

## Overwerk kan dodelijk zijn

**Werknemers die veel uren maken hebben een hogere kans op een beroerte dan werkers met een normale 35- tot 40-urige werkweek. Het risico op een hartinfarct is ook verhoogd, maar niet zo uitgesproken als voor het CVA.**

Kivimäki et al. verzamelden gegevens van 25 onderzoeken uit Europa, de Verenigde Staten en Australië. Ruim 530.000 mannen en vrouwen werden gedurende 7 jaar gevolgd. Geen van hen had bij aanvang van het onderzoek ooit een beroerte gehad. Ook werden 600.000 personen 8 jaar gevolgd die bij aanvang van het onderzoek vrij waren van coronaire hartziekte. In de meta-analyse werd gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en sociale status.

Werknemers die meer dan 55 uur per

week werkten, hadden 13% meer kans op het krijgen van coronaire hartziekte en 33% meer kans op een CVA dan werkers die een gebruikelijke 35- tot 40-urige werkweek hadden. Voor CVA was er ook sprake van een dosis-responsrelatie, wat betekent dat naarmate men meer uren per week werkte, het risico op een CVA groter werd. Bij een 41- tot 48-urige werkweek 10% meer kans, 27% toename bij een 49- tot 54-urige werkweek en 33% meer kans op een CVA bij personen die aangaven meer dan 55 uur per week te werken.

Omdat de werkbelasting gebaseerd is op vragenlijsten en niet direct gemeten is, kan er sprake zijn van overrapportage zodat het verband tussen overwerk en CVA niet zozeer samenhangt met het aantal daadwerkelijke gewerkte uren dan wel met de beleving van de werkdruk.

De uitdrukking ‘van hard werken gaat niemand dood’ wordt door dit on-

derzoek gelogenstraft. In beroepen met een hoge mate van verantwoordelijkheid en arbeidsethos is overwerk een veelvoorkomend verschijnsel. Ook huisartsen behoren tot deze risicogroep. Werkweken van meer dan 50 uur zijn voor de meeste huisartsen eerder regel dan uitzondering, zeker als administratieve lasten en ANW-diensten bij de dagelijkse werkdruk opgeteld worden. Signalen die aangeven dat de werkdruk voor huisartsen eerder toe- dan afneemt moeten daarom serieus genomen worden. ■

**Bèr Pleumeekers**

*Kivimäki M, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. The Lancet 2015;386:1739-46.*

## Strengere eisen voor nieuwe antidiabetica gewenst

**Er zitten veel nieuwe antidiabetica in de pijplijn en uit onvrede met de huidige beoordelingsprocedures komt de BMJ met voorstellen voor meer gedegen procedures. Bloedglucoseverlaging is doorgaans het ijkpunt voor autoriteiten die besluiten over de toelating van antidiabetica en de roep om ‘timely market access’ vereist korte beoordelingstijden. Hierdoor zijn er diverse antidiabetica op de markt, waarvan de klinische betekenis voor de patiënt – minder complicaties – niet duidelijk is en de bijwerkingen onvoldoende in kaart zijn gebracht. Zo moest het aanvankelijk veelbelovende risiglitazon ijlings van de markt worden gehaald toen bleek dat het leidde tot onacceptabele cardiovasculaire bijwerkingen.**

De eerste maatregel behelst verhoging van de bewijslast die nodig is om op de markt te worden toegelaten. Dit moet bereikt worden door grote pragmatische trials te eisen in realistische patiëntenpopulaties; dus veel patiënten met comorbiditeit. Daarnaast moeten de controlegroepen een al op de markt aanwezig actief middel krijgen aangeboden, moeten veranderingen in de behandeling toegestaan zijn afhankelijk van de behoefte van de patiënt; dus niet alleen behandelen volgens protocol. Ook moet men klinisch relevante uitkomstmaten hanteren en bijwerkingen systematisch rapporteren. Het demonstreren van non-inferioriteit is dan voldoende om toegelaten te worden.

Het tweede voorstel betreft een versterking van de rol van organisaties die zich bezighouden met health technology assessment, zoals NICE in Engeland. Deze kunnen *managed entry agreements* aangaan met geneesmiddelenfabri-

kanten, waarbij nieuwe middelen voor voorlopige en eventueel partiële vergoeding in aanmerking komen. Aanhoudende monitoring moet vervolgens aantonen dat de verwachte gezondheidsvoordelen in de echte wereld daadwerkelijk worden behaald. Routinematig verzamelde administratieve data en data-extractie uit elektronische patiëntendossiers bieden daartoe in toenemende mate mogelijkheden. ■

**Tjerk Wiersma**

*Naci H, et al. Rethinking the appraisal and approval of drugs for type 2 diabetes. BMJ 2015;353:h5260.*