

aanwezigheid van een prostaatacarcinoom verhoogd van 15 naar 37%.

TOH de Jongh

Kwaliteit kan niet zonder meten

Marc Berg en Wim Schellekens gaan wel erg kort door de bocht in *Kwaliteit kan niet zonder meten* (H&W 2005;48:519-20). Ze stellen dat huisartsen in Engeland significant meer inkomsten verwerven door te scoren op prestatie-indicatoren en dat er sindsdien een 'ongekend snelle stijging van de geleverde kwaliteit' te zien is.

Ik ben zo'n huisarts. Mijn groepspraktijk scoort inderdaad heel veel punten, maar niemand van ons gelooft dat de kwaliteit sterk is verbeterd. Wel geloven we dat we – met inbegrip van onze *practice manager* en administratieve medewerkers – er erg goed in zijn om vaker toetsen aan te slaan. Veel van wat we allang deden wordt nu in klinkende munt omgezet. Erover opscheppen kunnen we niet: ons verhaal is de norm.

De prestatie-indicatoren hebben echter een opdringerig karakter. Daardoor dreigt er minder aandacht over te blijven voor wat de indicatoren niet vastleggen: kwetsbare en sociaal achtergestelde patiënten, persoonlijke continuïteit, comorbiditeit en andere zaken. In feite leggen de huidige indicatoren een premie op het veronachtzamen daarvan.

Voorts klagen Berg en Schellekens lichtvaardig over het gebrek aan volgzzaamheid ten aanzien van de 'state of the art: standaarden c.q. richtlijnen en *best practices*'. Richtlijnen bieden goede uitgangspunten, maar moeten kritisch worden bezien. Veel evidence is gebaseerd op sterk geselecteerde patiëntenpopulaties, dikwijls zonder comorbiditeit.¹ Bovendien slaan het Britse parlement² en de ex-hoofdredacteur van de *British Medical Journal*³ alarm over de invloed van farmaceutische bedrijven op de publicatie- en richtlijnenindustrie. Vakbladen en richtlijnen worden daardoor minder geloofwaardig. Onlangs woonde ik een voordracht bij van Amanda Burls en Josie

Sandercock waarin dit werd bevestigd.⁴ Ze deden de soms ontstellende manipulatie uit de doeken bij het voorleggen van onderzoeksgegevens.

Nog belangrijker is dat de autonomie van de patiënt bijzaak dreigt te worden. Als excessief meten en prestatiecontracten een bepaald beleid opdringen, blijft er minder ruimte over voor patiënten zelf. Patiënten, met hun unieke, soms veranderende omstandigheden, die met hulp van hun dokters bepalen wat het beste is. Linn Getz en collegae stelden in dit verband terecht de ondoordachte toename van opportunistische preventie aan de kaak.⁵

Gilles de Wildt, huisarts in Birmingham

- 1 *Hard Lives: Improving the Health of people with Multiple Problems*. Health Inequalities Standing Group of the Royal College of General Practitioners. London, 2003. <http://www.rcgp.org.uk/clinspec/docs/1HIneqSGStatements.pdf>. Geraadpleegd 28-9-2005.
- 2 Ferner RE. The influence of big pharma. *BMJ* 2005;330:855-6.
- 3 Smith R. Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. *PLoS Medicine* Vol. 2, No. 5, e138. <http://www.plosmedicine.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020138>. Geraadpleegd op 28-9-2005.
- 4 Burls A, Sandercock J. How to make a compelling submission to NICE: tips for sponsoring organizations. *BMJ* 2003;327:1446-8.
- 5 Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003;327:498-500.

Antwoord

Wij stelden dat de kwaliteitsmeting noodzakelijk is voor de eigen kwaliteitsverbetering, maar ook om verantwoording af te leggen naar de patiënt en de maatschappij (zorgverzekeraars). Verantwoording afleggen over de besteding van publieke gelden hoeft geenszins bedreigend te zijn, integendeel, het is een uitdaging. De Wildt refereert naar het recente 'GP Contract', waarbij huisartsen die op een aantal kwaliteitsindicatoren hoog scoren een aanzienlijke financiële 'bonus' krijgen. Zonder in details te treden heeft De

Wildt gelijk met de constatering dat de Engelse huisartsen sneller dan verwacht massaal heel hoog scoorden. De redenen hiervoor zijn divers, maar het laat onverlet dat daar voor het eerst echt inzicht is in de geleverde kwaliteit, dat verschillen zichtbaar worden, en dat er een forse stimulans tot verbetering is geïntroduceerd. Perfect is het systeem niet – een perfect systeem bestaat ook niet – en de 'lat' lijkt te laag gelegd. Waarom geven we in Nederland niet, binnen de bestaande middelen, huisartsen die hoog scoren een bonus, en huisartsen die onder het gemiddelde scoren een malus?

Het argument dat dat ten koste gaat van wat de indicatoren niet meten, is vreemd. We belonen huisartsen nu ook niet als ze extra hard werken voor sociaal zwakke patiënten – in tegendeel. Alleen op geld beluste individuen laten essentiële aspecten van zorg versloffen die de indicatoren niet dekken. En dat zijn huisartsen toch niet?

De Wildt stelt terecht dat richtlijnen kritisch moeten worden beoordeeld omdat ze gebaseerd zijn op onderzoek met selectieve patiëntenpopulaties, zonder rekening te houden met comorbiditeit. Dat betekent dan natuurlijk niet dat daarmee richtlijnen of NHG-Standaarden niet een uiterst belangrijk hulpmiddel zijn om in goed overleg met de patiënt te komen tot een verantwoorde diagnostiek en behandeling. Deze is dan ook toetsbaar, en de arts kan er ook verantwoording over afleggen. Afwijken van richtlijnen en standaarden kan zelfs noodzakelijk zijn, maar dan wel expliciet en gemotiveerd.

Ook meldt De Wildt de doorwerking van de belangen van de farmaceutische industrie in wetenschappelijk onderzoek en bij de totstandkoming van richtlijnen. Vanzelfsprekend moet de screening van de literatuur als onderbouwing van richtlijnen en standaarden toetsbaar zijn, en moet men mogelijke beïnvloeding expliciet maken. We moeten echter niet doorslaan, en op grond van dit probleem alle richtlijnen en standaarden besmet verklaren. Zonder farmaceutische industrie geen wetenschappelijk onderzoek naar

(nieuwe) geneesmiddelen, en dat kan ook niet de bedoeling zijn.

Zoals bij de hele huisartsgeneeskunde: het blijft werken vanuit een wetenschap-

pelijke basis, toegepast op de individuele patiënt met zijn individuele noden en wensen en eigen specifiek omstandigheden. De huisartsgeneeskunde is juist zo

uitdagend omdat het geneeskunde én geneeskunst is binnen een persoonlijke relatie.

Wim Schellekens, Marc Berg

Cochrane-reviews

Vitamine B₁₂ oraal versus intramusculair voor vitamine-B₁₂-deficiëntie

Vidal-Alaball J, Butler C, Cannings-John R, Goringe A, Hood K, McCaddon A, et al. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. CD004655. DOI: 10.1002/14651858.

Achtergrond Vitamine-B₁₂-deficiëntie komt algemeen voor. Huisartsen behandelen patiënten met deze aandoening doorgaans met vitamine B₁₂ intramusculair. Dat zou ook anders kunnen. Meerdere onderzoeken wijzen uit dat orale toediening van vitamine B₁₂ even effectief is als intramusculaire injectie. Bovendien bestaat daar in Zweden en Canada ervaring mee.

Doel Beoordeling van de effectiviteit van vitamine B₁₂ per os in vergelijking met de gebruikelijke intramusculaire toedieningsvorm.

Zoekstrategie Er werd begin 2005 gezocht in de Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE en Lilacs. De auteurs zochten de referenties van alle gevonden onderzoeken na. Bovendien namen zij contact op met de auteurs van relevante onderzoeken, onderzoekers en relevante farmaceutische bedrijven en zochten zij in het National Research Register (UK), Current Controlled Trials en National Institutes of Health (USA) naar informatie over andere ongepubliceerde, gepubliceerde en lopende onderzoeken.

In de review werden RCT's opgenomen die orale en intramusculaire toediening van vitamine B₁₂ vergeleken.

Uitkomstmaten De primaire uitkomstmaten waren vitamine-B₁₂-serumspiegels en

symptomen van vitamine-B₁₂-deficiëntie. Bijkomende uitkomstmaten waren: Hb, MCV, homocysteïne en methylmalonzuurspiegels, kosten, bijwerkingen, acceptatie van de behandeling en algemeen welbevinden van de patiënt.

Resultaten Twee (niet-geblindeerde) onderzoeken werden in de review opgenomen. Het eerste onderzoek vergeleek dagelijks 2000 mcg cyanocobalamine per os (18 patiënten) met maandelijks 1000 mcg intramusculair (15 patiënten).¹ In beide groepen trad in 4 gevallen een duidelijke neurologische verbetering op. Vitamine-B₁₂-serumspiegels na 2 maanden waren hoger bij toediening per os dan bij intramusculaire toediening (634 +/- 328 pg/ml respectievelijk 306 +/- 118 pg/ml; p<0,001). Het verschil nam toe na 4 maanden (1005 +/- 595 respectievelijk 325 +/- 165 pg/ml; p<0,0005). Waar het de secundaire uitkomstmaten betreft, waren er geen verschillen. De auteurs van dit onderzoek stellen dat de orale behandeling beter werd verdragen dan de injecties en daarbij goedkoper bleek, in beide gevallen zonder te rapporteren hoe dat beoordeeld werd.

Het tweede onderzoek vergeleek 1000 mcg vitamine B₁₂ per dag per os gedurende 10 dagen, gevolgd door 1 dosis per week (26 patiënten) met een gelijke dosis intramusculair gedurende eveneens 10 dagen gevolgd door 1 dosis per maand (34 patiënten).² In beide gevallen werden verbeteringen gerapporteerd in het cognitief functioneren en de klachten van neuropathie, echter zonder overtuigend verschil tussen de beide regimes. In beide gevallen stegen de vitamine-B₁₂-serumspiegels, maar verschillen tussen de regimes werden niet geanalyseerd.

Conclusies De auteurs stellen dat er op grond van deze review beperkt bewijs is dat dagelijkse toediening van 1000-2000 mcg vitamine B₁₂ per os even effectief is als intramusculaire toediening eenmaal per maand. Dat geldt volgens hen ook voor patiënten met een aandoening die met malabsorptie geassocieerd wordt. Orale toediening van vitamine B₁₂ zou – ondanks het beperkte bewijs – een goede keus zijn voor veel patiënten omdat er minder bezoeken aan de huisartsenpraktijk voor nodig zijn en het ongemak door de injectie vervalt. Monitoring van de behandeling is volgens de auteurs, onafhankelijk van de toedieningsvorm, van belang.

Commentaar

Het vervangen van de bij ons gebruikelijke tweemaandelijks injectie met vitamine B₁₂ door orale toediening lijkt op het eerste gezicht aantrekkelijk. Deze review wijst ons op deze mogelijkheid maar biedt onvoldoende argumenten om dat ook zonder meer te doen.

De auteurs bespreken een tweetal niet-geblindeerde onderzoeken met een relatief korte follow-up. Meer informatie is er kennelijk niet. De onderzochte populaties zijn bovendien heterogeen wat betreft de onderliggende pathologie en klein: 38 en 70 deelnemers. Meta-analyse was niet mogelijk wegens de te grote verschillen tussen de onderzoeken. Het kleinste onderzoek meldt 5 (13%) en het grootste 10 (14%) uitvallers terwijl geen intention-to-treatanalyse werd gedaan.

De auteurs zijn toch positief, vooral omdat orale toediening minder belastend zou zijn voor de patiënt. Dat is maar gedeeltelijk waar. In mijn ervaring