

Reactie op: Voorspelbare fouten van huisartsen bij medische beslissingen

Bij het artikel “Voorspelbare fouten van huisartsen bij medische beslissingen” van Camacho, Donkers en Stremersch in ESB van 10 juni is een kanttekening over het keuzeproces van de arts op zijn plaats. Volgens het artikel zal een arts voordat hij een nieuw medicijn gaat voorschrijven, uit klinische studies informatie verzamelen over dat medicijn en informatie ontvangen van vertegenwoordigers van het farmaceutische bedrijf. Daardoor krijgt hij positieve verwachtingen over nieuwe geneesmiddelen, gaat kleinschalig voorschrijven en zal langzamerhand informatie over dit middel opbouwen. Een terugkoppelingsproces dat verstoord kan worden door negatieve ervaringen.

De praktijk in Nederland is dat nadat het geneesmiddel tot de markt is toegelaten er een plaatsbepaling plaatsvindt door onder andere de Commissie Farmacotherapeutische Hulp van het CVZ en de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen en specialisten. Deze wordt neergelegd in standaarden en richtlijnen voor goed voorschrijfgedrag. De nieuwe geneesmiddelen, de ervaringen ermee, en de richtlijnen worden besproken door huisartsen en apothekers. Het keuzeproces is voor huisartsen allang niet meer een eenzame aangelegenheid van de individuele beroepsbeoefenaar.

De schrijvers stellen verder dat huisartsen bij medische beslissingen te veel gewicht toekennen aan negatieve uitkomsten van eerdere behandelingen. Hierdoor loopt de invoering van nieuwe geneesmiddelen vertraging op en krijgen patiënten niet altijd de

beste zorg. Deze stelling wordt onderbouwd met het voorbeeld van de geneesmiddelen Seretide en Symbicort. Het later op de markt gekomen Symbicort had een lange tijd nodig voordat het een met Seretide vergelijkbaar marktaandeel had.

Seretide en Symbicort behoren tot dezelfde farmacotherapeutische klasse en worden bij dezelfde indicatie voorgeschreven, waardoor zij onderling vervangbaar zijn. Het gegeven dat Symbicort een langzame introductie kent, leidt niet tot fouten.

De belangrijkste kanttekening is dat de aanname dat het geschetste leermodel onderbouwd wordt door de langzame introductie van Symbicort, niet wordt aangetoond in het artikel. Het wordt niet duidelijk waarom Symbicort snel een met Seretide vergelijkbaar marktaandeel had moeten opbouwen.

Seretide heeft een marketingvoorsprong van twee jaar ten opzichte van Symbicort. Men zou verwachten dat deze marketingvoorsprong behouden blijft. Verder hebben eerder geïntroduceerde geneesmiddelen een voorsprong op later geïntroduceerde middelen uit eenzelfde klasse door de opgebouwde ervaring. Waarom zou men dan overgaan op nieuwe geneesmiddelen? Het is eerder verbazingwekkend dat Symbicort een even groot marktaandeel als Seretide heeft weten te verwerven.

JOOST DE METZ

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Naschrift van Stefan Stremersch, Nuno Camacho en Bas Donkers

Wij zijn Joost De Metz erkentelijk om zijn kanttekeningen. De eerste opmerking betreft het feit dat artsen niet in isolatie beslissen over therapieadoptie en -keuze. Hiervan zijn we ons bewust, omdat ook in de wetenschap veel aandacht gaat naar het modelleren van dergelijke collectieve beïnvloeding (Van den Bulte en Stremersch, 2004). De data stellen ons echter niet in staat die informatie vanuit associaties of andere artsen te modelleren. Onze resultaten zouden echter alleen bedreigd worden als de informatie die artsen uitwisselen over Symbicort steeds positiever wordt over de tijd, gegeven de uiteindelijke stijging in de penetratie van Symbicort. Ofwel, de informatie zou dan dezelfde dynamiek vertonen als de *saliency*-effecten die we terugvinden. We controleren voor dit effect door de data in twee periodes, die elkaar opeenvolgen en van gelijke duur zijn, op te delen. Doordat hetzelfde soort overstapgedrag in beide periodes voorkomt kan geconcludeerd worden dat de dynamiek in het voorschrijfgedrag aanwezig blijft gedurende een lange periode. Dit toont aan dat artsen niet meteen na lancering collectieve standaarden zetten voor behandeling, maar dat zij op basis van individuele feedback van patiënten gedurende een lange periode leren over de effectiviteit van de behandeling voor hun specifieke patiëntenpopulatie. Het is onwaarschijnlijk dat associaties op dat moment – in dit geval 2,5 jaar na lancering – op regionaal niveau bijvoorbeeld nog steeds vergaderingen organiseren over therapiekeuze met betrekking tot dit medicijn. Bijgevolg mogen we aannemen dat de geldende praktijk die De

Metz identificeert geen bedreiging vormt voor de validiteit van onze bevindingen. De tweede opmerking is dat omdat Symbicort en Seretide nauwe substituten zijn, het geen fouten of slechtere zorg zou betreffen. In economische zin zijn afwijkingen van optimaal leergedrag wel degelijk fouten. Er worden immers voorschriften van X verstrekt, terwijl de arts in de afwezigheid van het door ons ontdekte salience-effect Y zou voorschrijven. Of X slechte(re) zorg betreft dan Y is een zaak van medische voorkeur, waarover wij de discussie aan de medische experts overlaten.

De derde opmerking is dat het niet helder is waarom artsen zouden overstappen van Seretide op Symbicort, gegeven de ervaring die de arts met Seretide heeft opgedaan. Het model dat we schatten houdt rekening met dergelijke inertie in het voorschrijfgedrag van artsen. Het is ook belangrijk te erkennen dat het model niet alleen geïdentificeerd wordt vanuit de overstap van Seretide op Symbicort (of omgekeerd). Er zijn meer overstappen van en naar Symbicort vanuit twee inhaler behandelingen, dan vanuit Seretide.

Het is goed om de voorspelbare fouten van artsen bespreekbaar te maken. Eerder werden voorspelbare fouten van investeerders en rechters vastgesteld, dus het is niet zo verrassend dat ook dokters dergelijke fouten maken. Dit onderzoek is een vervolgstap op het onderzoek van Kahneman dat aantoonde dat overreactie op negatieve feedback erg diep ingebed zit in het gedrag van economische actoren, waartoe ook artsen behoren. Nieuw onderzoek over hoe mensen hun beslissingen kunnen *de-biasen* is aanstaande.

De redactie behoudt zich het recht voor inzending voor de rubriek reactie te wijzigen, in te korten, aan te passen of te redigeren ten behoeve van de leesbaarheid en argumentatie.