

Casus aios

De kennelijk onuitroeibare term 'assistent' wordt ook gebruikt in het journaaltje *Casus aios* (H&W 2008;51:4). Dit is een zeer verwarrende term die geen recht doet aan degene om wie het gaat. Het gaat namelijk over *artsen* in opleiding tot specialist en niet over *assistenten* in opleiding tot specialist. Ook voor patiënten is de term 'arts-assistent' zoals die in het ziekenhuis wordt gebruikt, niet te begrijpen. Het is voor hen niet duidelijk dat zij werkelijk een arts voor zich hebben. Meerdere keren per dag moet je dus uitleggen dat je wel degelijk bevoegd en bekwaam bent om de betreffende patiënt te behandelen, hetgeen tot gevolg heeft dat je het consult begint met een enorm wantrouwen van de patiënt jegens zijn of haar behandelend arts van dat moment. Laten we de term 'arts-assistent' voorgoed verlaten en slechts spreken over arts in opleiding tot specialist (aios) of arts niet in opleiding tot specialist (anios). Dit schept voor de patiënt in ieder geval een hoop duidelijkheid.

B. Arntzen, aios huisartsgeneeskunde

Antwoord

Arntzen heeft gelijk: aios staat voor arts in opleiding tot specialist. Een pijnlijke misser. Zijn pleidooi voor afschaffing van de term assistent is ons uit het hart gegrepen. Een dergelijke misser kon overigens niet voorkomen toen een aios nog gewoon een haio was.

de redactie

FTR Pijnbestrijding

In het kader van een wetenschapsopdracht die de eerste auteur deed voor haar huisartsenopleiding heeft zij zich nader verdiept in de recent in dit tijdschrift gepubliceerde *Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding* van het NHG.¹ Wat daarin opviel was de tabel op het samenvattingskaartje over de keuze voor een bepaald NSAID bij patiënten met een verhoogd gastro-intestinaal en/of cardiovasculair risico.

De richtlijn baseert zich hierbij vrijwel uitsluitend op meta-analyses van observationeel onderzoek waarbij het risico op het optreden van een bepaalde complicatie bij gebruik van de verschillende NSAID's berekend wordt ten opzichte van het risico op dezelfde complicatie bij niet-gebruikers. Hierdoor zijn er geen getallen bekend die duidelijk maken of de gevonden verschillen in relatieve risico's significant van elkaar verschillen.

Het enige onderzoek waarbij de verschillende NSAID's direct met elkaar zijn vergeleken is van matige kwaliteit (of ten minste zeer matig beschreven).

Het advies over de keuze voor diclofenac bij gelijktijdig gebruik van acetylsalicylzuur is uitsluitend gebaseerd op onderzoek met biochemische (en dus secundaire) eindpunten, waarbij ibuprofen de werking van acetylsalicylzuur tegen zou gaan. Naproxen is in dit kader in het geheel niet onderzocht.

De keuze voor diclofenac lijkt onvoldoende onderbouwd, temeer daar eerder genoemd onderzoek aanwijzingen geeft dat diclofenac een hoger risico op cardiovasculaire complicaties zou kunnen geven.

Wij zijn van mening dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om een advies te geven over een voorkeur voor een bepaald NSAID in bepaalde situaties, zoals weergegeven in de tabel in de richtlijn en vinden dan ook dat het NHG dit deel van de richtlijn zou moeten intrekken. In een situatie waarin de huisarts dagelijks bloot staat aan verleidings technieken om verantwoorde farmacotherapie om te buigen naar minder goed onderbouwde middelen met 'bijzondere werkingsmechanismen', lijkt het niet verstandig dat het NHG daaraan een bijdrage van hetzelfde niveau gaat leveren.

Marloes Botterweg, aios, Siep Thomas

Verduijn MM, Folmer H. *Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding*. Huisarts Wet 2007;50:601-15.

Antwoord

De volledige tekst van de FTR Pijnbestrijding vermeldt de overwegingen voor de eerste keuze van een NSAID bij een

verhoogd gastro-intestinaal en/of cardiovasculair risico zoals deze op het samenvattingskaartje vermeld staan. De noten vermelden de onderbouwing hiervan. De volledige tekst van de richtlijn is overigens: 'vermijd NSAID-gebruik zo veel mogelijk bij een verhoogd gastro-intestinaal of cardiovasculair risico. Combineer een NSAID met een protonpompremmer (of eventueel misoprostol) als het gastro-intestinale risico verhoogd én NSAID-gebruik onvermijdelijk is. Schrijf NSAID's alleen bij dwingende noodzaak, en na zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen, voor aan ouderen en aan patiënten met een verminderde nierfunctie, hypertensie, hartfalen of atherosclerotisch hart- en vaatlijden. Geef bij voorkeur diclofenac, als een NSAID noodzakelijk is bij patiënten die een lage dosering acetylsalicylzuur gebruiken (overweeg dan nadrukkelijk maagbescherming toe te voegen).'

Omdat goed onderzoek waarin verschillende NSAID's direct met elkaar vergeleken worden bij patiënten die acetylsalicylzuur als trombocytenaggregatieremmer gebruiken ontbreekt, baseert de richtlijn zich hierbij inderdaad voornamelijk op meta-analyses van observationeel onderzoek. De conclusie van de noot vermeldt dat waarschijnlijk alle NSAID's, zeker in hoge doseringen, een verhoogd risico op hart- en vaatziekte geven en daarom beter niet voorgeschreven kunnen worden aan patiënten met een aangetoond hart- en vaatlijden en aan patiënten met een verhoogde kans op een ischemisch vaatincident. Bij naproxen lijkt het cardiovasculaire risico vooralsnog het kleinst; daarom geven we aan dit middel de voorkeur bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico die (nog) geen acetylsalicylzuur gebruiken.

Het bewaken op interacties gebeurt uiteraard in het kader van patiëntveiligheid. Daarvoor wordt gebruikgemaakt van het interactiebestand dat door het WINAp in de G-Standaard is verwerkt.

De FTR baseert, zoals bij interacties door ons gebruikelijk is, het advies om bij voorkeur diclofenac te geven bij noodzakelijke combinatie van een NSAID met

een lage dosering acetylsalicylzuur, op de adviestekst uit de G-standaard zoals die in huisartsen- en apotheeksystemen zichtbaar gemaakt wordt vanuit het interactiebestand, en ook te vinden is in de kennisbank van de KNMP.

We geven toe dat het onderliggende bewijs erg mager is, maar de ongewenste interacties die vastgesteld zijn tussen ibuprofen en acetylsalicylzuur, bleken uit onderzoek niet in klinisch relevante mate voor te komen bij diclofenac en meloxicam; van naproxen zijn op dit punt geen gegevens bekend. Ook hier huldigen wij het adagium: 'absence of evidence is not evidence of absence'. Juist in het kader van patiëntveiligheid hebben we daarom gekozen voor de minst onveilige weg. Helaas is de beschikbare ruimte op een samenvattingkaart te beperkt om de overwegingen daarbij aan te geven. Mogelijk geeft de tabel op de samenvattingkaart daardoor een wat absoluut beeld van de keuzen weer.

Monique Verduijn, Henk Folmer, Afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap, sectie farmacotherapie NHG

Triage en werkdruk

Goed om te horen dat ook anderen (H&W 2007;50;656-9) zich bezighouden met de

mogelijkheden van triage om de werkdruk in de huisartsenpraktijk te verlagen.

Wij zagen ons vijf jaar geleden genoodzaakt om het roer om te gooien in onze praktijk. De wachttijden waren zodanig opgelopen dat assistentes het grootste deel van hun tijd bezig waren om te zorgen dat de patiënt geen afspraak kreeg, terwijl wij als huisartsen relatief veel oneigenlijke hulpvragen kregen. Ook kwam het nogal eens voor dat klachten spontaan verdwenen waren op het moment van de afspraak, hilarisch genoeg soms tot teleurstelling van de patiënt.

In ons gezondheidscentrum in een Haagse achterstandswijk besloten we dat iedereen die een afspraak wilde maken eerst telefonisch contact moest hebben gehad met de huisarts. De assistentes moesten alle patiënten die een afspraak wilden, inboeken op het terugbelsprek uur van de betreffende huisarts. Het terugbelsprek uur werd fors uitgebreid tot 1,5 a 2 uur per dag zodat de huisarts vanaf 13:30 alle patiënten kon bellen die een afspraak wensten. Na het terugbelsprek uur was er een spoedsprek uur zodat de mensen die dezelfde dag nog gezien moesten worden in ieder geval een afspraak konden krijgen, zij het een wat korter durende 'spoedafspraak'. Dit spoedsprek uur werd pas op de dag zelf ingevuld.

Het effect was verbluffend en trad onmiddellijk in: de wachttijden verdwenen compleet. Tot op heden werken we met dit systeem en we zijn nog steeds enthousiast.

Andere voordelen zijn dat je de volledige regie over je agenda houdt: je kan een vrije dag compenseren door de dag ervoor wat langer door te werken om te voorkomen dat je agenda dichtslibt. Omdat je de patiënten kent kun je degenen die meer tijd vragen een dubbele afspraak geven of aan het eind van de dag plannen. En je hoeft nooit meer boos te worden op een assistente als het anders loopt dan gepland, omdat je het zelf hebt geregeld. De assistente is nu ook een stuk relaxter, ze hoeft immers nooit meer nee te verkopen. Daar zit ook een keerzijde aan: in de loop van de jaren zijn de assistentes minder klachten zelf telefonisch gaan afhandelen. Dat proberen we nu terug te draaien met extra cursussen voor de assistentes. Ook wordt het lange terugbelsprek uur door sommigen als belastend ervaren. Daarnaast horen we soms van patiënten dat ze het maar raar vinden dat ze niet zomaar een afspraak kunnen maken. Goede uitleg lost dit probleem op. De voordelen blijken uiteindelijk toch vele malen groter dan de nadelen.

Thijs Backus

Cochrane-review

Wel of geen clopidogrel toevoegen aan acetylsalicylzuur om hart- en vaatziekten te voorkomen?

Keller TT, Squizzato A, Middeldorp S. Clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858. CD005158.pub2.

Achtergrond Acetylsalicylzuur alleen geeft ongeveer 20% relatieve risicoreductie van hart- en vaatziekten. Met name bij hoogrisicogroepen zou een grotere risi-

coreductie uiteraard welkom zijn. Combineren van plaatjesaggregatieremmers is een manier om dit doel te bereiken. Door het verschillende werkingsmechanisme zijn de remmende effecten van de bloedplaatjesaggregatie van acetylsalicylzuur en clopidogrel additief. Helaas neemt bij een toenemende mate van plaatjesaggregatieremming ook het bloedingsrisico toe. In deze meta-analyse wordt combinatiebehandeling vergeleken met acetylsalicylzuur alleen.

Methode De onderzoekers selecteerden voor deze meta-analyse gerandomiseerde, gecontroleerde trials, waarin het

effect van acetylsalicylzuur in combinatie met clopidogrel werd vergeleken met acetylsalicylzuur alleen, bij patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekten. De gemeten uitkomsten zijn: mortaliteit, niet-fataal myocardinfarct, niet-fataal CVA, onstabiele angina pectoris, hartfalen, revascularisatie, bloedingen en 'alle bijwerkingen'. Twee onderzoeken voldeden aan de selectiecriteria: CURE 2001 en CHARISMA 2006. In het eerste werden 12.562 patiënten geïncludeerd met een acuut coronair syndroom zonder ST-elevatie. In het tweede 15.603 patiënten met een hoog cardiovasculair risico door een