

Invoering nieuwe waarden HbA1c

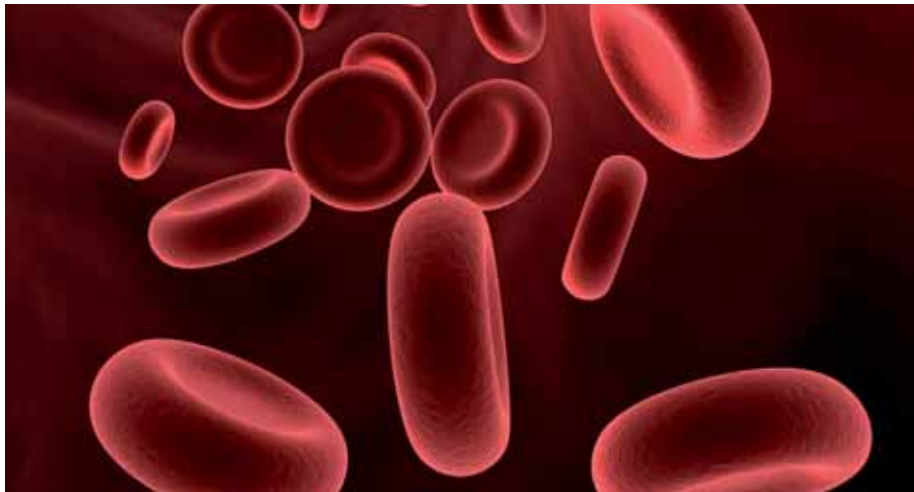


Foto: Shutterstock/Sebastian Kaulitzki

Glycohemoglobine wordt gevormd door binding van glucose aan hemoglobine. Het gevormde glycohemoglobine blijft aanwezig gedurende de levensduur van een rode bloedcel (circa 120 dagen). Omdat de snelheid van vorming van glycohemoglobine proportioneel evenredig is met de glucoseconcentratie in het bloed, geeft de concentratie hemoglobine een afspiegeling van de geïntegreerde waarde van glucose over de afgelopen 8 tot 12 weken.

Er zijn verschillende vormen van glycohemoglobine (onder andere HbA1c, HbA1, HbA0).

De toetsing van de huidige HbA1c verliep in sommige landen in het verleden op verschillende wijzen. Om een uniforme wereldwijde standaardisatie te bereiken ontwikkelde de International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) een nieuwe referentiemethode die specifiek de concentratie van alleen HbA1c ten opzichte van

HbA₀+HbA1c meet. HbA1c-resultaten die worden uitgedrukt in de nieuwe eenheden zijn duidelijk afwijkend van de eenheden die nu gebruikt worden. Onderstaande tabel geeft de relatie tussen de oude en de nieuwe waarden weer.

Tabel Relatie tussen enkele belangrijke oude en nieuwe waarden voor HbA1c

Oud	Nieuw
DCCT-HbA1c	IFCC-HbA1c
6,0%	42 mmol/mol
6,5%	48 mmol/mol
7,0%	53 mmol/mol
7,5%	59 mmol/mol
8,0%	64 mmol/mol
8,5%	75 mmol/mol

Vanaf 6 april 2010 worden HbA1c-resultaten gerapporteerd in zowel de IFCC-gestandaardiseerde eenheden (mmol/mol) als in oude DCCT-percentages. Vanaf 1 januari 2011 gebeurt dit alleen nog in de nieuwe eenheden. Op de website www.nieuwedibeteswaarde.nl kunt u terecht voor verdere informatie. Op www.henw.org staat een uitgebreide omreken tabel.

Paul Janssen

Wat is ondraaglijk lijden?

Ondraaglijk en uitzichtloos lijden is voorwaarde om in Nederland over te kunnen gaan tot euthanasie. In het kader van de zorgvuldigheid beoordelen naast behandelend artsen ook SCEN-artsen en regionale toetsingscommissies of voldaan wordt aan dit criterium. Maar lijden is niet langs een eenvoudige meetlat te leggen, iedereen maakt uiteindelijk een subjectieve inschatting. Deze kan bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de mate waarin men bij een casus betrokken is. Nederlandse onderzoekers waren daarom geïnteresseerd of behandelend artsen, SCEN-artsen en toetsingscommissies verschilden in de mate waarin ze bepaalde situaties als uitzichtloos en ondraaglijk bestempelden. Ze legden 300 huisartsen, 150 SCEN-artsen, en 27 leden van toetsingscommissies

een aantal vignetten voor waarin de vraag naar euthanasie aan de orde kwam. Helaas was de respons onder de benaderde huisartsen aan de lage kant. Toch waren er opmerkelijke resultaten. In het typische geval van terminale ziekte met veel pijn en een naderend einde was er consensus. Dat werd aanzienlijk minder wanneer de vignetten problemen aansneden die niet louter fysiek waren: klaar met leven, verlies van waardigheid, angst voor aftakeling en dementie. SCEN-artsen en leden van toetsingscommissies vonden het verzoek van de patiënt in die gevallen veel vaker gerechtvaardigd dan huisartsen. Bij dementie ging het om 33% en 24% versus 2% van de huisartsen, bij angst voor aftakeling om 43% en 59% versus 28%, bij verlies van waardigheid

om 62% en 88% versus 48%, bij klaar met leven om 27% en 35% versus 18%. Deze opmerkelijke verschillen kunnen met allerlei factoren samenhangen. In ieder geval laat het onderzoek zien dat er in de breedte door behandelend artsen minder liberaal over euthanasie wordt gedacht dan door SCEN-artsen en toetsingscommissies wanneer psychische factoren een grotere rol spelen. In die zin zijn eerder de behandelend artsen zelf dan de geconsulteerden de poortwachters naar euthanasie.

Henk Schers

Rietjens JAC, et al. *Judgement of suffering in the case of a euthanasia request in the Netherlands.* J Med Ethics 2009;35:502-7.