie. Bovendien kon 'de noodzaak om een te grote praktijk te hebben [...] aanleiding zijn tot een blijvende stijging van het geneesmiddelengebruik door de patiënt'. De huisarts had eenvoudigweg geen tijd om de problemen van de patiënt integraal aan te pakken.¹⁴ Ook de medische rubrieken die in veel publiksbladen verschenen, speelden volgens de onderzoekers een rol. Zulke rubrieken boden voor ieder probleem een medische oplossing in de trant van 'de dokter weet het'.^{15,16}

Afscheid en begroeting

De standpunten van Zola leidden tot een diepgaande discussie over zaken als 'medicalisering' en 'medisch model', maar juist in deze tijd verdween het geneesmiddelenonderzoek uit *huisarts en wetenschap*. Naar aanleiding van een stuk waarin mandrax en nitrazepam met elkaar werden vergeleken,¹⁷ had Lamberts in 1972, in een redactioneel commentaar getiteld 'Huisarts en geneesmiddelenonderzoek: een afscheid', aangekondigd dat het tijdschrift geen verslagen van geneesmiddelenonderzoek meer zou publiceren. Dit besluit bleef enkele decennia van kracht – pas sinds een jaar of tien is het geneesmiddelenonderzoek weer in de kolommen teruggekeerd en schuwt het blad zelfs geen artikelen die eerder in Engelstalige tijdschriften zijn gepubliceerd.

Volgens Lamberts leverden verslagen van geneesmiddelenonderzoek gewoon te weinig op voor de huisartsgeneeskunde. Niet dat zij slecht waren of zonder belang, maar *huisarts en wetenschap* was er de plek niet voor. De discussie ging steeds over hetzelfde. Pasten zulke onderzoeken wel binnen de doelstelling van een tijdschrift dat zich primair richtte 'op de professionele aspecten van de huisartsgeneeskunde'? Op grond van welke criteria zou zo'n publicatie zinvol kunnen zijn voor de doelgroep? Waren 'statistisch juist' en 'helder en wetenschappelijk' werkelijk de enige criteria voor publicatie, en was de informatie het belangrijkste of waren dat de gehanteerde methode en denkrant? De redactie concludeerde dat er zoveel in beweging was in de huisartsgeneeskunde, dat alleen al daaruit een voldoende aantal professionele artikelen voor een huisarts-'vakblad' moest kunnen voortkomen. 'Tot deze categorie behoort het geneesmiddelenonderzoek in de ons vertrouwde vorm niet.' De huisartsgeneeskunde was 'het stadium voorbij dat alles wat een huisarts schreef mooi is meegenomen'.^{2,18}

Zonder slag of stoot verliep dit afscheid niet. Een aantal huisartsen liet weten dat juist alles wat over geneesmiddelen werd geschreven 'broodnodig' was vanwege de 'kritiekloos en met weinig kennis van zaken voorschrijvende huisarts'. In 'Huisarts en geneesmiddelengebruik: een welkom', wederom van de hand van Lamberts, verduidelijkte de redactie daarom in 1973 haar standpunt, onder verwijzing naar het in datzelfde nummer afgedrukte artikel 'Een onderzoek naar het gebruik van minor tranquilizers'.¹⁹ Ofschoon methodiek en weergave van de onderzoeksresultaten niet geheel deugden, voldeed dit onderzoek, anders dan het gemiddelde geneesmiddelenonderzoek, aan het voor de redactie belangrijkste plaatsingscriterium:

Het onderwerp en de inhoud behoren enigerlei relatie te onderhouden met het doel van huisarts en wetenschap, te weten bij te dragen

aan de professionalisering van de huisartsgeneeskunde en het naar voren brengen van bepaalde aspecten daarvan.²⁰

Er werd bovendien 'een heel belangrijk aspect van de huisartsgeneeskunde [in] aangesneden – het geneesmiddelengebruik [en] het voorschrijfgedrag van de huisarts'. Het afscheid van geneesmiddelenonderzoek betekende derhalve een begroeting van bijdragen die 'het inzicht in de motieven tot en de vormen van geneesmiddelengebruik' verhelderden.^{2,20}

Lamberts' twee redactionele artikelen markeerden het einde van een periode die begon met de poging tot medisch-farmaceutische voorlichting, gevolgd door een poging de huisarts bij het geneesmiddelenonderzoek te betrekken. Daaraan hadden, zoals H.A. Nolet in 1982 memoreerde, aanvankelijk veel vooraanstaande huisartsen gehoor gegeven, maar onderzoek bleek niet eenvoudig vooral omdat zij onvoldoende bekend waren met methodologie en tevens het noodzakelijke doorzettingsvermogen onderschatten.¹⁹ Deze pogingen hadden echter ook duidelijk gemaakt dat het toenemende geneesmiddelengebruik als een groot probleem werd gezien – wat overigens de gelijktijdige alarmkreten over de therapieontrouw van patiënten een enigszins vreemde klank geeft.²¹ Niet voor niets droeg een stuk uit 1977 over 'Huisarts en Geneesmiddelengebruik' de ondertitel: 'Nog steeds een bittere pil voor de eerste lijn'. Het door Nijdam gesignaleerde 'teveel' was een algemeen gedeelde opvatting geworden. Men gaf te veel geld uit aan geneesmiddelen en men slikte te veel. De patiënt had onvoldoende kritisch vermogen en therapietrouw (sic!), en de huisarts zou betere behandelingsmogelijkheden moeten hebben dan louter het schrijven van een simpel recept: laatstgenoemde zou het eigen voorschrijfgedrag eens kritischer moeten bekijken.²² Weinig voorschrijven en de patiënt zoveel mogelijk uit het medisch circuit weghouden was de huisartsgeneeskundige norm geworden.²³ Maar als de huisarts dan iets had voorgeschreven, moest de patiënt zich daar wel aan houden.

Medicatie en medicalisering

Al deze overpeinzingen over het voorschrijfgedrag hielden ondertussen weinig rekening met één historisch gegeven: 'de pil'. Artsen schreven dit anticonceptiemiddel binnen korte tijd na de introductie algemeen voor, al brachten veel katholieke artsen dat officieel onder de noemer 'vermindering van menstruatieklasten'. Zo werkte de huisarts zelf de veelgemaakte medicalisering weer in de hand. Hilde de Jong van het Vrouwengezondheidscentrum Utrecht kapittelde redacteur Frans Meijman nadat deze de centrale rol van de huisarts in het succesverhaal van de pil had geprezen.²⁴ De Jong benadrukte dat het vrouwen waren geweest, niet artsen, die altijd al hadden aangedrongen op goede methoden ter voorkoming van ongewenste zwangerschap, en wees erop dat veel vrouwen helemaal geen pil wilden. Vrouwen zaten echter aan de pil vast omdat artsen hun centrale rol niet wilden opgeven en daarom chemisch spul bleven voorschrijven in plaats van alternatieven, zoals het pessarium: 'Dat is pas "ontmedicaliseren"'.²⁵ Maar de pil was niet het belangrijkste voorbeeld van de schaduw-

zijde van medicatie. Dat waren de psychofarmaca, met name de benzodiazepinen, die artsen vaak bleken voor te schrijven zonder dat zij contact met de patiënt hadden gehad. Van 'een goede medicatiebewaking' was dan geen sprake.²⁶ De kritiek was dat deze middelen alleen symptomen bestreden en niet de veelal psychische of sociale oorzaken. Een ingezondenbrievenschrijver sloot af met de woorden: 'Wellicht is [Gerda B.] onder invloed van een handje Rohypnol en Valium vanavond toch al weer in staat om zich te prostitueren. Het leed is gedempt'.^{27,28}

Het begon erop te lijken dat de sinds de jaren vijftig gegroeide aandacht voor niet alleen het soma maar ook de psyche van de patiënt niet louter voordelen had. De toegenomen aandacht betekende immers ook toegenomen zorg, in beide betekenissen van het woord, en die bleek te kunnen uitmonden in onvoldoende doordachte vermeerdering van medicatie.

De angst dat psychofarmaca al te makkelijk werden voorgeschreven – Nederland behoorde in internationaal verband overigens niet tot de grootverbruikers, al waren er regionaal grote verschillen –²⁹⁻³¹ werd eind jaren tachtig min of meer bevestigd door het Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). De huisarts schreef één op de drie patiënten met klachten van psychologische aard – lastige patiënten met wie 'eigenlijk niets mis is' – psychofarmaca voor, en bij de helft van hen was dat de enige vorm van behandeling. Het NIVEL had de indruk dat 'soms door het voorschrijven van medicatie een gesprek uit de weg werd gegaan'.³² De NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen poogde paal en perk te stellen aan deze praktijk, en riep de computer, die niet lang tevoren zijn intrede had gedaan, te hulp om een vinger aan de pols te houden.^{31,33-35}

Tegengeluiden

Niet iedereen gaf zich zomaar gewonnen. Niet alle huisartsen zagen de zegeningen van de nieuwe tijd als nieuw of zelfs maar als zegeningen, en zij vonden de standaarden niet altijd een vooruitgang. De conclusies en aanbevelingen werden bijvoorbeeld herhaaldelijk aangevochten op grond van eigen praktijkervaringen. Vaak bleven artsen de hun vertrouwde middelen voorschrijven, ook als wetenschappelijk onderzoek ze als verouderd had aangemerkt. Fundamenteler echter was de kritiek op het probleem zelf. Was al die farmacologische rampspoed inderdaad zo rampspoedig?

In 1993 probeerde A.L.M. Lagro-Jansen in een artikel over benzodiazepinen het vooroordeel te ontcrachten dat de kalmerings-tabletten te lichtzinnig werden voorgeschreven, de problemen niet oplosten en vaak meer kwaad dan goed deden. De groep aan wie zij benzodiazepinen voorschreef beantwoordde volledig aan de kenmerken uit de literatuur: hoe ouder hoe meer, hoe lager opgeleid hoe meer, meer vrouwen dan mannen en drugsgebruikers kregen niets. De vraag was waarom dit zo was. Lagro-Jansens patiënten gebruikten de middelen vooral om psychische redenen: om te kunnen slapen, tegen de stress. En dit hing weer samen met maatschappelijke problemen: werkloosheid, laag inkomen, uitzichtloosheid. Moesten dergelijke middelen, zo concludeerde

zij, niet worden gezien als 'pleisters voor de wonden die een te harde samenleving maakt'? Mocht men die iemand ontzeggen alleen maar omdat ze de maatschappij zelf niet mooier maakten? Benzodiazepinen waren niet anders dan andere middelen: niet beter, maar ook niet slechter.³⁶

Ziekteevaluatie

Het ontkennen of bagatelliseren van het voorschrijfprobleem kreeg echter geen brede steun. En zeker niet waar het niet de benzodiazepinen betrof, maar de veel sterkere antidepressiva. Of artsen nu terughoudend voorschreven of niet, of Nederlanders internationaal nu weinig slikten of niet, of de standaard nu wel werkte of niet, rond 2000 was Nederland aan de antidepressiva. Die conclusie was onontkoombaar, althans volgens de auteurs van *Pillen en Psyche*, in 2002 besproken door Berend Terluin en Peter Lucassen. Sinds Zola was de medicalisering van de samenleving alleen maar toegenomen. Dat kwam onder andere omdat psychische aandoeningen weer meer in biologische termen werden beschreven: we zijn niet gek of zwak, maar ziek. En daartegen hebben we pilletjes. Anderzijds was het ook een gevolg van de devaluatie van zowel ziekte als geneesmiddel: steeds meer verschijnselen werden beschreven in termen van ziekte. Was een kind vroeger druk, nu had het ADHD. Vervolgens gingen steeds zwakkere vormen van zo'n verschijnsel onder het ziektebegrip vallen: een lichte dip noemde men nu al snel een depressie. Het voorschrijfgedrag devalueerde mee: artsen schreven geneesmiddelen die bedoeld waren voor zware aandoeningen steeds vaker ook voor bij lichtere aandoeningen, al dan niet onder druk van patiënten en media. Die verwelkomen immers, onder het dubieuze motto 'baat het niet, dan schaadt het niet', ieder nieuw middel al helemaal als wondermiddel. Schreef men methylfenidaat vroeger alleen voor aan kinderen die écht Altijd Druk, Héél Druk waren, nu verstrekte de arts het middel, al dan niet op aandringen van vermoeide tweeverdienende ouders, ook al aan kinderen die Soms Druk, Beetje Druk waren. Waarschuwende sceptici bleven erop wijzen dat zulke wondermiddelen helemaal geen wondermiddelen waren en bovendien vaak (veel) duurder waren dan oudere middelen, wat in combinatie met de genoemde devaluatie zorgwekkende financiële gevolgen kon hebben.³⁷ Tijd voor een discussie, meenden Terluin en Lucassen.³⁸

Die discussie had, in ieder geval op korte termijn, niet veel effect. In 2004 constateerden T. Spies, H. Mokkink, P. de Vries Robbé en R. Grol dat het aantal recepten voor antidepressiva nog altijd steeg, ook voor de minder ernstige klachten. De regels van de NHG-Standaard Depressie werden met voeten getreden.³⁹

Over bijwerkingen, therapieontrouw en wetenschappelijke bevindingen

In diezelfde tijd werd weer eens wetenschappelijk vastgesteld dat tot de helft van de patiënten niet de voorgeschreven hoeveelheid medicatie op de voorgeschreven tijden innam. De onderzoekers noemden het gebrek aan therapietrouw 'schokkend' – wat eerder een persoonlijke dan een wetenschappelijke uiting is, al zullen

ze vanuit het oogpunt van de arts wel gelijk hebben.⁴⁰ Is die therapieontrouw echter werkelijk zo onbegrijpelijk? De jarenlange – terechte – aandacht voor medicalisering en bijwerkingen levert voldoende argumenten om een recept niet klakkeloos op te volgen, zeker vanuit het oogpunt van de patiënt en al helemaal als blijkt dat de (huis)arts zélf zich bij het uitschrijven ervan niet aan de eigen standaarden houdt. Natuurlijk, veel patiënten schreeuwen om bepaalde middelen, zelfs tegen de zin van de arts in. Maar er zijn er ook die juist medicatieangstig zijn gemaakt, en daarvoor ligt de verklaring, evengoed als die voor het wél trouw innemen van de medicijnen, in ieder geval voor een deel bij de dokter zelf. Wie weet kan men – moet men zelfs – therapieontrouw ook positief interpreteren omdat, na de arts zelf, nu ook de patiënt bewust of onbewust het tij van de medicalisering probeert te keren. Het is echter de vraag of deze vorm van kritiek op de medicalisering de al zo lang door veel artsen bepleite kentering teweeg zal brengen. De hier beschreven geschiedenis van vijftig jaar geneesmiddelprescriptie laat immers zien dat geneesmiddelen vrijwel steeds met de nodige argwaan zijn bejegend, maar dat dat er eigenlijk nooit toe heeft geleid dat men minder is gaan voorschrijven, ook niet in tijden dat de vele, vaak zeer onprettige bijwerkingen volop in de aandacht stonden. Ook dit toont eens te meer dat de zogenaamd objectieve, waarde vrije wetenschap ten eerste door allerlei niet-wetenschappelijke zaken wordt beïnvloed en ten tweede niet altijd overeenkomstig haar resultaten naar de praktijk wordt vertaald.

Literatuur

- 1 Van der Meer P. Medicamenteuze therapie van reumatische gewrichtsaandoeningen. *Huisarts Wet* 1965;8:369-76.
- 2 Nolet HA. Huisarts en medicament in de mangel. *Huisarts Wet* 1982;25:495-8.
- 3 Frese H. De rubriek medisch-farmaceutische voorlichting. *Huisarts Wet* 1957;1:64.
- 4 Beek A. Klinisch Geneesmiddelenonderzoek T.N.O. *Huisarts Wet* 1958;2:237-9.
- 5 Vereecken JJThM. Over suggestief medicamenteuze therapie. *Huisarts Wet* 1962;5:370-2.
- 6 Facee Schaeffer L. Verborgen gevaren. *Huisarts Wet* 1965;8:138-41.
- 7 Nelemans FA. De preventie van misbruik van geneesmiddelen. *Huisarts Wet* 1966;9:178-80.
- 8 Nijdam SJ. Juist en onjuist gebruik van psychofarmaca. *Huisarts Wet* 1967;10:292-7.
- 9 Bruinsma W. Geneesmiddelen, bijwerkingen en het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen. *Huisarts Wet* 1972;15:167-9.
- 10 Zola IK. The medicalizing of society. *Huisarts Wet* 1971;14:229-30.
- 11 Zola IK. In the name of health and illness: On some socio-political consequences of medical influence. *Huisarts Wet* 1973;16:473-5.
- 12 Zola IK. The omnipresence of illness. *Huisarts Wet* 1973;16:427-9.
- 13 Bouma J, Mulder HC, Tijmstra TJ. Het gebruik van kalmerende middelen en slaapmiddelen in de gemeente Groningen. *Huisarts Wet* 1975;18:212-6.
- 14 Lamberts H, Wolgast NL. Huisarts en voorschrijfgedrag – een onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen. *Huisarts Wet* 1975;18:321-33.
- 15 Bakker FR. Medische rubriek: Goede plaats voor ontmedicalisering. *Huisarts Wet* 1977;20:214-6.
- 16 Abbink CA, Brouwer HA, Huygen RFC, Harmsen HH, Jansen JD. De commissie ter uniformering van receptuur te Hoogeveen en omstreken. *Huisarts Wet* 1977;20:446-8.
- 17 Fransman LG, Sigling HO, Weisz FH. Een vergelijkend dubbelblind onderzoek met Mandrax en nitrazepam (Mogadon) in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 1972;15:301 e.v.
- 18 Lamberts H. Huisarts en geneesmiddelenonderzoek: een afscheid. *Huisarts Wet* 1972;15:300-1.
- 19 Booy RH, Koperberg IP, Lusse H, Zelvelder WG. Een onderzoek naar het gebruik van minor tranquillizers. *Huisarts Wet* 1973;16:291-4.
- 20 Lamberts H. Huisarts en geneesmiddelengebruik: een welkom. *Huisarts Wet* 1973;16:289-90.
- 21 Van Meurs JJW, Verbeek-Heida PM. Compliantie bij antibiotica. *Huisarts Wet* 1987;30:67-9.
- 22 Lamberts H, Riphagen FE, Lancée FJ. Huisarts en geneesmiddelengebruik. *Huisarts Wet* 1977;20:514-8.
- 23 Bensing J, De Groot J, Zaat J. Kijken naar onderzoek. *Huisarts Wet* 1980;23:143-9.
- 24 Meijman F. Anticonceptiebegeleiding door huisartsen. *Huisarts Wet* 1986;29(supplement Preventie):10-4.
- 25 De Jong H. Anticonceptie en medicalisering. *Huisarts Wet* 1987;30:86.
- 26 Plagge HWM, Vissers FHJA, Pouls K, De Geus CA. Het voorschrijven van geneesmiddelen zonder arts-patiënt contact. *Huisarts Wet* 1988;31:120-3.
- 27 Ingenhoven T. Rohypnol 1. *Huisarts Wet* 1987;30:157-8.
- 28 Roorda PA. Rohypnol 2. *Huisarts Wet* 1987;30:158.
- 29 Van de Poel GT, Wicherink SC, Van der Does E. Het 'medicijnenpakket' van de huisarts. *Huisarts Wet* 1990;33:145-7.
- 30 Gill K. Implementaties van technologische en wetenschappelijke vernieuwingen. *Huisarts Wet* 1991;34:146-8.
- 31 De Melker RA, Kuyvenhoven MM, Van der V. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 1993;36:7-10.
- 32 Jol A, Verhaak PFM. Psychische en sociale klachten: gespreksvoering of psychofarmaca? *Huisarts Wet* 1989;32:89-95.
- 33 Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ, Springer MP, Bonsema K, Dijkstra RH, et al. Slapeloosheid en slaapmiddelen. NHG-Standaard. *Huisarts Wet* 1992;35:212-9.
- 34 Van der Ree CM, Ruben BA, Mookink HGA, Post D, Gubbels JW. Een onderzoek naar vormen van voorschrijven in tien huisartsenpraktijken. *Huisarts Wet* 1993;36:91-5.
- 35 Ingenhut MJE, Veenhof LJG. Medicatiebewaking in een huisartsinformatiesysteem. *Huisarts Wet* 1994;37:439-41.
- 36 Lagro-Jansen ALM. Benzodiazepinen en de gemoedsrust van de huisarts. *Huisarts Wet* 1993;36:402-4.
- 37 Van der Werf GTH, Haaijer-Ruskamp FM. Wil het juiste antidepressivum ontstaan? *Huisarts Wet* 1995;38:294-5.
- 38 Terluin B, Lucassen P. Nederland massaal aan de psychofarmaca. *Huisarts Wet* 2002;45:628-9.
- 39 Spies T, Mookink HGA, De Vries Robbé P, Grol RPTM. Huisarts kiest vaak voor antidepressiva onafhankelijk van de ernst van de depressie. *Huisarts Wet* 2004;47:364-7.
- 40 Van Driel M, De Maeseneer J. Altijd trouw. *Huisarts Wet* 2004;47:385-6.