



Dit factsheet is een uitgave van het NIVEL. De gegevens mogen met bronvermelding (Anne Brabers, Margreet Reitsma, Liset van Dijk, Joke Korevaar, Marloes van Dijk en Judith de Jong. Medicatie of dotteren bij chronische pijn op de borst? Wat willen mensen? Utrecht: NIVEL, 2013) worden gebruikt. U vindt deze publicatie en alle andere NIVEL-publicaties in PDF-format op www.nivel.nl.

Medicatie of dotteren bij chronische pijn op de borst? Wat willen mensen?

Anne Brabers, Margreet Reitsma, Liset van Dijk, Joke Korevaar, Marloes van Dijk en Judith de Jong

Mensen hebben voorkeur voor medicijnen boven dotteren als behandeling als ze pijn op de borst (stabiele angina pectoris) zouden hebben. Dit blijkt uit onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Respondenten die weleens gedotterd zijn, hebben een duidelijke voorkeur voor dotteren. Respondenten die weleens behandeld zijn met medicatie, hebben meestal voorkeur voor medicatie, maar een deel zou gedotterd willen worden. Hoewel we in ons onderzoek geen bewijs hebben gevonden voor overbehandeling, zijn er signalen van overbehandeling met dotteren, zowel internationaal gezien als in Nederland. Uit het oogpunt van kosteneffectiviteit en vanuit het idee dat voorkeuren van patiënten moeten worden meegenomen bij het kiezen van een behandeling, zou het voorlichten van patiënten er toe kunnen leiden dat meer patiënten behandeld worden met medicatie.

Stabiele angina pectoris: medicatie of dotteren?

Voor veel aandoeningen zijn meerdere behandelopties beschikbaar, waardoor er een keuze moet worden gemaakt voor één van de behandelopties. Deze keuze zou moeten worden gemaakt op basis van een afweging van de voordelen, nadelen en wetenschappelijke onzekerheden van ieder alternatief. Ook de voorkeuren van patiënten zouden in deze afweging moeten worden meegenomen¹. Stabiele angina pectoris, ofwel chronische pijn op de borst, is zo'n aandoening waarbij een afweging moet worden gemaakt tussen meerdere alternatieven. Twee van de mogelijke behandelopties zijn medicatie (vaak in combinatie met een gezonde leefstijl) en dotteren. Er zijn signalen dat in Nederland dotteren mogelijk te vaak als behandeling wordt ingezet, vooral bij patiënten met stabiele angina pectoris². Ook internationaal zijn er signalen van overbehandeling met dotteren in bepaalde groepen patiënten met stabiele angina pectoris^{3,4}. Voorstanders van dotteren wijzen op een snellere vermindering van de klachten, de kleinere kans dat iemand later alsnog gerevasculariseerd moet worden en minder gebruik van medicijnen na de behandeling. Voorstanders van medicatie wijzen op de bewezen effectiviteit hiervan en het feit dat dit minder risicovol en goedkoper is⁵. Oudere onderzoeken lieten soms een voordeel zien van dotteren ten opzichte van medicatie, maar dat werd gedurende de tijd minder^{6,7}. Recente publicaties laten geen voordeel van dotteren zien ten opzichte van medicatie met betrekking tot, onder andere, het risico op mortaliteit,

¹ Barry, 2012

² Pakketscan Coronaire Hartziekten, CVZ

³ Mayor, 2007

⁴ Behnke et al., 2013

⁵ Pfisterer et al., 2010

⁶ Pakketscan Coronaire Hartziekten, CVZ

⁷ Wijveysundera et al., 2010

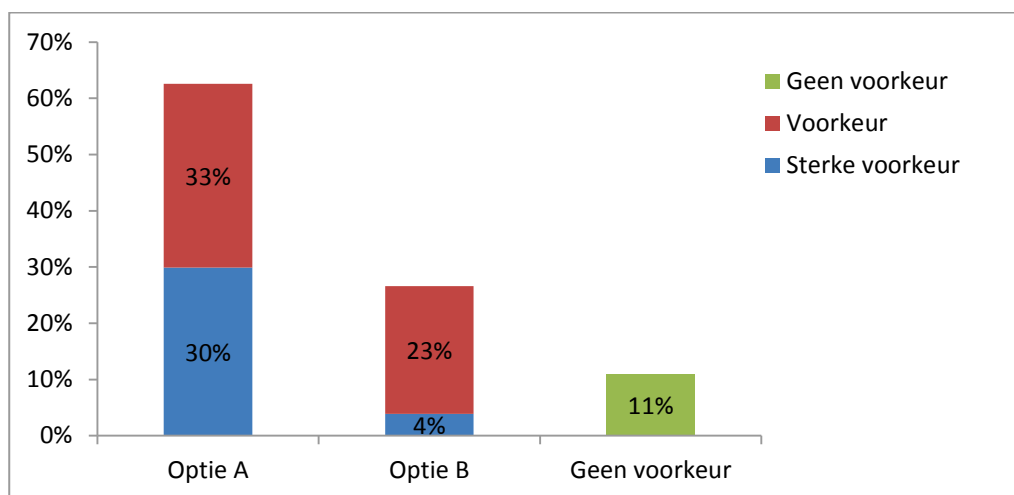
cardiovasculaire sterfte, een niet-fataal hartinfarct en revascularisatie^{8,9}. Op dit moment laten mensen de keuze van de behandeling veelal over aan artsen. Hierdoor is vaak de voorkeur van de arts en niet de voorkeur van de patiënt bepalend voor welke behandeling de patiënt ontvangt¹⁰. Mensen kunnen echter verschillen in hun voorkeuren en dus een andere behandeling prefereren. Daarom zouden patiënten moeten worden geïnformeerd over alternatieven en zouden hun voorkeuren moeten worden meegenomen in de afweging welke behandeling het meest geschikt is. Maar welke voorkeuren hebben mensen bij stabiele angina pectoris?

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) legde het NIVEL leden van haar Consumentenpanel Gezondheidszorg een casus over pijn op de borst voor, waarin beide behandelopties werden beschreven en voor- en nadelen van beide opties werden genoemd (zie Bijlage 1 voor de casus). We vroegen panelleden, na de informatie te hebben gelezen, in hoeverre één van de twee behandelopties hun (sterke) voorkeur had, indien ze last zouden hebben van aanvallen van pijn op de borst. Onder de panelleden waren zowel mensen die nog nooit last hebben gehad van pijn op de borst, als mensen die hier wel eens last van hebben gehad.

Medicatie heeft voorkeur indien men nog nooit last van pijn op de borst heeft gehad

Het merendeel van de respondenten (89%; N=1120) geeft aan nog nooit last te hebben gehad van aanvallen van pijn op de borst. Deze respondenten zouden bij voorkeur met medicatie willen worden behandeld; 63% geeft aan een (sterke) voorkeur voor medicatie te hebben, indien men last zou krijgen van aanvallen van pijn op de borst (zie Figuur 1). Iets meer dan een kwart (27%) van deze respondenten geeft aan een voorkeur voor dotteren te hebben, en 11% heeft geen voorkeur.

Figuur 1: Voorkeur respondenten die **nooit** last hebben gehad van aanvallen van pijn op de borst (N=1099)



Optie A: Een gezonde leefstijl gecombineerd met medicijnen

Optie B: Dotteren

Merendeel respondenten die behandeld is, heeft voorkeur voor dezelfde behandeling

Een op de tien respondenten (10%; N=130) geeft aan ooit last te hebben gehad van aanvallen van pijn op de borst, terwijl 1% (N=12) op dit moment last heeft van aanvallen van pijn op de borst. Van deze groep respondenten zijn

⁸ Pursnani et al., 2012

⁹ Thomas et al., 2013

¹⁰ Wennberg, 2010

de meesten hiervoor behandeld (N=111). Op de vraag welke behandeling men heeft gekregen, waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren, geeft men het vaakst aan met medicijnen te zijn behandeld (N=60), gevolgd door het aanpassen van hun leefstijl (N=35) en dotteren (N=28). Er zijn 9 mensen die aangeven zowel gedotterd te zijn als behandeld te zijn met medicijnen. Verder geven 41 respondenten aan een andere behandeling te hebben gekregen, waarbij vooral bypass operaties werden genoemd. Als men al eens behandeld is voor aanvallen van pijn op de borst, lijkt de voorkeur die men heeft samen te hangen met de behandeling die men heeft gehad (zie Tabel 1). In Tabel 1 is te zien dat respondenten die behandeld zijn met medicatie voor aanvallen van pijn op de borst hier over het algemeen een voorkeur voor hebben, alhoewel een deel van hen gedotterd zou willen worden. Respondenten die gedotterd zijn hebben juist een zeer sterke voorkeur voor dotteren. Het lijkt er dus op dat het merendeel van de respondenten die al eens behandeld zijn voor pijn op de borst, bij een eventuele volgende behandeling graag op dezelfde manier zouden willen worden behandeld als de eerste keer.

Tabel 1: Voorkeur van respondenten die al eens behandeld zijn met medicatie en/of dotteren (N = 76)*

	(Sterke) voorkeur voor optie A (= Gezonde leefstijl gecombineerd met medicijnen)	Sterke voorkeur voor optie B (= Dotteren)	Geen voorkeur voor optie A of B
Behandeld medicatie (N=49)	N = 37	N = 11	N = 1
Behandeld dotteren (N=18)	N = 1	N = 17	N = 0
Behandeld met medicatie en dotteren (N=9)	N = 5	N = 3	N = 1
Totaal	N = 43	N = 31	N = 2

* Mensen die aangegeven hebben op een andere manier dan dotteren en/of medicatie te zijn behandeld, zijn niet opgenomen in deze tabel.

Tot slot

Over het algemeen geven de respondenten aan een voorkeur te hebben voor medicatie in combinatie met een gezonde leefstijl boven dotteren. We kunnen op basis van ons onderzoek niet vaststellen of er sprake is van overbehandeling met dotteren. Een analyse van de voorkeuren van de mensen die al eens behandeld zijn lijkt te wijzen op een verband tussen de ervaring die mensen hebben met een bepaalde behandeling en hun voorkeur. Respondenten die weleens gedotterd zijn, hebben een duidelijke voorkeur voor dotteren. Respondenten die weleens behandeld zijn met medicatie, hebben meestal voorkeur voor medicatie, maar een ander deel zou gedotterd willen worden. We weten echter niet of dit betekent dat mensen volgens hun voorkeur zijn behandeld, of dat hun voorkeur beïnvloed wordt door de ervaring die zij hebben. De voorkeur van de respondenten die nooit last van stabiele angina pectoris hebben gehad ligt in lijn met de Europese richtlijn, die ook gevolgd wordt door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, waarbij medicatie in eerste instantie wordt aanbevolen. Er zijn echter signalen in Nederland van overbehandeling met dotteren, vooral bij mensen met stabiele angina pectoris. Ook internationaal zijn er signalen van overbehandeling met dotteren in bepaalde groepen patiënten met stabiele angina pectoris. In dit onderzoek is uitgegaan van een situatie waarin mensen die voor het grootste deel geen ervaring met pijn op de borst hebben een keuze moesten maken voor een behandeling. De vraag is of hun voorkeur verandert wanneer ze daadwerkelijk voor de keuze staan. Voor vervolgonderzoek is het interessant om hiernaar te kijken. Internationaal onderzoek laat zien dat geïnformeerde patiënten over het algemeen vaker kiezen

voor minder invasieve behandelingen¹¹. Dit zou er op kunnen duiden dat wanneer patiënten bij de keuze betrokken worden zij vaker voor medicatie dan dotteren zouden kiezen. Ook blijkt uit ander onderzoek dat er grote verschillen zijn in de mate waarin in ziekenhuizen dotterbehandelingen worden toegepast¹². Dit zou kunnen betekenen dat het voor mensen uitmaakt naar welk ziekenhuis ze gaan. Uit het oogpunt van kosteneffectiviteit en vanuit het idee dat voorkeuren van mensen moeten worden meegenomen, zou het voorlichten van patiënten er toe kunnen leiden dat meer mensen behandeld worden met medicatie.

Onderzoeksmethode

In juni 2013 hebben 1.854 panelleden uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL een vragenlijst ontvangen met vragen over, onder andere, keuzes voor medische behandelingen. 765 mensen ontvingen een schriftelijke vragenlijst en 1.089 mensen een online vragenlijst. De respons op de vragenlijst was 70% (N=1.300). Voor meer informatie kunt u terecht op www.nivel.nl/consumentenpanel of e-mailen naar consumentenpanel@nivel.nl. Meer informatie over het panel is ook te vinden in: Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M, Jong JD de. *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel (2012)*. Utrecht: NIVEL, 2012.

Referenties

- Barry MJ. (2012). Shared decision making Informing and involving patients to do the right thing in health care. *J Ambulatory Care Manage.* vol. 35 (2), pp. 90-98
- Behnke LM, Solis A, Shulman SA, Skoufalos A. (2013). A targeted approach to reducing overutilization: use of percutaneous coronary intervention in stable coronary artery disease. *Population Health Management.* vol. 16 (3).
- CVZ (2011). Pakketscan Coronaire Hartziekten. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken. Diemen, 2011.
- Mayor S. (2007). Drugs are as good as PCI in stable coronary artery disease. *BMJ News.* vol. 334, pp. 713.
- Pfisterer ME, Zellweger MJ, Gersh BJ. (2010). Management of stable coronary artery disease. *Lancet.* vol. 375, pp. 763-772.
- Plexus (2010). Praktijkvariatie rond indicatiestelling in Nederlandse ziekenhuizen. Presentatie van de indicator “praktijkvariatie” voor 7 aandoeningen op basis van gegevens uit 2008. Den Haag, 2010.
- Pursnani S, Korley F, Gopaul R, Kanade P, Chandra N, Shaw RE, Bangalore S. (2012). Percutaneous coronary intervention versus optimal medical therapy in stable coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Circ Cardiovasc Interv.* vol. 5 (4), pp. 476-490.
- Thomas S, Gokhale R, Boden WE, Devereaux PJ. (2013). A meta-analysis of randomized controlled trials comparing percutaneous coronary intervention with medical therapy in stable angina pectoris. *Canadian Journal of Cardiology.* vol. 29, pp. 472-482
- Wennberg JE. (2010). Tracking medicine. A researcher’s quest to understand health care. Oxford University Press, 2010.

¹¹ Wennberg, 2010

¹² Plexus, 2010

Wijesundera HC, Nallamotheu BK, Krumholz, HM, Tu JV, Ko DT. (2010). Meta-analysis: effects of percutaneous coronary intervention versus medical therapy on angina relief. *Ann Intern Med.* vol. 152 (6), pp. 370-379.

Bijlage 1: Casus voorgelegd in de vragenlijst

Pijn op de borst

Stel, u heeft aanvallen van pijn op de borst. Deze aanvallen ontstaan bij inspanning, plotselinge kou of heftige emoties en stoppen bij rust na een paar minuten. De aanvallen worden veroorzaakt door vernauwing van de bloedvaten rond het hart.

U heeft keuze uit twee behandelopties:

Optie A: Een gezonde leefstijl gecombineerd met medicijnen

- Een gezonde leefstijl houdt in dat u niet rookt, afvalt als u overgewicht heeft, voldoende beweegt en gezond en gevarieerd eet.
- Bijwerkingen die soms voorkomen bij de medicijnen zijn onder andere maag- en darmklachten en vermoeidheid. Bijwerkingen die zelden voorkomen zijn onder andere duizeligheid, hoofdpijn en koude handen en voeten.
- Als u een aanval voelt opkomen, neemt u extra medicijnen die meteen helpen.
- Een gezonde leefstijl gecombineerd met medicijnen moet u waarschijnlijk de rest van uw leven volhouden.
- De combinatie van medicijnen en een gezonde leefstijl leidt meestal binnen enkele maanden tot minder aanvallen.
- Sommige mensen moeten alsnog gedotterd worden.

Optie B: Dotteren

- Bij dotteren wordt via de lies een ballonnetje ingebracht om de vernauwde bloedvaten rond het hart wijder te maken.
- U wordt één dag in het ziekenhuis opgenomen.
- Er is een kleine kans op complicaties, zoals een bloeditstorting bij de lies, een afwijking van het hartritme of een overgevoeligheidsreactie. In zeer uitzonderlijke gevallen zijn er blijvende complicaties.
- Na het dotteren heeft u geen klachten meer, u moet enkele dagen rust houden.
- Na de behandeling moet u dagelijks medicijnen slikken en wordt een gezonde leefstijl aanbevolen.
- Bijwerkingen die soms voorkomen bij de medicijnen zijn onder andere maag- en darmklachten en vermoeidheid. Bijwerkingen die zelden voorkomen zijn onder andere duizeligheid, hoofdpijn en koude handen en voeten.
- Na een aantal jaar moet u mogelijk opnieuw gedotterd worden.