

Wat is waar? Spelen met GGZ-cijfers

Ong et al. plaatsen vraagtekens bij de resultaten uit de enquête die de afdeling kwaliteit van zorg (WOK, UMC St Radboud) in samenwerking met het Nivel in de zomer 2001 heeft uitgevoerd (H&W 2003;46:257-8).

Uit onze enquête blijkt dat volgens de huisartsen (n=1336) een op de vijf consulten een patiënt met psychische of psychosociale problemen betreft.^{1,2} De resultaten zeggen dus vooral iets over de gepercipieerde taakbelasting van de huisarts, en niet over de feitelijke prevalentie. Wij hebben geenszins de pretentie uitgesproken te doen over de prevalentie van psychische of psychosociale aandoeningen op basis van de landelijke enquête. Het lijkt ons een misvatting om met prevalentiecijfers aan te tonen dat huisartsen zich vergissen in hun taakbelasting. Als huisartsen het gevoel hebben dat de zorg voor deze patiënten 20% van hun tijd kost, dan is dat een feit op zichzelf. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of de huisartsen de taakbelasting goed ingeschat hebben. Het signaal dat besloten ligt in de gepercipieerde taakbelasting is hoe dan ook een goede reden om ondersteuning te bieden bij dit onderdeel van hun taak.

Ook uit de auteurs kritiek op het cijfer '20% van het ziekte-aanbod bestaat uit psychische en sociale problematiek' omdat dit cijfer niet met wetenschappelijke referenties wordt onderbouwd. De beschikbare cijfers ontlopen het percentage van 20% echter niet veel. Afhankelijk

van de onderzoekspopulatie en -methode worden cijfers van 15-25% genoemd.³

Om een nog scherper beeld van de omvang van de problematiek te verwerven, voeren we momenteel een onderzoek uit naar het medisch handelen van huisartsen bij psychische en psychosociale problemen. Op basis van LINH-gegevens zal het aantal contacten, verwijzingen en geneesmiddelvevoorschriften in kaart worden gebracht.

MGH Laurant, AJM Drenthen,
JHM Manders, RPTM Grol

1. Visscher A, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg: de resultaten van een landelijke enquête. Nijmegen: Rapport, Centre for Quality of Care Research, UMC St Radboud. Mei 2002.
2. Laurant MGH, Drenthen AJM, Timmermans AE, Blanken CJM, Verhaak PFM, Grol RTPM. Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts. Medisch Contact 2001;56:1780-3.
3. Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Zorg van velen. Den Haag. Februari 2002.

Antwoord

In de reactie van Laurant et al. wordt gesteld dat: '... het een misvatting is om met prevalentiecijfers aan te tonen dat huisartsen zich vergissen in hun taakbelasting.' We hebben echter nooit de bedoeling gehad prevalentiecijfers met die van taakbelasting te vergelijken. Wij tonen (naast de prevalentiecijfers) concrete cijfers over de gevonden werkbelasting in de huisartsenpraktijk. Slechts bij 8,3% van alle consulten in de huisartsenpraktijken van het registratienetwerk RNUH-LEO is een episode uit het P-of-Z

hoofdstuk van de ICPC gecodeerd.

Verder valt de door onze huisartsen gerapporteerde prevalentie binnen de range van 15-25%, zoals genoemd in het rapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Maar zoals Laurant et al. ook melden, zijn de gevonden prevalentiecijfers afhankelijk van de onderzoekspopulatie en -methode. Wij kijken met belangstelling uit naar de cijfers gebaseerd op registratiegegevens van LINH.

Rob Ong, Adriaan Timmers,
Margot de Waal, Fred Dijkers

Kennistoets

Vraag 7 van de kennistoets (H&W 2003; 46(7):408) is mijns inziens niet juist beantwoord maar wel juist becommentarieerd.

In de stelling beweert de huisarts dat bij alopecia areata de haargroei zich vanzelf herstelt. Dat is helaas niet altijd waar. Het is wel waar dat als de haargroei zich herstelt, dat vanzelf komt, en niet door een of andere therapie.

Annet Matser

Antwoord

Collega Matser heeft gelijk dat er, zoals in de toelichting staat, enkele patiënten zijn bij wie de aandoening blijvend is. Voor de meerderheid der patiënten is het antwoord echter juist.

Margriet Bouma, huisarts,
wetenschappelijk medewerker NHG
Wilma Spinnewijn, huisarts,
coördinator werkgroep kennis SVUH

Cochrane-reviews

Helpen placebo's?

Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Placebo treatment versus no treatment (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

Achtergrond In 1955 publiceerde Bee-

cher een artikel over het aanzienlijke effect van placebobehandelingen. Dit artikel heeft tot ver in vorige eeuw invloed gehad. Niet de eerste de beste onderzoekers (Lasagna, Brown) kwamen tot de conclusie dat placebo's effect hadden bij de behandeling van condities zoals pijn, astma, hypertensie en zelfs

myocardinfarct. Pas eind jaren negentig barstte de kritiek los. Bij nauwkeurige analyse bleek dat de onderzoekers slechts hadden gekeken naar het verschil tussen de metingen vóór en na de (placebo)interventie in gerandomiseerde onderzoeken, terwijl men voor een juiste beoordeling een placebobehandeling zou

moeten vergelijken met helemaal niets doen.

Zoekstrategie en inclusiecriteria

Gerandomiseerde placebotrials met een controlegroep die geen behandeling kreeg, werden ingesloten. Twee onderzoekers stelden onafhankelijk van elkaar de kwaliteit van de trials en gegevensverzameling vast.

Resultaten Van de 130 bestudeerde trials bleken er 114 ingesloten te kunnen worden. Deze vertegenwoordigden interventies bij 40 klinische condities. De uitkomstmaten waren dichotoom in 32 trials (3795 patiënten) en continu in 82 (4730 patiënten).

Er werd geen statistisch gepooled significant effect gemeten in onderzoeken met binaire uitkomstmaten (RR 0,95; 95%-BI 0,88-1,02). Ook voor subjectieve (RR 0,95; 95%-BI 0,86-1,05) en objectieve uitkomsten (RR 0,91; 95%-BI 0,80-1,04) was er geen significant effect. Er was geen *sample size bias* en er was statistische significante heterogeniteit ($p < 0,03$).

Bij placebo-interventies met continue uitkomstmaten was er wel een statistisch significant effect (*standard mean difference* (SMD) $-0,28$; 95%-BI $-0,38 - -0,19$). De SMD voor objectieve uitkomsten was niet significant (SMD $-0,12$; 95%-BI $-0,27-0,03$) maar wél voor subjectieve uitkomsten (SMD $-0,36$; 95%-BI $-0,47 - -0,25$). Er was hier wel sprake van *sample size bias* en van statistische significante heterogeniteit ($p < 0,001$).

Bij onderzoek naar interventies bij condities waarbij minstens 3 trials waren verricht (in totaal 9 condities zoals misselijkheid, pijn, astma, hypertensie, slapeloosheid, angst, overgewicht, neiging na stoppen met roken weer terug te vallen in de zonde of terugval in depressie na

behandeling) werd slechts bij de behandeling van pijn een gering significant effect gevonden (SMD $-0,27$; 95%-BI $-0,40 - -0,15$). Ook hier was er weer substantieel risico voor bias.

Conclusie De auteurs concluderen dat er in het algemeen geen effect van placebo-behandelingen is te verwachten. Mogelijk is er enig effect op subjectieve uitkomsten, maar dit kan niet goed onderscheiden worden van (allerlei vormen van) bias.

Commentaar

Op het eerste gezicht lijkt een placebobe-handeling dus helemaal niets te doen. Slechts in enkele trials met continue subjectieve uitkomstmaten en trials over de behandeling van pijn blijkt een placebo wat te doen. Bij het effect van placebobe-handeling op pijn werd een verbetering van 6 mm op een schaal van 100 mm gevonden (een derde van het effect van een NSAID). Het is overigens de vraag of deze statistische significante bevinding ook enige klinische relevantie heeft.

Bij nader inzien zijn er eigenlijk wel erg veel haken en ogen aan deze review. Hoe zit het met de heterogeniteit van de trials? Er zijn maar 40 klinische condities bestudeerd en maar weinig onderzoeken ingesloten over de kwaliteit van leven en welzijn van de patiënt. Ook zijn er veel statistische problemen die tot bias geleid kunnen hebben, zoals de grootte van de trials: in kleinere trials werd meestal een groter effect gemeten dan in trials met grotere aantallen deelnemers, met name bij trials met continue uitkomstmaten.

In deze review werden ook onderzoeken ingesloten waarbij de placebo op een therapeuticum lijkt en misschien ook wel therapeutische werking heeft. Zo werd in drie trials de invloed van NaCl 0,9% als

placebo op rinorroe bestudeerd. Wie zegt ons dat een zoutoplossing niet helpt? Ten slotte, mag je nu concluderen dat de placebopoot vervangen kan worden door een groep die geen behandeling krijgt? Dat is nog maar de vraag: we weten dat niet volledig geblindeerde trials ten opzichte van dubbelgeblindeerde trials gemiddeld 14% grotere effecten (gemeten als odds-ratio's) laten zien. Hoe kan je onderscheiden tussen een effect en (reporting) bias bij onderzoeken van patiënten, die niet weten of ze het middel krijgen of de placebo (de geblindeerde groep) met patiënten, die weten dat ze niets krijgen (de ongeblindeerde groep)? Als patiënten niet behandeld worden, gaan ze dan niet eerder ergens anders shoppen op zoek naar genezing of stappen ze uit het onderzoek? Kortom overal ligt vertekening op de loer.

Wat betekent dit nu voor ons huisartsen? Enerzijds kunnen we opgelucht ademhalen. Veel van wat er in onze standaarden wordt beweerd is gebaseerd op uitkomsten van RCT's en als placebo's meer zouden doen dan we veronderstelden, zou de ellende (of vreugde?) niet te overzien zijn geweest! De echte dokter weet natuurlijk allang dat een placebo slechts schallend koper of een rinkelende cimbaal is en dat het medisch-ethisch niet juist is ze aan patiënten voor te schrijven. Maar een definitieve uitspraak dat ze helemaal niets doen, lijkt toch nog voorbarig. Misschien is het streven om een placebo met geen behandeling te vergelijken uiteindelijk onmogelijk.

Henk Thiadens