

Doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen



Marloes Dankers, Marjorie Nelissen-Vrancken, Aukje Mantel-Teeuwisse en Liset van Dijk

Dr. M. Dankers, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik, onderzoeker Rijksuniversiteit Groningen

Dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken, apotheker Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Prof. dr. A. Mantel-Teeuwisse, hoogleraar Farmacie en Internationaal Gezondheidsbeleid Universiteit Utrecht

Prof. dr. L. van Dijk, programmaleider Farmaceutische Zorg Nivel, bijzonder hoogleraar Farmaceutisch zorgonderzoek Rijksuniversiteit Groningen

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- kun je beschrijven hoe nieuwe geneesmiddelen beschikbaar komen op de markt;
- kun je uitleggen waarom doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen van belang is;
- kun je factoren benoemen die het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen beïnvloeden;
- kun je beïnvloedingsstrategieën vanuit de farmaceutische industrie herkennen;
- heb je een visie ontwikkeld over hoe je als zorgverlener kunt bijdragen aan doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen.

Samenvatting

Elk jaar komen er nieuwe geneesmiddelen beschikbaar op de Nederlandse markt. Nieuwe middelen kunnen bijdragen aan betere kwaliteit van leven van patiënten. Ze kunnen echter ook nadelen hebben, zoals onbekende lange-termijnveiligheid en vaak hogere kosten. Het doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen is daarom belangrijk. Er zijn grote verschillen tussen voorschrijvers in het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen. Patiënten en praktijkkenmerken kunnen deze verschillen vaak niet goed verklaren. De persoonlijke houding van voorschrijvers ten opzichte van nieuwe geneesmiddelen speelt een belangrijke rol in het besluit om nieuwe middelen wel of niet voor te schrijven. De farmaceutische industrie probeert deze houding met een veelheid aan strategieën te beïnvloeden. Goede informatie over de toegevoegde waarde van nieuwe geneesmiddelen, discussie tussen zorgverleners over hun eigen voorkeuren en keuzes en alertheid op beïnvloeding door de farmaceutische industrie kunnen bijdragen aan het doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen.

Inleiding

Jaarlijks komen er nieuwe geneesmiddelen op de markt. In 2021 kregen in Europa 92 nieuwe geneesmiddelen een positief advies van het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA), waarvan 54 een daadwerkelijke nieuwe werkzame stof hadden. De overige middelen waren bijvoorbeeld generieke geneesmiddelen, indicatieuitbreidingen van bestaande middelen of andere formuleringen van bestaande werkzame stoffen.¹ Het belang van nieuwe geneesmiddelen is groot: ze kunnen bijdragen aan de behandeling van voorheen onbehandelbare aandoeningen en bijdragen aan minder sterfte en toename van kwaliteit van leven.^{2,3} Aan de andere

kant kan het gebruik van nieuwe geneesmiddelen ook nadelen opleveren. Vooral de langetermijnveiligheid is een discussiepunt.⁴⁻⁶

Nieuwe geneesmiddelen – effectiviteit en veiligheid

Het belang van nieuwe middelen is tijdens de coronapandemie opnieuw gebleken: de nieuw ontwikkelde coronavaccins hebben naar verwachting in het eerste jaar wereldwijd bijna 20 miljoen levens gered.⁷

Tegelijkertijd staat ook de keerzijde van nieuwe geneesmiddelen in het geheugen gegrift van veel zorgverleners en beleidsmakers op het gebied van farmaceutische zorg. Casussen als rofecoxib (Vioxx®), rosiglitazon (Avandia®) en thalidomide (Softenon®) hebben in grote mate bijgedragen aan de alertheid op de (langetermijn) veiligheid van nieuwe geneesmiddelen.

Een ander potentieel nadelig effect van nieuwe geneesmiddelen zijn de kosten. Nieuwe middelen zijn vaak duurder dan al beschikbare geneesmiddelen en hebben daarom een grote impact op het farmaceutische zorgbudget.^{8,9} In 2022 bedroegen de (vergoede) kosten in Nederland voor alle geneesmiddelen die in de periode 2012-2022 op de markt zijn gekomen meer dan een miljard euro.¹⁰

Doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen is daarom van belang: zowel voor de kwaliteit van zorg als voor de betaalbaarheid. Het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen vraagt dus om een goede afweging van zorgverleners. In dit artikel bespreken we achtereenvolgens:

- hoe nieuwe geneesmiddelen beschikbaar komen;
- verschillen tussen voorschrijvers in het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen;
- welke factoren het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen beïnvloeden;
- hoe je als zorgverlener kunt bijdragen aan doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen.

De focus in dit artikel ligt op nieuwe geneesmiddelen met een potentieel grote patiëntengroep waar veel zorgverleners mee geconfronteerd worden, dus niet op de dure geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen.

Beschikbaar komen van nieuwe geneesmiddelen

Nieuwe geneesmiddelen moeten een heel traject van beoordelingen doorlopen voordat iemand ze kan voorschrijven. De beoordeling start bij de registratieautoriteit (in Europa het European Medicines Agency; EMA) die beoordeelt of een geneesmiddel op de markt mag komen. De belangrijkste aspecten bij deze beoordeling zijn de kwaliteit van het geneesmiddel en de balans tussen de effectiviteit en de veiligheid.¹

Beoordeling effectiviteit/veiligheid

Voor een zo objectief mogelijke beoordeling van de balans effectiviteit/veiligheid van nieuwe geneesmiddelen is het allereerst belangrijk om duidelijke spelregels af te spreken voor de beoordeling. Die spelregels moeten bepalen waarop een geneesmiddel beoordeeld wordt, en wanneer een effect als ‘goed genoeg’ wordt gezien. De eerste stap is dan ook om afspraken te maken over de eindpunten voor de beoordeling. Hierbij kan een verschillend belang toegekend worden aan harde uitkomstmaten voor effectiviteit (bijvoorbeeld mortaliteit), surrogaat-eindpunten (bijvoorbeeld HbA1c in het geval van geneesmiddelen bij diabetes mellitus), veiligheidsuitkomsten (bijvoorbeeld bijwerkingen) en Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) (bijvoorbeeld kwaliteit van leven). De volgende stap is het beoordelen van de effectgrootte op deze uitkomstmaten. Het gebruik van statistische significantie is wijdverbreid om een toevalsbevinding zoveel mogelijk uit te sluiten. Statistische significantie zegt echter niets over de klinische relevantie van een bepaald effect. Voor het vaststellen van de klinische relevantie kunnen Minimal Clinically Important Differences (MCID's) gebruikt worden. MCID's zijn afkapwaarden voor klinische relevantie. De aandacht voor klinische relevantie bij de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen neemt steeds meer toe, al zijn er nog aanzienlijke verschillen tussen therapeutische gebieden.

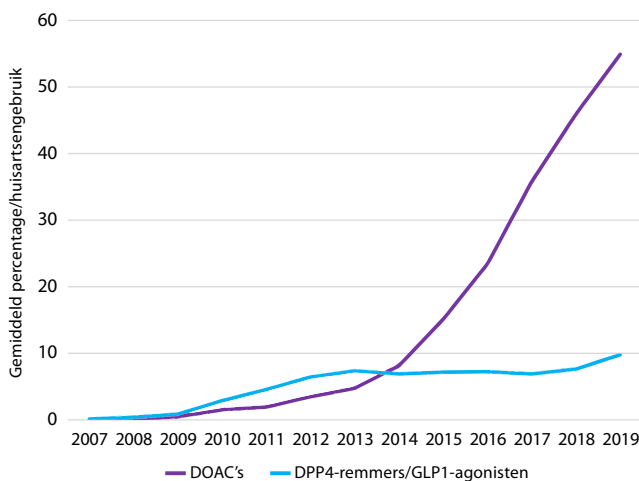
Na registratie volgt vaak een beoordeling van de vergoeding, in Nederland uitgevoerd door Zorginstituut Nederland. Hier wordt opnieuw gekeken naar de effectiviteit/veiligheid en wordt aanvullend de kosteneffectiviteit en maatschappelijke impact van een nieuw geneesmiddel meegenomen.^{11,12} Vaak beoordeelt vervolgens een beroeps- of professionele organisatie of een nieuw geneesmiddel in de richtlijn(en) komt. Naast de balans effectiviteit/veiligheid en de kosteneffectiviteit speelt dan vooral de vraag wat de toegevoegde waarde is van het nieuwe middel ten opzichte van al beschikbare behandelingen.¹³

Los van alle officiële beoordelingen maakt een voorschrijver uiteraard zijn of haar eigen afweging, waarbij de voorgaande beoordelingsdomeinen (kwaliteit, effectiviteit/veiligheid, kosteneffectiviteit, toegevoegde waarde) aangevuld worden met de vraag of een nieuw geneesmiddel de beste optie is voor een individuele patiënt. De beoordeling van de zorgverlener zelf hoeft niet noodzakelijkerwijs overeen te komen met de beoordeling van de instanties. Zorgverleners kunnen het begrip ‘klinische relevantie’ bijvoorbeeld anders uitleggen dan beoordelingsinstanties doen. In twee verschillende onderzoeken hebben we aangetoond dat zorgverleners in het algemeen striktere criteria hanteren om de klinische relevantie van nieuwe geneesmiddelen voor respectievelijk chronische obstructieve longziekte (COPD) en diabetes

mellitus type 2 (DM2) vast te stellen dan het EMA en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).^{14,15} Dat betekent dat een geneesmiddel dat officiële instanties als ‘klinisch relevant’ bestempelen, dat niet per definitie ook is in de ogen van een zorgverlener. Dit kan te maken hebben met het gegeven dat instanties vooral beoordelen op het niveau van de hele populatie, terwijl een zorgverlener een afweging maakt voor een individu.^{16,17}

Voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen

Er bestaat geen ‘generiek’ voorschrijfpatroon van nieuwe geneesmiddelen. De snelheid waarmee nieuwe middelen worden voorgeschreven, verschilt per type middel. In figuur 1 staat het voorschrijven van twee groepen nieuwe geneesmiddelen in Nederland in de tijd weergegeven: de directwerkende orale anticoagulantia (DOAC's) en de bloedglucoseverlagende middelen dipeptidyl-peptidase-4-remmers (DPP4-remmers) en glucagon-like peptide-1-agonisten (GLP1-agonisten). Te zien is dat het voorschrijven van beide groepen middelen heel andere patronen kent. De DOAC's werden in de eerste jaren na introductie mondjesmaat voorgeschreven. Vanaf 2014 neemt het voorschrijven echter snel toe. Voor de nieuwe bloedglucoseverlagende middelen (DPP4-remmers en GLP1-agonisten) geldt juist dat het voorschrijven in de eerste jaren een gestage toename kende. Vanaf 2013 blijft het voorschrijven lang stabiel, om pas in 2018 weer toe te nemen.



Figuur 1 Voorschrijfpatronen van DOAC's en DPP4-remmers/GLP1-agonisten in de tijd. Op de y-as staat het gemiddelde percentage voorschriften in een huisartsenpraktijk. Voor de DOAC's is het percentage patiënten met een recept voor een DOAC bepaald ten opzichte van het aantal patiënten met een recept voor een DOAC of vitamine K-antagonist (VKA). Voor de DPP4-remmers en GLP1-agonisten is het aantal patiënten met een voorschrift bepaald ten opzichte van het totaal aantal patiënten met een voorschrift voor een bloedglucoseverlagend middel (exclusief insuline). De analyse is uitgevoerd met data van Nivel Zorgregistraties en is gebaseerd op een aantal van 46-363 praktijken en 2.912 – 64.959 patiënten per jaar.¹⁸

In het algemeen zijn Nederlandse voorschrijvers relatief terughoudend met het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen, in vergelijking met voorschrijvers uit andere landen. Mogelijke oorzaken zijn onder andere een al goed functionerend zorgsysteem waardoor er beperkte noodzaak is voor nieuwe geneesmiddelen, een relatief lange periode tussen registratie en vergoeding, een goed functionerend systeem van richtlijnen en meerdere initiatieven gericht op het doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen.¹⁹⁻²⁴ Er zijn in Nederland echter ook uitzonderingen op het terughoudende voorschrijfgedrag bij nieuwe geneesmiddelen. In het oog springen nieuwe insulines, die ondanks negatieve richtlijnadviezen veel worden voorgeschreven. In 2018, 3-5 jaar na introductie van insuline glargine 300 E/ml en insuline degludec, waren beide insulines goed voor ongeveer een kwart van alle insulinevoorschriften uit huisartsenpraktijken.²⁵

Niet alle zorgverleners omarmen nieuwe geneesmiddelen tegelijk. Er zijn grote verschillen tussen zorgverleners in het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen. Brits onderzoek heeft aangetoond dat 42% van de voorschriften voor nieuwe geneesmiddelen afkomstig was van slechts 10% van de huisartsen.²⁶ De verschillen in snelheid waarin voorschrijvers nieuwe geneesmiddelen gaan voorschrijven, zien we ook terug in Nederland. Zoals eerder genoemd, geldt voor de nieuwe insulines dat gemiddeld 25% van de insulinercepten een nieuw insuline betreft. De verschillen zijn echter groot: het percentage voorschriften varieert tussen de 0 en 80%, afhankelijk van de huisartsenpraktijk.²⁵ Ook bij het voorschrijven van DOAC's en nieuwe bloedglucoseverlagende middelen (DPP4-remmers en GLP1-agonisten) zijn de verschillen groot, voornamelijk in de eerste jaren nadat de middelen beschikbaar komen. De variatie tussen praktijken neemt af in de loop van de tijd, vooral als er richtlijnen verschijnen die een uitspraak doen over de nieuwe middelen.¹⁸

De grote verschillen tussen de praktijken in het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen kunnen niet zondermeer verklaard worden door verschillen in patiënt- en praktijkkenmerken. Mannen en jongere patiënten hebben over het algemeen een grotere kans om een nieuw geneesmiddel te krijgen van hun (huis)arts dan vrouwen en oudere patiënten.^{15,27} De invloed van dergelijke patiëntfactoren op de keuze voor een nieuw middel is echter beperkt. Diverse onderzoeken naar de relatie tussen patiëntfactoren en voorschriften voor nieuwe geneesmiddelen tonen alleen zwakke verbanden aan. Hetzelfde geldt voor praktijkkenmerken. Factoren zoals locatie en grootte van de huisartsenpraktijk, sociaaleconomische status van de wijk waarin de praktijk zich bevindt en het percentage ouderen in de praktijk hebben ook weinig invloed op het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen.^{15, 27-30}

Factoren die het voorschrijven beïnvloeden

De vraag dringt zich op welke factoren dan wel bepalen of een voorschrijver snel nieuwe geneesmiddelen voorschrijft of niet. Het gedrag van voorschrijvers volgt het generieke innovatiemodel van Rogers, dat de snelheid van de verspreiding van innovaties binnen een groep beschrijft.³¹

Volgens de Innovatietheorie van Rogers bestaan er verschillende groepen die innovaties snel dan wel langzaam omarmen. Deze groepen kunnen verschillen per innovatie: iemand kan een voorloper zijn op de ene innovatie en een achterblijver op de andere.³¹ In onze onderzoeken zagen we dat dat ook voor voorschrijvers en nieuwe geneesmiddelen geldt. Het voorschrijven van nieuwe insulines hing samen met de keuze voor andere nieuwe bloedglucoseverlagende middelen (DPP4-remmers, GLP1-agonisten en natrium-glucose-cotransporter-2-remmers; SGLT2-remmers).²⁵ De voorlopers op het gebied van de DPP4-remmers en GLP1-agonisten waren echter weer anderen dan degenen die voorliepen met de DOAC's.¹⁸ Dit principe staat bekend als domeinspecifieke innovatie: voorlopers manifesteren zich op een bepaald (therapeutisch) gebied, maar zijn niet per definitie ook de voorlopers op andere gebieden.³²

Een veelheid aan factoren bepaalt of iemand een voorloper is in het accepteren van innovaties (of juist niet). De houding van een zorgverlener ten opzichte van nieuwe middelen blijkt hierin belangrijk te zijn. Specifiek voor de nieuwe insulines hebben we onderzocht wat de redenen van voorschrijvers zijn om deze nieuwe middelen voor te schrijven en daarmee de richtlijn niet te volgen. De redenen zijn ingedeeld in drie categorieën, onderverdeeld in argumenten op het domein van kennis (wel of niet op de hoogte zijn van de adviezen in de richtlijn), houding (wel of niet eens zijn met de adviezen in de richtlijn) en externe factoren die de keuze van de zorgverlener beïnvloeden. Voor de insulines voerden argumenten in de categorie 'houding' de boventoon. Zorgverleners waren het bijvoorbeeld niet eens met de overwegingen in de richtlijn of waren ervan overtuigd dat de aanbevolen insulines in de richtlijn minder goed werkten. Ook hadden ze goede ervaringen met de nieuwe insulines en speelde het innovatieve imago van de nieuwe insulines een rol. Er waren slechts enkele externe factoren die het voorschrijven van insulines beïnvloedden, zoals patiëntkenmerken die maakten dat een specifiek insuline niet geschikt was (bijvoorbeeld vanwege verminderde handfunctie), tegenstrijdige richtlijnen en het herhalen van voorschriften van andere zorgverleners. Zorgverleners noemden geen argumenten in het domein 'kennis'.³³ Ook in andere onderzoeken naar factoren die het voorschrijven van geneesmiddelen beïnvloeden, komt de houding vaak als belangrijkste bepalende factor naar voren.^{34,35}



Marketing

Het gevaar van argumenten in de categorie 'houding' is dat persoonlijke voorkeuren de overhand kunnen krijgen boven meer objectiveerbare, wetenschappelijke argumenten. Bovendien is de houding van zorgverleners beïnvloedbaar, niet in de laatste plaats door marketing vanuit de farmaceutische industrie. Marketing heeft aantoonbaar effect op het voorschrijfgedrag van zorgverleners. Marketingmaterialen, het ontvangen van artsenbezoekers, cadeaus vanuit de farmaceutische industrie en combinaties hiervan zijn allemaal geassocieerd met een positievere houding ten opzichte van nieuwe geneesmiddelen en het vaker voorschrijven hiervan.³⁶⁻⁴² Hoewel zorgverleners enerzijds zelf ook erkennen dat marketing vanuit de farmaceutische industrie hun voorschrijven beïnvloedt,³³ onderschatten ze het effect van marketing vaak. Hierbij speelt ook het 'third persons effect', de inschatting dat marketing anderen beïnvloedt, maar jou niet.⁴³

De farmaceutische industrie maakt gebruik van diverse, vaak subtiele, manieren om de houding ten opzichte van nieuwe geneesmiddelen te beïnvloeden. Zeven beïnvloedingsstrategieën zijn beschreven door Cialdini in het populaire boek *Influence – the psychology of persuasion*.⁴⁴ In een onderzoek naar 68 verschillende marketingmaterialen vanuit de farmaceutische industrie vonden we alle zeven beïnvloedingsstrategieën terug. Daarnaast vonden we nog één nieuwe beïnvloedingsstrategie.⁴⁵ De gevonden strategieën staan hieronder beschreven, op volgorde van frequentie.

Voor het onderzoek naar beïnvloedingsstrategieën in marketingmaterialen hebben 20 huisartsenpraktijken gedurende een maand (juni 2022) alle papieren marketingmaterialen verzameld die ze per post ontvingen van de farmaceutische industrie. Dit leverde 68 verschillende marketingmaterialen op. Alle materialen zijn beoordeeld door onderzoekers met farmaceutische en marketingervaring.⁴⁵

Sympathie/gunnen

Bij de strategie 'sympathie/gunnen' probeert de farmaceutische industrie sympathie op te roepen voor hun geneesmiddel of bedrijf. De aardige artsbezoeker is een bekend voorbeeld van deze strategie: voor wie aardig is, zijn we geneigd meer te doen. De strategie van sympathie/gunnen komt ook terug in papieren marketingmaterialen. Hierbij portretteert de farmaceutische industrie bijvoorbeeld vriendelijke of hulpbehoevende patiënten met als doel om sympathie op te roepen voor hun product en de lezer te overtuigen het nieuwe geneesmiddel voor te schrijven. Sympathie/gunnen was de meest voorkomende beïnvloedingsstrategie in de verzamelde materialen: in bijna twee derde van de materialen kwam dit terug.

Emotionele druk

In de marketingmaterialen vonden we één nieuwe strategie die niet beschreven is in het model van Cialdini.⁴⁴ Het ging hierbij om het uitoefenen van emotionele druk om het nieuwe geneesmiddel te kiezen. In ongeveer een derde van alle marketingmaterialen kwam deze strategie voor. De focus ligt hierbij op het schuldgevoel/verantwoordelijkheidsgevoel van een voorschrijver om de patiënt te helpen. Koppen als 'Help uw patiënt om...' en 'Dankzij de bescherming die u uw patiënten biedt' spreken de voorschrijver direct aan op zijn/haar (professionele) verantwoordelijkheid en creëren het beeld dat voorschrijvers een patiënt tekortdoen als zij het nieuwe geneesmiddel niet voorschrijven.

Autoriteit

De strategie 'autoriteit' maakt gebruik van instanties of personen met zeggingskracht om een geneesmiddel aan te prijzen. Bekend is het gebruik van 'Key Opinion Leaders' (KOL'len): medische professionals met expertise op een bepaald vakgebied en een grote invloed op andere voorschrijvers. In gedrukte marketingmaterialen komt deze strategie voornamelijk terug door verwijzingen naar geloofwaardige instanties (zoals registratie-autoriteiten, richtlijnmakers) en voorschrijvers met expertise op het therapeutische gebied van het nieuwe geneesmiddel. De strategie autoriteit kwam voor in ongeveer 30% van de materialen.

Sociaal bewijs

Bij sociaal bewijs gaat het om het volgen van wat anderen doen. Deze strategie, gevonden in 18% van de materialen, maakt vaak gebruik van reviews en beoordelingen van anderen. Vaak wordt hier het gedrag van andere voorschrijvers aangehaald door te benadrukken hoe vaak een specifiek middel al is voorgeschreven.

Meest voorgeschreven?

Het belang van de strategie 'sociaal bewijs' bleek uit een opmerkelijke vondst in de 68 onderzochte marketingmaterialen. Zowel advertenties voor apixaban als rivaroxaban claimden de populairste DOAC te zijn in Nederland. Advertenties over rivaroxaban spraken over 'meest voorgeschreven DOAC in Nederland' en advertenties over apixaban van 'in recepten de meest voorgeschreven DOAC in Nederland'.

Wie heeft er gelijk? Strikt gezien klopt het beide. Op basis van het aantal gebruikers is rivaroxaban de meest gebruikte DOAC in Nederland in 2021. Op basis van het aantal uitgiftes is apixaban het meest gebruikt.¹⁰ De oorzaak is waarschijnlijk dat apixaban relatief vaker aan ouderen wordt voorgeschreven en daarmee vaker als medicatie op rol wordt uitgegeven. Medicijnen op rol worden wekelijks uitgegeven, terwijl een los medicijn-dosje meestal driemaandelijks wordt verstrekt. Dat verklaart het verschil tussen aantal gebruikers en uitgiftes.

Eenheid

De strategie eenheid gaat uit van het oproepen van een gedeelde identiteit. Voor mensen/partijen met wie we ons verbonden voelen, zijn we bereid meer te doen. De farmaceutische industrie maakt gebruik van deze strategie door zichzelf aan de kant van de voorschrijver te scharen en uit te stralen dat industrie en voorschrijver samen het beste voor de patiënt willen. In 15% van de verzamelde materialen kwam deze strategie voor.

Schaarste

In ongeveer 13% van de materialen identificeerden we de strategie schaarste. Schaarste creëert urgentie om snel te handelen: zeldzame producten hebben aantrekkingskracht op gebruikers. De farmaceutische industrie maakt gebruik van deze strategie door te benadrukken dat een specifiek nieuw geneesmiddel uniek is. De termen 'eerste en enige' worden in marketingmaterialen vaak gebruikt en creëren een gevoel van urgentie om dit geneesmiddel te kiezen.

Wederkerigheid

Wederkerigheid beschrijft het fenomeen dat men vanuit schuldgevoel iets terug wil doen voor iemand. Vaak is er een ongeschreven regel dat een gift met een tegengift beantwoord dient te worden. In het kader van farmaceutische marketingmaterialen zijn dit bijvoorbeeld uitgedeelde pennen op congressen/artsenbezoek, gratis nascholingen, dummy-inhalatoren of -injectiepenen. De 'grootte' van de gift speelt hierbij slechts een beperkte rol, het gaat om alles wat ervaren

kan worden als een cadeau. Ook accreditatiepunten bij een gratis nascholing zijn een voorbeeld van een cadeau, waarbij (bewust of onbewust) het gevoel ontstaat in het krijt te staan. Wederkerigheid kwam voor in 12% van de materialen.

Consistentie/commitment

Mensen willen consistent zijn in hun gedrag en committeren zich aan hun eigen eerdere keuzes om betrouwbaar over te komen. De beïnvloedingsstrategie consistentie/commitment draait om het subtiel maar effectief aanmoedigen om acties te herhalen. 'Wie A zegt moet ook B zeggen.' In het kader van farmaceutische marketingmaterialen kan van deze strategie gebruikgemaakt worden door terug te blikken op gezamenlijk succes van de fabrikant en de voorschrijver. Vanuit deze strategie worden voorschrijvers herinnerd welke keuzes zij in het verleden maakten en zijn zij meer geneigd om dezelfde/ vergelijkbare keuzes opnieuw te maken. Bijvoorbeeld een artsbezoeker die een voorschrijver vraagt: 'Wilt u dit nieuwe middel bij twee patiënten uitproberen?' De stap om het middel daarna vaker te gaan voorschrijven is dan klein. In de marketingmaterialen was de strategie consistentie/commitment relatief zeldzaam: in 3% van de materialen vonden we deze strategie terug. Dit gebeurde door gebruik te maken van schijnbaar retorische vragen in marketingmaterialen. 'Wilt u ook het beste voor uw patiënt?' Als het antwoord daarop 'ja' is, is het lastig om vervolgens niet te kiezen voor het nieuwe geneesmiddel dat als de beste optie neergezet wordt.

Lessen voor de zorgverlener

Doelmatig gebruik van nieuwe geneesmiddelen is van belang, zowel voor de kwaliteit als betaalbaarheid van de farmaceutische zorg. Tegelijk spelen er allerlei mechanismen die het voor een zorgverlener lastig maken om op het juiste moment te kiezen voor een nieuw geneesmiddel (en op het juiste moment niet). Op grond van onze onderzoeken komen we tot drie adviezen voor zorgverleners:

1. Laat je goed informeren.

Baseer je bij de keuze voor nieuwe geneesmiddelen op goede onafhankelijke bronnen. Richtlijnen van beroepsgroepen zijn in Nederland een goede bron van informatie die aantoonbaar leiden tot doelmatig voorschrijven en betere kwaliteit van zorg. Voor nieuwe geneesmiddelen die nog niet in richtlijnen genoemd staan, bestaan er andere onafhankelijke bronnen zoals MedicijnBalans van het Instituut Verantwoord Medicijngebruik²³ en het Geneesmiddelenbulletin.²⁴ Blijf ook kritisch: de overwegingen van officiële instanties kunnen verschillen van de overwegingen in de dagelijkse praktijk waar individuele patiëntkenmerken een grote(re) rol spelen.

2. Ga in discussie.

Bespreek je voorschrijfbeleid en voorkeuren met andere zorgverleners, bijvoorbeeld in het farmacotherapieoverleg

(FTO). Omdat houding een belangrijke rol speelt bij het voorschrijven van geneesmiddelen is het belangrijk om je eigen voorkeuren en overtuigingen regelmatig te toetsen en te spiegelen. Interprofessioneel contact leent zich hier goed voor. Dergelijke gesprekken dragen bij aan het voorkómen van irreële verwachtingen van, of irreële angst voor, nieuwe geneesmiddelen. Intercollegiaal overleg en afstemming voorkomt ongewenste verschillen in voorschrijfgedrag.

3. Blijf alert op beïnvloeding door de farmaceutische industrie.

Beïnvloeding gebeurt subtiel, ook bij zorgverleners die denken dat ze zich niet laten beïnvloeden. Wees daarom alert op de manieren waarop de farmaceutische industrie de houding ten opzichte van nieuwe geneesmiddelen probeert te beïnvloeden en vermijd de contacten zoveel mogelijk.

Literatuur

- Dankers M, Nelissen-Vrancken MHJMG, Surminski SMK, et al. Healthcare professionals' preferred efficacy endpoints and minimal clinically important differences in the assessment of new medicines for chronic obstructive pulmonary disease. *Front Pharmacol* 2020;10:1519.
- Dankers M, Nelissen-Vrancken MHJMG, Hart BH, et al. Alignment between outcomes and minimal clinically important differences in the Dutch type 2 diabetes mellitus guideline and healthcare professionals' preferences. *Pharmacol Res Perspect* 2021;9(3):e00750.
- Dankers M, Hek K, Mantel-Teeuwisse AK, et al. Adoption of new medicines in primary care: A comparison between the uptake of new oral anticoagulants and diabetes medicines. *Br J Clin Pharmacol* 2023.
- Croonen H. Nieuwe geneesmiddelen: Nederland hekkensluis in Europa. *Medisch Contact*. 2 Jul 2014. Geraadpleegd van www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/nieuwe-geneesmiddelen-nederland-hekkensluis-in-europa.
- Van Dijk L, De Jong JD, Westert GP, et al. Variation in formulary adherence in general practice over time (2003-2007). *Fam Pract* 2011;28(6):624-31.
- Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Nieuwe geneesmiddelen - MedicijnBalans. Geraadpleegd van www.medicijngebruik.nl/nieuwe-geneesmiddelen. Updated 2022. Accessed April 15, 2022.
- Dankers M, Hek K, Nelissen-Vrancken M, et al. Newer long-acting insulin prescriptions for patients with type 2 diabetes: Prevalence and practice variation in a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2022;72(719):e430-e436.
- Dankers M, Van den Berk-Bulsink MJE, Van Dalfsen-Slingerland M, et al. Non-adherence to guideline recommendations for insulins: A qualitative study amongst primary care practitioners. *BMC Prim Care* 2022;23(1):150-5.
- Cialdini RB. Influence, new and expanded the psychology of persuasion. New York: Harper Business; 2021.
- Dankers M, Verlegh PWJ, Weber K, et al. Marketing of medicines in primary care: An analysis of direct marketing mailings and advertisements. *PLoS One*: 2023, 18(8), e0290603.

Liset van Dijk heeft financiering ontvangen van TEVA Pharmaceuticals en Biogen voor projecten niet gerelateerd aan dit artikel. De overige auteurs hebben geen relaties met de farmaceutische industrie.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.vakblad-DVS.nl.