

α

5236

De dokter als variabele

Als iemand zijn huisarts raadpleegt kan hem van alles te wachten staan, onder andere het voorschrijven van een recept. Het blijkt echter dat er grote verschillen bestaan in de mate waarin dat gebeurt. In dit nummer van Medisch Contact doet D. Post verslag van een onderzoek dat hij bij 84 huisartsen heeft gedaan naar hun prescriptiegedrag (blz. 1125). Er bleken wat dit betreft grote verschillen tussen huisartsen te bestaan. Zo schrijft de ene huisarts vijfmaal zoveel benzodiazepines voor als de andere. Zeer indrukwekkend is de bevinding dat bij het voorschrijven van antibiotica de hoogste voorschrijver 23 maal zoveel recepten met antibiotica uitschreef als de laagste voorschrijver. Deze verschillen doen zich niet alleen in Nederland voor. Uit een Engels onderzoek blijkt¹, dat de hoogste voorschrijvers tweemaal zoveel psychotrope geneesmiddelen voorschrijven als de laagste voorschrijvers en in het geval van de herhalingsrecepten tienmaal zoveel.

Verschillen van een dergelijke orde moeten ons te denken geven. Het is buiten alle proporties ervan uit te gaan dat in de ene huisartspraktijk tientallen malen meer infecties voorkomen dan in de andere. Evenmin zal het aantal patiënten met psychische klachten zó verschillen als de verschillen in voorschrijfgedrag op het eerste oog doen veronderstellen.

Een werkgroep sociale farmacologie van de Rijksuniversiteit Groningen heeft onderzoek gedaan naar de factoren die het voorschrijfgedrag van huisartsen kunnen verklaren². Het blijkt dat hiervoor zowel medische als niet-medische verklaringen zijn. Het kleinste deel van de variantie in zowel het prescriptievolume als de prescriptiekosten wordt bepaald door de in de praktijk aanwezige morbiditeit, in dit geval uitgedrukt in het percentage bejaarden in de praktijk. Onder de niet-medische variabelen spelen kenmerken van de voorschrijvende arts een belangrijke rol. Het aantal recepten wordt bepaald door de geneigdheid van de arts om voor te schrijven, het aantal contacten per verzekerde en de geneigdheid om handelend op te treden; de kosten staan in verband met de leeftijd van de arts en diens houding tegenover het voorschrijven van geneesmiddelen in ambigue situaties, dat wil zeg-

J. C. van Es

Kwaliteitsverbetering
hand in hand met
kostenbeheersing

gen daar waar ook een niet-medicamenteuze behandeling mogelijk is.

Post voert in zijn artikel een warm pleidooi voor een snelle totstandkoming van farmacotherapeutische werkgroepen. Hij kan daarvoor argumenten vinden bij een reeds tien jaar oud Hoogeveens experiment, dat onlangs door Reenders in Medisch Contact is beschreven³: samenwerking van huisartsen en apothekers in een farmacotherapeutische werkgroep avant la lettre. Belangrijk is de bevinding daar, dat de lagere kosten van de farmaceutische hulp voor bijna honderd procent konden worden toegeschreven aan een kleiner aantal afleveringen, hetgeen erop duidt dat vaker wordt beslist dat een of andere vorm van medicatie niet nodig is. Het is gewettigd het vermoeden te uiten dat het overleg in de groep ertoe heeft geleid het inzicht in eigen handelen te vergroten. Daarbij moet echter niet uit het oog worden verloren dat de medewerking aan de werkgroep geheel op vrijwillige basis plaatsvond; dit verklaart ook dat apothekers enthousiast meewerkten, ondanks het feit dat dit hun inkomen aantastte.

Zo'n positieve instelling mag te loven zijn, bij een structurele invoering van dergelijke commissies mag hierop niet altijd worden gerekend. De financiële voordelen van een dergelijk systeem zijn belangrijk, maar de kwaliteitsverbetering van het werk van huisartsen is minstens zo belangrijk. Reenders meldt dat in Hoogeveen wordt gewerkt met een beperkt aantal standaardrecepten. De voordelen daarvan zijn evident: een huisarts zal de werking en de bijwerkingen van een middel beter leren kennen en in de onderlinge waarneming is de voorgeschreven receptuur beter herkenbaar en kenbaar. Wel zal een huisarts in staat moeten zijn nieuwe therapieën te assimileren en in zijn arsenaal op te nemen en verouderde therapieën te la-

ten vallen. Informatie en uitwisseling binnen farmacotherapeutische werkgroepen kunnen hier een continu, verantwoord proces van maken.

In feite is een farmacotherapeutische werkgroep een toetsingsmiddel. Toetsing is immers 'een systematische en kritische evaluatie van zijn eigen en elkaars wijze van hulp verlenen door een aantal collega's, met behulp van daartoe opgestelde normen of criteria en met de bedoeling de feitelijke huisartsgeneeskundige zorg meer in overeenstemming met de normen te brengen'⁴. Gezien het object betreft het de toetsing van de farmacotherapie, een goed omschreven handeling, die uitstekend is te objectiveren en in maat en getal kan worden vastgelegd. Onderlinge toetsing van huisartsen staat momenteel ter discussie en is ook onderwerp van enkele experimenten. Grol en Mesker laten in Huisarts en Wetenschap zien⁴, dat zelfs bij vrijwillige deelname onderlinge toetsing het gevoel te worden bedreigd kan teweegbrengen; waar normen voor het handelen door anderen werden vastgesteld, dus niet door de groepsleden zelf, bleken laatstgenoemden daar veel moeite mee te hebben. Het is niet onwaarschijnlijk dat bij een verplichte deelname aan toetsing negatieve gevoelens kunnen worden verstrekt. Bij de opzet van farmacotherapeutische werkgroepen ligt dit echter geheel anders: de normen worden in gezamenlijk overleg vastgesteld. Als ergens een begin kan worden gemaakt met intercollegiale toetsing met een grote kans op slagen, is het wel op het gebied van de farmacotherapie. ■

1. Fleming DM, Cross KW. Psychotropic drug prescribing. J Royall Coll Gen Pract (1984), 34: 216-20.

2. Haaijer-Ruskamp FM. Prescriptie in het geding. Werkgroep sociale farmacologie Rijksuniversiteit Groningen, 1982.

3. Reenders K. Samenvatting tussen huisartsen en apothekers. Medisch Contact 1984; 39: 757-60.

4. Grol R, Mesker P. Bewustwording en verandering door onderlinge toetsing. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 270-4.