



NHG-Congres 2007 'sPil in de zorg': Een bezoek aan enkele workshops

Tijdens het NHG-Congres 'sPil in de zorg' werd het thema huisarts en farmacotherapie in vele workshops vanuit alle mogelijke invalshoeken belicht. *In de praktijk* bezocht een aantal workshops en vat deze onderstaand voor u samen. Een uitgebreid verslag van het gehele congres, inclusief de plenaire lezingen, vindt u in het NHG-nieuws.

Mollen en marketing

Workshopleiders Joop Bouma (onderzoeksjournalist) en Hans van der Linde (huisarts) maken alarmerend duidelijk dat de invloed van de farmaceutische industrie op ons voorschrijfgedrag heel ver gaat. Daarbij maakt de industrie vaak gebruik van de diensten van een 'medical opinion leader' (Mol), die - betaald door de industrie - uitlegt waarom een middel zou moeten worden gebruikt. Om een medisch specialist te citeren: 'Niemand weet dat ik een contract heb met de industrie. Ze zien me als onafhankelijk. Daarom is deze vorm van belangenverstrengeling zo verraderlijk.'

Er is bijvoorbeeld geen enkel verschil in werking aangetoond bij de diverse protonpompremmers die in omloop zijn. De industrieën moeten hun product dus in de pen van de voorschrijvers krijgen via hun marketing. En als je nu maar heel veel indrukwekkende 'deskundigen' laat vertellen dat jouw protonpompremmer de beste resultaten geeft, dan werkt dat. En zo schrijven we spécialité's voor terwijl generieke middelen even goed werken.

Hoe dit allemaal in zijn werk gaat, wordt gedemonstreerd aan de hand van het 'Ideal-onderzoek' van Pfizer. Aan atorvastatine wordt jaarlijks 170 miljoen uitgegeven, terwijl het middel drie keer zo duur is als simvastatine. Fabrikant Pfizer wilde in het Ideal-onderzoek dus aantonen dat het middel beter werkt. Om zo gunstig mogelijke resultaten te krijgen vergeleken ze ook nog eens een hoge dosis atorvastatine met een lage dosis simvastatine. Maar... er bleken geen significante verschillen te zijn in morbiditeit of sterfte, ook niet aan cardiovasculaire oorzaken! Bovendien stopten meer atorvastatine-gebruikers met hun medicatie vanwege de veel ernstiger bijwerkingen.

Met dergelijke onderzoeksresultaten kun je geen goede sier maken, zou je denken. Maar met behulp van Mollen lukt het Pfizer toch om atorvastatine in de pen van de voorschrijver te houden. Via een cd bereiken de uitspraken van deze Mollen over het Ideal-onderzoek de huisarts. Soms debiteren ze gewoon onwaarheden, zoals: 'Een lager LDL-gehalte is beter', terwijl dit in het onderzoek niet wordt aangetoond. En ook krijg je uitspraken als: 'De aangetoonde verschillen zijn niet significant maar wel klinisch relevant...'

Ook in andere gremia doet Pfizer het uitstekend. Zo publiceren gesubsidieerde patiëntenverenigingen voorlichting met de strekking: 'Mensen die van atorvastatine worden teruggezet op simvastatine hebben 30 procent meer kans op cardiovasculaire events.'

En de standaarden? Zijn die dan wel volkomen objectief? Helaas,

volgens Van der Linde ontsnappen ook deze niet altijd aan de lange arm van de industrie, omdat bij de ontwikkeling ervan naar consensus wordt gezocht met specialisten. Zo zouden cardiologen ervoor hebben gezorgd dat nu in de standaard Cardiovasculair risicomanagement staat dat we een LDL-cholesterol van $>2,5$ behandelen, terwijl daar gezien de uitkomsten van de Ideal-studie geen reden voor is... Dat geeft dus wel te denken!

Implementatie: iedereen weet het, niet iedereen doet het

In deze workshop van de hoogleraren Theo Voorn en Richard Grol gaan de deelnemers aan de slag met het doorvoeren van veranderingen in hun praktijk. Bijvoorbeeld: 'Je wilt in je praktijk het chronisch gebruik van benzo's of maagmiddelen terugdringen; hoe pak je dat aan?'

Voor wie veranderingen wil doorvoeren in de praktijk zijn er enkele goede tips:

- pak een relevant aspect aan;
- pak dit gestructureerd aan;
- meet één tot twee doelen;
- voer verbeteringsacties uit op basis van objectieve gegevens;
- bespreek het doel, de knelpunten, het plan van aanpak et cetera met het hele team;
- evalueer veelvuldig zodat het plan van aanpak tijdig kan worden bijgesteld indien nodig;
- maak er een echt projectje van, compleet met tijdpad, middelen en taakverdeling.

Op de vraag wat nu de belangrijkste parameters zijn bij de implementatie wordt geantwoord dat alle factoren in zo'n verbeteringscyclus even belangrijk zijn en een grote samenhang vertonen. Het is juist een valkuil om aan een bepaalde factor meer aandacht te geven dan aan een andere.

Polyfarmacie, zo doe je dat!

Workshopleiders Harry Eussen (huisarts) en Wubbo Mulder (internist/geriater) starten met een fikse hoeveelheid cijfers. Van onze 16 miljoen inwoners is ruim 14 procent (2 miljoen) ouder dan 65 en ruim 3,5 procent (200.000) ouder dan 80 jaar. Hoe ouder iemand wordt, hoe meer sprake er is van multimorbiditeit en dus van polyfarmacie. Ouderen gebruiken viermaal zoveel medicijnen als de gemiddelde Nederlander. Echter, per jaar krijgt 20 procent van de zelfstandige ouderen een recept dat schadelijk kan zijn voor de gezondheid, omdat het niet geschikt is voor ouderen, in een onjuiste dosering wordt voorgeschreven of gewoon niet geschikt is bij de betreffende aandoening. Van alle ziekenhuisopnamen van ouderen is 6 tot 17 procent het gevolg van bijwerkingen en een groot deel van deze opnamen is mogelijk vermijdbaar.

Van polyfarmacie is sprake als langdurig vijf of meer geneesmiddelen tegelijkertijd worden gebruikt. Ouderen zijn extra kwetsbaar omdat bij hen ook nog eens lichamelijke veranderingen optreden, zoals de lichaamssamenstelling (vet/water), de homeostase (de balans wordt trager bereikt) en een wijzigende farmacokinetiek en -dynamiek, onder meer door veranderende lever- en nierfuncties. Bovendien is de resorptie bij ouderen slecht onderzocht, terwijl hierin vermoedelijk ook veranderingen optreden.

Elke huisarts zal een behoorlijk aantal patiënten in zijn praktijk hebben bij wie sprake is van polyfarmacie. Vanwege zijn medicatie-overzicht en de beschikking over het patiëntendossier is de huisarts de aangewezen persoon om de medicatieveiligheid te bewaken. Dit vereist een plan van aanpak, te weten:

- Kijk naar alle pillen van de patiënt en maak een indeling van de medicatie in groepen.
- Ga na wat echt wordt ingenomen en op welke indicatie.
- Ga na welke bijwerkingen er zijn. Hierbij zijn de volgende factoren van belang:
 - tijdsrelatie tussen de start van het medicijn en het optreden van de verschijnselen;
 - bekendheid van het verschijnsel als bijwerking;
 - verdwijnen van het verschijnsel bij staken van de medicatie;
 - eventuele alternatieve verklaringen voor de verschijnselen.
- Ga na welke interacties er zijn (zie de tabel hiernaast).
- Evalueer de toedieningsvorm.
- Overweeg niet-farmacologische interventie.
- Stop medicatie bij onduidelijke indicatie.

In het algemeen geldt dat altijd moet worden begonnen met de laagst mogelijke dosis, die vervolgens langzaam moet worden opgehoogd. Met bijwerkingen moet altijd rekening worden gehouden. Uiteraard is samenwerking met de apotheker essentieel. Wellicht kan een koppeling van het HIS met de apotheek zichtbaar maken welke medicatie is voorgeschreven door specialisten.

‘Nieuwe middelen, wachten of wagen?’

Elk jaar komen zo’n 30 à 35 nieuwe geneesmiddelen op de markt, maar slechts een deel daarvan komt bij de huisarts in de pen. Huisartsen zijn terughoudend, maar er wordt wel van alle kanten druk op hen uitgeoefend om de nieuwe middelen te gaan voorschrijven. De actualisering van standaarden gaat traag, dus vroeg of laat neemt elke huisarts wel eens de beslissing: wachten of wagen? In deze workshop krijgen voorstanders van ‘wagen’ en van ‘wachten’ het woord.

De heer Klitsie van Nefarma is uiteraard een voorstander van ‘wagen’. ‘Innovatie gaat in stapjes’, stelt hij. ‘Conservatieve artsen zullen het niet erg vinden dat soms jaren moet worden gewacht voor ze een middel kunnen gebruiken. Maar progressieve artsen vinden het vaak ondraaglijk dat zo kansen worden gemist.’ En ook: ‘Een NHG-Standaard kan per definitie geen rekening houden met het individu, maar de huisarts die zijn patiënten kent kan dat wel.’ Maar zijn belangrijkste boodschap is: ‘Als we in Nederland te conservatief worden, gaan we achterlopen. En dan zul je zien: wachten is wagen!’

Stap 5: Interacties? (2)

Geneesmiddel	Interactie met	Effect van interactie
digoxine	diuretica	toename gevoeligheid voor digoxine bij hypokaliëmie
antipsychotica	anticholinerge middelen	toename anticholinerge bijwerkingen zoals droge mond, obstipatie, sufheid, urineretentie
benzodiazepines	antipsychotica, tricyclische antidepressiva	toename sederend effect
SSRI's	buspiron, lithium, tramadol, sint-janskruid	kans op serotonerg syndroom
antihypertensiva en diuretica	antihypertensiva, diuretica, nitraten, tricyclische antidepressiva, antipsychotica	versterking van bloeddrukverlagend effect en orthostatische hypotensie
antihypertensiva en diuretica	NSAID's	vermindering van het bloeddrukverlagend en diuretisch effect
acetylsalicylzuur	NSAID's	toegenomen risico op maagulcera
bètablokker	antidiabetica	kans op maskering hypoglykemie
corticosteroiden	NSAID's	toegenomen risico op maagulcera

Hoogleraar Huisartsgeneeskunde Siep Thomas meent dat er vooral moet worden gewacht. Hij vraagt de zaal om voorbeelden te noemen van geneesmiddelen die echt een positieve verandering gaven. En die zijn er, zoals de H2-antagonisten tegen maagzweren, inhalatiecorticosteroïden bij astma en – dat is alweer lang geleden – middelen als salbutamol en de pil. Maar desgevraagd kan de zaal heel wat meer voorbeelden noemen van middelen die een flop bleken. Bijvoorbeeld rofecoxib, een middel tegen reuma dat ernstige bijwerkingen had; glafenine, een pijnstiller die ernstige leveraandoeningen gaf; avandia bij diabetes mellitus; een slaapmiddel waarbij de zelfmoordcijfers opeens stegen; de anticonceptiepil van de derde generatie en natuurlijk – als ergste dieptepunt – thalidomide. Het lijkt dus een goede zaak om te ‘wachten’. Maar waar moet je op letten als je toch wilt ‘wagen’?

- Het is een ‘doorbraakmiddel’. Ofwel: voor deze kwaal was nog geen middel en bovendien is het een vitale indicatie.
 - Het is beter dan bestaande middelen. Ofwel: het is effectiever op belangrijke eindpunten (sterfte, morbiditeit), en/of het heeft minder bijwerkingen en/of het heeft een groter gebruiksgemak.
- Met deze informatie in het achterhoofd kijken de deelnemers naar een middel tegen diabetes mellitus type 2 dat recentelijk is geregistreerd: sitagliptine (januvia). Het middel zou een afname van het HbA1C geven en geringe bijwerkingen hebben. Maar:
- de meest krachtige orale middelen bestaan allang (dus het is geen doorbraakmiddel);

- sitagliptine is een minder effectieve bloedsuikerverlager dan bestaande middelen en ook is er kans op bijwerkingen op lange termijn (dus het is niet beter dan bestaande middelen).

Bovendien: 'Als een patiënt het onvoldoende trekt op metformine, kan er een sulfonyleureumderivaat bij, of kan hij worden overgezet op insuline.' Maar ondanks het feit dat sitagliptine niet veel toevoegt, maakt het middel in de VS al 14 procent van de prescripties uit. Na dit alles steunen vrijwel alle deelnemers de stelling dat ze niet gauw sitagliptine zouden voorschrijven.

De huisarts als placebo

De huisarts heeft een groot (helend) effect op zijn patiënt volgens workshopleiders Peter Bügel (psycholoog) en Nicolette van de Ven (huisarts). Dit komt niet alleen door de voorgeschreven medicijnen of het natuurlijk beloop. Ook het gedrag van de huisarts en de door hem verkondigde boodschappen kunnen 'min of meer geneeskrachtig' zijn. Heel veel doktersbezoek wordt ingegeven door ongerustheid en artsen die daar goed mee kunnen omgaan, hoeven minder voor te schrijven: de dokter als medicijn, of zelfs als placebo.

Een arts verdeelde zijn patiënten in twee groepen met hun eigen benadering:

- 'Ik weet niet wat u heeft, maar als het erger wordt mag u altijd terugkomen.'
- 'U heeft dit en dat, en over twee weken zult u zich een stuk beter voelen.'

Na twee weken voelde de tweede groep patiënten zich veel beter! Zo ook is een vergelijking gemaakt bij patiënten aan wie voorafgaand aan een buikoperatie helemaal niets werd gezegd versus een groep aan wie werd gezegd: 'Als u bijkomt heeft u buikpijn. Dat is heel normaal en kan geen kwaad.' Hier ging het veel slechter met de eerste groep: deze patiënten waren bang dat er iets was misgegaan en hun pijnklachten leken te worden versterkt door de schrik en angst. Als je de patiënt geruststelling wilt geven, ga dan als volgt te werk:

- geef 'de aandoening' een (positief klinkende) naam;
- zeg dat het geen kwaad kan;
- zeg dat het (liefst op korte termijn) beter zal gaan.

Bügel en Van de Ven draaien een voorbeeldconsult met een patiënte met altijd maar weer buikpijn.

Ha: 'We hebben nu alles onderzocht wat maar kán worden onderzocht aan een buik en dat heeft niets opgeleverd. Gek genoeg weten we daardoor precies wat u heeft. IBS!'

Pat: 'O ja, dokter? En wat is dat dan?'

Ha: 'Dat is een onschuldige aandoening die tamelijk vaak voorkomt en die beslist geen kwaad kan.'

Pat: 'Gelukkig maar dokter. Dus het is geen kanker en het richt geen schade aan?'

Ha: 'Nee beslist niet! Vaak gaat het ook in periodes vanzelf wat beter. En er zijn mensen die wat meer last hebben als ze zenuwachtig zijn of zich zorgen maken, of als ze even niet zo happy zijn.'

Pat: 'Ja, mijn man vond ook al dat ik zo nerveus ben.'

Bügel wijst op het gunstige verloop van het consult, waarin ook nog

langs de neus weg een relatie met stress wordt gelegd. 'Mensen zijn vaak bang dat ze iets ernstigs hebben en dat zeggen ze niet expliciet in het consult. Maar als je iets een positieve benaming geeft, is hun opluchting heel duidelijk.'

Differences in antibiotic use in Europe

Zoals al eerder met tevredenheid werd gememoreerd tijdens dit congres, 'doen' de Nederlandse huisartsen het prima als het gaat om terughoudendheid bij het voorschrijven van antibiotica. En toch worden ook in ons land nog vaak onnodig antibiotica voorgeschreven, bijvoorbeeld bij keelpijn en bovensteluchtweginfecties. Bovendien doen Nederlandse huisartsen het juist weer niet goed als het gaat om de soort antibiotica die worden voorgeschreven: dat zijn bij ons vaak breedspectrummiddelen waar dat niet nodig is. Kortom, het kan óók in Nederland nog steeds beter.

De leiders van deze workshop denken dat de overwegingen om antibiotica voor te schrijven bij alle huisartsen hetzelfde zijn: ze gaan ervan uit dat de patiënt dat wil. Maar waarom komt de patiënt eigenlijk bij de huisarts? Dat is onderzocht en de belangrijkste redenen waren:

- 1) De patiënt wil onderzoek naar de oorzaak van zijn klachten.
- 2) De patiënt wil iets tegen de pijn.
- 3) De patiënt wil geruststelling en/of informatie.

Dan volgt er nog een heel lijstje met redenen, en pas op de 11^e plaats komt: De patiënt wil antibiotica. Echter, in dit onderzoek is ook gevraagd waaróm de patiënt antibiotica wil en was het antwoord dat ze van de pijn af willen (dus reden 2).

Toch zijn er wel degelijk patiënten die een huisarts onder druk zetten. 'Dokter, ik heb morgen een belangrijke vergadering, dan móét ik fit zijn. Ik heb dus echt antibiotica nodig.' Wat dan te doen? De zaal en workshopbegeleiders hebben wel een paar suggesties.

- 'Ik zeg altijd: "Met antibiotica is het over in een week en zonder antibiotica in zeven dagen." Dan zie je ze even rekenen en trekken ze zélf de conclusie: "Dat helpt dus niet?!"
- 'In zo'n situatie als met die vergadering zeg ik: "Als je nu met die antibiotica begint, zit je morgen tijdens die belangrijke vergadering op de wc met diarree." Dan hebben ze meestal liever die keelpijn...'
- 'Uitgestelde recepten werken vaak heel goed.' Maar hier is niet iedereen het mee eens, want: 'Als het slechter gaat met de patiënt wil ik hem zien.'
- 'Als ik de vraag zie aankomen zeg ik altijd: "Er zijn patiënten in uw situatie die denken dat een antibioticum zou helpen." Meestal ontkennen ze het dan.'
- 'Ik zeg dan: "Ook bacteriële infecties gaan vanzelf over. Je lichaam kan deze infectie prima aan."'

Met deze tips moet het volgens de workshopleiders lukken om 'eisende' patiënten het hoofd te bieden. En als het ondanks dit alles toch niet lukt om de patiënt te overtuigen? 'Schrijf dan een antibioticum voor dat zo min mogelijk problemen geeft.'

Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk