

## Een richtlijn in de praktijk

J. SPIJKER, A.J.A. KAASENBROOD, W.J. DE VRIES

**ACHTERGROND** Er is weinig onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van richtlijnen in de algemene psychiatrische praktijk.

**DOEL** De toepasbaarheid onderzoeken van een algemene richtlijn voor de biologische behandeling van depressie in een grote instelling voor geestelijke volksgezondheid.

**METHODE** In de Gelderse Roos (een instelling voor geestelijke volksgezondheid) hebben de psychiaters van de instelling gedurende één jaar de afwijkingen van de richtlijn en de redenen daarvoor besproken. Na dat jaar werd een enquête gehouden over de waardering van de richtlijn.

**RESULTATEN** Er werden vele redenen genoemd om af te wijken van de richtlijn. Deze waren deels patiëntgebonden, zoals leeftijd, ras en ziektekenmerken, en deels contextgebonden, zoals eerdere behandelingen en voorkeuren van patiënt en behandelaar voor niet-medicamenteuze behandelopties. Ondanks deze beperkingen werd de richtlijn door de psychiaters als ondersteunend ervaren.

**CONCLUSIE** Een algemene richtlijn voor de biologische behandeling van depressie lijkt de psychiatrische behandelpraktijk maar matig te dekken. Er worden opties besproken hoe hiermee verder te gaan.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)11, 763-767]

**TREFWOORDEN** depressie, richtlijn, toepasbaarheid

In de gezondheidszorg worden momenteel op grote schaal richtlijnen voor goed medisch handelen ontwikkeld, die tot doel hebben om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren. Deze richtlijnen worden veelal landelijk ontworpen door beroepsverenigingen en vervolgens verspreid onder de professionals. Het gebruik van richtlijnen valt vaak tegen en daarom is veel onderzoek verricht met als doel de implementatie te verbeteren (Grol & Wensing 2003).

Eén belangrijk argument om een richtlijn niet te gebruiken, is dat de richtlijn niet van toepassing is op de patiënten die in de alledaagse behandelpraktijk worden gezien. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een enquête onder verschillende medici (Van Everdingen 2003). Ook in de psychiatrie is dit een veel gehoord argument in de discussies over de

invoering van richtlijnen. Dat dit argument valide is, blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van Zimmerman e.a. (2002): slechts 14% van een depressieve poliklinische populatie zou geïncludeerd kunnen worden voor deelname aan een *randomized clinical trial* (RCT). En de RCT is nu juist het type onderzoek waarop een richtlijn zich bij voorkeur baseert (Swinkels 2003). Opvallend genoeg is er nog nauwelijks specifiek onderzoek naar toepasbaarheid van richtlijnen in de dagelijkse psychiatrische praktijk gedaan.

In de Gelderse Roos, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, werd een richtlijn voor de biologische behandeling van patiënten met een depressieve stoornis<sup>1</sup> opgesteld (in grote lijnen overeenkomstig de CBO-richtlijn (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg 1994; De Groot

1995). Binnen de vakgroep van psychiaters werd afgesproken dat de invoering van de richtlijn gepaard zou gaan met een onderzoek naar de toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk. In het onderzoek werd aan psychiaters gevraagd om juist afwijkingen van de richtlijn te bespreken. Een achterliggende vraag was of beperkingen in de toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk de waardering en het gebruik van de richtlijn zouden belemmeren.

## METHODE

Binnen de vier locaties van de Gelderse Roos werden de psychiaters uitgenodigd om vier keer per jaar in focusgroepen bijeen te komen om, aan de hand van concrete gevalsbeschrijvingen, afwijkingen van de richtlijn te bespreken. De focusgroepen stonden onder leiding van een collega-psychiater. Van elke ingebrachte gevalsbeschrijving werden kort de kenmerken genoteerd en het verloop van de discussie. De informatie werd centraal verzameld. Na een jaar kregen alle psychiaters uit de Gelderse Roos een vragenlijst toegezonden om hun oordeel over het nut en de bruikbaarheid van de richtlijn en hun waardering van de focusgroepen, voorzover ze daaraan hadden deelgenomen, te onderzoeken. De vragenlijst bestond uit 15 meerkeuzevragen en daarnaast was er ruimte om aanvullende opmerkingen te maken.

den om hun oordeel over het nut en de bruikbaarheid van de richtlijn en hun waardering van de focusgroepen, voorzover ze daaraan hadden deelgenomen, te onderzoeken. De vragenlijst bestond uit 15 meerkeuzevragen en daarnaast was er ruimte om aanvullende opmerkingen te maken.

## RESULTATEN

**Bijeenkomsten** In plaats van de beoogde zestien hebben er wegens praktische redenen slechts tien bijeenkomsten van de focusgroepen plaatsgevonden. Er waren tussen de drie en acht psychiaters per keer aanwezig. Een analyse van de verslagen van de bijeenkomsten leverde een indruk op van redenen om af te wijken van de richtlijn. Naar mening van de psychiaters is de richtlijn verminderd van toepassing bij specifieke groepen patiënten. Daarnaast blijken er verschillende overwegingen te zijn die meer met de context te maken hebben, die ertoe kunnen leiden dat de psychiater afziet van de toepassing van de richtlijn of afzonderlijke aanbevelingen in de richtlijn (zie tabel 1).

TABEL 1 Door psychiaters opgegeven redenen om af te wijken van een interne richtlijn voor de biologische behandeling van patiënten met een depressieve stoornis

### Patiëntgebonden redenen tot afwijken van de richtlijn

Patiënten met somatische en/of psychiatrische comorbiditeit, omdat de werkzaamheid van antidepressiva dan als minder wordt ingeschat.

Patiënten met polyfarmacie wegens gevreesde interacties met andere medicamenten.

Kinderen en jeugdigen, omdat men terughoudend is met het voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen.

Depressieve ouderen bij wie andere behandelopties, zoals elektroconvulsieve therapie, eerder overwogen worden.

Allochtone depressieve patiënten wegens een mogelijk afwijkend metabolisme van de psychofarmaca.

Patiënten die in gespecialiseerde afdelingen voor therapieresistentie behandeld worden vanwege de complexiteit van de problematiek.

### Contextgebonden redenen tot afwijken van de richtlijn

Psychosociale aspecten voor het ontstaan of het instandhouden van de depressie komen in de richtlijn niet aan bod. Daardoor ontbreekt een evenwichtig overzicht van andere, niet-biologische behandelopties die ook bewezen effectief zijn.

De eigen voorkeur van de patiënt ten aanzien van de behandeling kan ertoe leiden dat afgezien wordt van een medicamenteuze aanpak.

De voorkeur van de patiënt voor specifieke medicamenten kan ertoe leiden dat de richtlijn niet wordt gevolgd.

Bij twijfels over de medicatie-inname kan worden afgezien van antidepressiva wegens het risico van overdosering.

Bij dwangbehandeling wordt afgeweken van de richtlijn, omdat er geen parenterale vorm van antidepressiva bestaat.

Bij een onvolledige documentatie van de voorafgaande behandelgeschiedenis blijkt het moeilijk om de juiste stap van de richtlijn in te schatten.

Enquête Zevenentwintig van de 45 (60%) psychiaters van de instelling stuurden de enquête ingevuld terug. Hiervan bleken 12 psychiaters (44%) de richtlijn systematisch te gebruiken bij de behandeling van patiënten met een depressie; 18 (67%) vonden de richtlijn nuttig tot zeer nuttig. Zestien van de 27 (59%) hadden deelgenomen aan één of meer van de focusgroepen. Van deze 16 psychiaters vonden 13 (81%) de focusgroepen zinvol tot zeer zinvol. Het oordeel over de bruikbaarheid van de richtlijn was niet gewijzigd bij het merendeel van de psychiaters (81%) die hadden deelgenomen aan de focusgroepen, evenmin als het gebruik van de richtlijn (75%). Bijna alle psychiaters (94%) die hadden deelgenomen aan de focusgroepen waren voor voortzetting van deze methode van casuïstiekbespreking, ook voor andere richtlijnen.

## DISCUSSIE

Dit onderzoek levert waardevolle informatie op over de toepasbaarheid van een richtlijn voor biologische behandeling van depressie in de algemene praktijk. Het bijzondere van de methode was de nadruk die werd gelegd op het afwijken van de richtlijn. In eerdere bijeenkomsten van professionele groepen is met name veel aandacht besteed aan het maken van afspraken over de toepassing van de richtlijnen, maar het daadwerkelijk gebruik – laat staan het afwijken van de richtlijn – is voorzover bekend in deze vorm geen onderwerp van gesprek geweest.

De toepasbaarheid van de richtlijn blijkt duidelijk beperkingen te kennen. Gezien de aard van dit kwalitatieve onderzoek zijn geen definitieve uitspraken mogelijk, maar de depressierichtlijn lijkt het best toepasbaar bij volwassen, autochtone, depressieve patiënten met weinig of geen comorbiditeit, die behandeling ontvangen in de transmurale ggz (polikliniek, deeltijdbehandeling en opnameafdeling). Bij kinderen en jeugdigen, allochtonen, in mindere mate ouderen en psychiatrische patiënten met complexe, comorbide pro-

blematiek die in gespecialiseerde settings worden behandeld, heeft de richtlijn minder te bieden en de indruk bestaat dat aanpassingen nodig zijn.

Verder moet een richtlijn voor biologische behandeling van depressie niet als een geïsoleerd behandelinstrumentarium gebruikt worden, maar is een ruimere behandelvisie nodig waarin ook zorgaspecten en psychotherapeutische interventies een plaats hebben. De multidisciplinaire richtlijn depressie (in voorbereiding, [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)) zal daar hopelijk in voorzien.

Opvallend is dat het bespreken van de beperkingen in de bruikbaarheid van de richtlijn niets toevoegt of afdoet aan het gebruik van de richtlijn. Het bestaan van de richtlijn werd als ondersteunend en waardevol ervaren door het merendeel van de psychiaters die aan het onderzoek meewerkten. De betekenis van de richtlijn lijkt niet een uit te voeren protocol, maar veeleer een sturend element op de achtergrond waaraan men het eigen handelen toetst.

**Beperkingen** Er zijn uiteraard enkele beperkingen aan dit onderzoek verbonden. Ten eerste de beperkingen die horen bij kwalitatief onderzoek. Er is een indruk gekregen welke redenen er waren om de richtlijn niet toe te passen, maar niet bekend is hoe vaak dit voorkwam en hoe doorslaggevend die factoren waren. De indruk bestaat dat de ingebrachte casuïstiek veelvoorkomend was. Echter, nieuw onderzoek zou meer licht kunnen werpen op de toepasbaarheid in kwantitatieve zin.

Verder zijn er natuurlijk vraagtekens te plaatsen bij de respons. De respons op de enquête was redelijk (60%), maar het is niet duidelijk wat de kenmerken zijn van de groep die niet repondeerde. Het lijkt aannemelijk dat de non-responders sceptischer staan tegenover de richtlijn. Uit de enquête blijkt dat 40% van de psychiaters niet heeft deelgenomen aan de focusgroepen. Dit percentage zou onder de non-responders op de enquête wel eens hoger kunnen zijn.

Als laatste is niet zeker hoe representatief de groep psychiaters van de Gelderse Roos is en in

hoeverre dus de uitkomsten ook landelijk van toepassing zijn.

#### TOT SLOT

Hoe verder met deze richtlijn (en richtlijnen in het algemeen)? Er zijn globaal twee wegen te bewandelen. De eerste is om de richtlijn beter in overeenstemming te brengen met de dagelijkse praktijk. Dat zou betekenen dat voor die indicaties waar de richtlijn minder op van toepassing is, aanvullingen nodig zijn. Probleem hierbij is dat er waarschijnlijk weinig wetenschappelijke evidence zal zijn voor de aanvullingen, bijvoorbeeld als het gaat om de biologische behandeling van depressies bij kinderen en jeugdigen en bij allochtone patiënten. De aanvullingen zouden dan op basis van consensusbijeenvakkomsten gemaakt kunnen worden, met als risico dat weinig onderbouwde lokale behandelpraktijken geïnstitutionaliseerd worden.

Een alternatief zou zijn om de bestaande richtlijn aan te houden en de gebruikers erop te attenderen dat voor beslissingen bij individuele casuïstiek gebruikgemaakt kan worden van de methode van de Evidence Based Mental Health (EBMH) (Sackett e.a. 2000); dus een eigen beoordeling van de meest geschikte interventie op basis van de relevante literatuur. Een richtlijn wordt dan veel meer een kapstok voor de minder gecompliceerde casuïstiek. Voor deze richting valt veel te zeggen. Een nadeel van deze richting is dat er mogelijk een grotere variatie in behandelinterventies blijft bestaan dan wenselijk en nodig is.

De toepasbaarheid van richtlijnen zal in nader onderzoek en verdergaande discussies onder professionals uitgezocht moeten worden. Een belangrijk voordeel is al wel behaald met de hier beschreven methode van invoering van de richtlijn: de discussie onder de psychiaters is gestart over ieders aanpak bij depressies. Hierdoor wordt de transparantie over behandelingen sterk vergroot. Dit alleen al kan leiden tot verbeteringen in de kwaliteit van de zorg.

#### NOOT

1. De besproken richtlijn is bij de eerste auteur op te vragen.

#### LITERATUUR

- Everdingen, J.J.E. van. (2003). Een hoop gedoe maar wel de moeite waard. Oordelen van artsen over richtlijnen. *Medisch Contact*, 12, 473-476.
- Grol, R., & Wensing, M. (2003). Leren implementeren, van wetenschappelijke kennis naar optimale patiëntenzorg. *Medisch Contact*, 12, 483-485.
- Groot, P.A. de. (1995). Consensus depressie bij volwassenen. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1237-1241.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. (1994). *Richtlijn Depressie bij Volwassenen*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., e.a. (2000). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM* (2de druk). London: Churchill Livingstone.
- Swinkels, J.A. (2003). *Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg; een zaak van stichten en richten. Rede bij aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar richtlijnontwikkeling in de GGZ*. Amsterdam: Vossiuspers.
- Zimmerman, M., Mattia, J.I., & Posternak, M.A. (2002). Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? *American Journal of Psychiatry*, 159, 469-473.

#### AUTEURS

J. SPIJKER is psychiater en beoogd A-opleider bij de Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei in Ede en onderzoeker bij het Trimbos-instituut in Utrecht.

A.J.A. KAASENBROOD is psychiater en A-opleider bij de Gelderse Roos in Wolfheze.

W.J. DE VRIES is senior wetenschappelijk onderzoeker bij GRIP (Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering) in Wolfheze.

Correspondentieadres: dr. J. Spijker, De Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei, Postbus 70, 6710 BB Ede.

E-mail: j.spijker@degelderseroos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-6-2004.

## SUMMARY

Guidelines in general psychiatric practice – J. Spijker, A.J.A. Kaasenbrood, W.J. de Vries –

**BACKGROUND** Little research has been done into the applicability of guidelines in general psychiatric practice.

**AIM** To determine the applicability of a general guideline regarding the biological treatment of depression in a large institution for mental health care.

**METHOD** Psychiatrists at the Gelderse Roos (an institution for mental health care) formed small focus groups in which they discussed in the course of a year to what extent actual treatment had deviated from the guideline and the reasons for these deviations. At the end of the year a postal survey was conducted with regard to the use and validity of the guideline.

**RESULTS** Respondents listed numerous reasons for deviating from the guideline: some were patient-related (e.g. age, race and symptoms), some were context-related (e.g. previous treatment, patients' and doctors' preferences for non-biological interventions). In spite of these deviations psychiatrists found the guideline helpful.

**CONCLUSION** A general guideline regarding the biological treatment of depression seems to have only limited applicability in a general psychiatric practice. Possible ways of dealing with this situation in the future are discussed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)11, 763-767]

**KEY WORDS** depression, guideline, use



## CATHARINA-ZIEKENHUIS

### Geavanceerde techniek & hoogwaardige zorg

Het Catharina-ziekenhuis is één van de 19 Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen **stz** in Nederland. Het ziekenhuis is innovatief en ambitieus. We streven naar een inspirerende en richtinggevende rol in de gezondheidszorg. De aanwezige kennis en kunde delen we graag met anderen. Een baan in het Catharina-ziekenhuis geeft volop mogelijkheden voor persoonlijke en professionele ontwikkeling. Voor secundaire arbeidsvoorwaarden kennen we een meerkeuze-systeem.

Door uitbreiding van de formatie ontstaat een vacature voor een:

### psychiater (0,8-1,0 fte)

De functiegroep Psychiatrie omvat een klinische afdeling met 25 plaatsen, een polikliniek en een consultatieve functie. Zij beschikt over een B-opleidingsbevoegdheid psychiatrie met drie Agio's, in samenwerking met de A-opleiding van de GGzE in Eindhoven. Om de samenwerking met de eerste lijn en de consultatieve functie beter in te vullen, breidt de huidige formatie (2,5 fte) uit.

#### Omgeving

In bestuurlijke zelfstandigheid wordt samengewerkt met de overige PAAZ-en in Eindhoven en omstreken en met de GGzE. De bouw van een centrum voor acute- en ziekenhuispsychiatrie op het terrein van het Catharina-ziekenhuis is in voorbereiding.

#### Functie

De psychiater vervult voornamelijk de rol van consulent en is werkzaam op de polikliniek (o.a. psychiatrisch diagnose advies-centrum). Hij draagt bij aan de opleiding van arts-assistenten en co-assistenten en heeft affiniteit, bij voorkeur ervaring, met de ziekenhuispsychiatrie in de volle breedte.

#### Informatie

Voor informatie over deze functie kunt u terecht bij de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Catharina-ziekenhuis, dhr. drs. R. Jonkers, telefoon (040) 239 84 02 of dhr. drs. M. Scherders, voorzitter van de functiegroep Psychiatrie, tel. (040) 239 74 20.

#### Sollicitatie

Bij de sollicitatieprocedure is de vacaturecommissie van de medische staf betrokken. Aanstelling geschiedt in een dienstverband met het ziekenhuis, onder toepassing van de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS). Uw schriftelijke sollicitatie kunt u binnen drie weken richten aan de Raad van Bestuur, t.a.v. dhr. drs. R. Jonkers.

Michelangelolaan 2  
Postbus 1350 5602 ZA Eindhoven  
(040) 239 91 11  
[www.catharina-ziekenhuis.nl](http://www.catharina-ziekenhuis.nl)

Acquisitie naar aanleiding van deze advertentie wordt niet op prijs gesteld