

Preliminare bevindingen van focusgroeponderzoek over hinderpalen bij implementatie van evidence-based praktijkvoering in Vlaanderen

Zijn psychiaters anders dan andere zorgverleners?

K. HANNES, G. PIETERS, W. SIMONS, G. HERMAN, B. AERTGEERTS

ACHTERGROND De impact van evidence-based praktijkvoering (EBP) is de laatste jaren sterk gestegen. Toch blijken zorgverleners moeite te hebben met het toepassen ervan.

DOEL In kaart brengen welke barrières Vlaamse zorgverleners ervaren bij het toepassen van EBP.

METHODE Een kwalitatief onderzoek, gebaseerd op 25 focusgroepen, waaronder 5 focusgroepen bij psychiaters.

RESULTATEN Psychiaters deelden met zorgverleners uit andere disciplines de bezorgdheid omtrent de karakteristieken van bestaande evidence en de invloed van partners binnen de gezondheidszorg, vooral overheid, commerciële firma's en patiënten. Psychiaters percipieerden hun discipline als complex in vergelijking met andere disciplines, voornamelijk op het vlak van onderzoeksontwerp, de problematiek van patiënten, de diagnostiek en de therapeutische relatie tussen psychiater en patiënt. Uit de literatuur en de preliminaire resultaten van lopend onderzoek bleek dat ook andere beroepsgroepen geconfronteerd worden met die complexiteit.

CONCLUSIE Het simpelweg verwerpen van EBP in de psychiatrie op basis van disciplinegebonden barrières lijkt ongegrond.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 345-352]

TREFWOORDEN barrières, evidence-based psychiatrie, focusgroep, kwalitatief onderzoek

Artsen zouden hun klinische beslissingen moeten baseren op wetenschappelijk onderbouwde inzichten, rekening houdend met voorkeuren en wensen van de patiënt en steunend op de klinische expertise (Sackett e.a. 2000). Deze manier van praktijkvoering werd omstreeks 1990 gelanceerd onder de benaming *evidence-based medicine*, of meer alge-

meen *evidence-based praktijkvoering* (EBP). Het aantal publicaties met een verwijzing naar EBP steeg de laatste jaren aanzienlijk (Nijs e.a. 2006; Tonelli 2001). Het basisidee van het integreren van recente, kwalitatief hoogstaande wetenschappelijke inzichten in het beslissingsproces van de psychiater mag dan lovenswaardig heten, toch blijken

psychiaters vaak moeite te hebben met het implementeren van EBP (Levine & Fink 2006; Maier 2006).

Binnen een onderzoek naar de implementatieproblemen van EBP bij diverse groepen zorgverleners in Vlaanderen (Hannes e.a. 2005; 2007) werden ook psychiaters bevroegd. In deze bijdrage willen wij nagaan wat de belangrijkste overeenkomsten zijn tussen de barrières tegenover EBP die Vlaamse psychiaters en zorgverleners uit andere disciplines ervaren. Verder geven wij aan wat psychiaters ervaren als vakspecifieke barrières.

METHODE

In de periode september 2003-mei 2006 werden in totaal 25 focusgroepen georganiseerd bij Vlaamse zorgverleners: 4 (+ 1 testgroep) bij huisartsen, 5 bij verpleegkundigen, 5 bij fysiotherapeuten (kinesisten), 5 bij psychiaters en 6 bij tandheelkundigen. In totaal namen 246 zorgverleners

deel, onder wie 39 psychiaters. Voor een beschrijving van de demografische kenmerken van deze laatste groep verwijzen wij naar tabel 1.

Bij de rekrutering van de deelnemers werd gezorgd voor een brede variatie in interesse voor en expertise met EBP, alsook voor een vertegenwoordiging van verschillende settings (intra- en extramuraal) en een goede geografische spreiding. Er was een focusgroep met academici, één met alleen ziekenhuispsychiaters en verder nog drie met deelnemers met verschillende achtergronden qua werksituatie. In een semigestructureerd groepsgesprek, geleid door een onafhankelijke moderator, werden twee hoofdthema's bediscussieerd, te weten toepasbaarheid van EBP en barrières bij de implementatie van EBP. Alle groepsgesprekken werden opgenomen op geluidsband en vervolgens integraal uitgetypt.

De bevindingen werden geanalyseerd op basis van een *grounded theory approach* (Strauss & Corbin 1997). Daarbij werkt men niet vanuit een vooraf geformuleerde theorie die men met onder-

TABEL 1 Demografische kenmerken van deelnemers aan focusgroeponderzoek naar EBP

Geslacht (%)	
Man	27 (69)
Vrouw	12 (31)
Gemiddelde leeftijd (SD)	48 (10,14)
Gemiddeld jaar van afstuderen (SD)	1984 (10,54)
Provincie (%)	
Antwerpen	7 (18)
Vlaams-Brabant	12 (31)
Limburg	15 (38)
Brussel	3 (5)
Oost-Vlaanderen	2 (8)
Praktijkvorm (%)*	
Individuele praktijk	26 (67)
Groepspraktijk	6 (15)
Gemiddeld aantal jaren praktijkervaring (SD)	19 (10,43)
Aanwezigheid in de praktijk (%)**	
Fulltime	27 (69)
Parttime	10 (26)
Werkzaam aan universiteit of wetenschappelijke instelling (%)	
ja	16 (41)
nee	23 (59)

EBP = evidence-based praktijkvoering; SD = standaarddeviatie.

*7 ontbrekende waarden: geen van de opties was van toepassing

**2 ontbrekende waarden.

zoek wil staven (deductie), maar meer op basis van inductie. Men kijkt naar de te onderzoeken werkelijkheid, waarna men een theorie of conceptueel kader ontwikkelt dat consistent is met de waarneming. Twee onafhankelijke onderzoekers codeerden de transcripten en identificeerden de belangrijke thema's. Bij meningsverschillen tijdens het analyseproces werd de opinie van een derde, onafhankelijke onderzoeker gevraagd.

RESULTATEN

De overeenkomsten in de door de deelnemers ervaren barrières worden weergegeven in tabel 2. Bij alle disciplines waren gemeenschappelijk: het gebrek aan relevante wetenschappelijke bevindingen, de enorme hoeveelheid informatie die het moeilijk maakt om up-to-date te blijven, de hoge werkdruk met daaraan gekoppeld het gebrek aan tijd om te investeren in EBP en de contradicties tussen therapeutische aanbevelingen. Er werden ook veel obstakels ervaren in de contacten met andere partners binnen de gezondheidszorg, zoals de overheid, commerciële bedrijven, patiënten en hun familie. Daarnaast percipieerden de Vlaamse psychiaters hun discipline als zeer complex vergeleken met andere disciplines en zij wezen daarbij op een aantal vakspecifieke barrières. Deze hielden verband met de aard van het psychiatrische beroep, de aard van de psychiatrische patiënt, de therapeutische relatie tussen patiënt en psychiater, de diagnostiek, en het wetenschappelijk onderzoek binnen het domein van de psychiatrie. Deze verschillende terreinen worden hieronder gepresenteerd.

De aard van het psychiatrische beroep

Meerdere psychiaters apprecieerden hun erkenning als arts en hun plaats binnen de gezondheidszorg, maar beschouwden zichzelf toch eerder als het 'buitenbeentje' binnen de geneeskunde. Meer dan in andere beroepsgroepen werd er een sterke nadruk gelegd op de invloed van inzichten uit andere wetenschappelijke, niet-medische dis-

ciplines. EBP zou ook teveel gericht zijn op het detecteren en vervolgens elimineren van symptomen bij de patiënt. Daarom verzette men zich tegen symptoomreductie als belangrijkste uitkomstmaat. Psychiaters zouden minder gericht zijn op strikt medische, pathofysiologische processen. Meerdere psychiaters wezen op de controversen tussen biologisch, empirisch geïntendeerde psychiaters en de aanhangers van de psychotherapie.

Aanhangers van de psychotherapeutische benadering bleken meer moeite te hebben met het effectief bewijzen van het effect van hun behandelingen, omdat volgens hen de relevante uitkomstmaten moeilijker te bepalen zijn en het vaak over zeer langdurige processen gaat. Zij vreesden dat er voor hen geen plaats overblijft binnen het evidence-based denkkader.

Psychiatrische patiënten

Sommige psychiaters meenden dat de patiënten waarmee zij te maken krijgen complexer zijn dan de patiënten van andere zorgverleners. Hun patiënten zouden vage symptomen of zelfs geen klachten hebben, beschouwen zichzelf niet als ziek of werden doorverwezen of aangemeld door anderen met symptomen die soms bezwaarlijk als pathologisch beschouwd kunnen worden. Daar een ziektebeeld of probleem afhankelijk van individuele kenmerken van de patiënt vaak een atypisch verloop heeft, zou het ook moeilijk zijn om inzichten uit wetenschappelijk onderzoek dat geënt is op brede diagnostische categorieën toe te passen. Sommige psychiaters wezen er duidelijk op dat er niet per se een aandoening moest zijn om een therapeutisch proces of medische behandeling met een patiënt te starten. Mensen zoeken soms hun toevlucht tot een therapeutische relatie op momenten dat het minder goed met hen gaat.

De therapeutische relatie tussen patiënt en psychiater

Volgens sommige psychiaters verbeterden patiënten voornamelijk op basis van de kwaliteit van de therapeutische relatie, eerder dan door het

gebruik van wetenschappelijke inzichten. De opleiding van die psychiater vonden zij minder belangrijk. Dit bleek een veel dominanter thema bij psychiaters dan bij de andere beroepsgroepen.

De eigen (tegenoverdrachtelijke) gevoelens van de psychiater speelden een belangrijke rol. Enkele psychiaters gaven aan dat deze gevoelens ten aanzien van patiënten moeilijk objectief te meten zijn en dus ook moeilijk in te passen in een stramien van EBP.

Diagnostiek en de keuze van een therapie

De meerderheid van de psychiaters in onze focusgroepen ondersteunde de stelling dat psychiatrische diagnostiek een zeer complexe materie is, grotendeels omdat de symptomen of het probleem van patiënten vaak niet helder zijn bij de start van een behandelingsproces.

Het bleek niet vanzelfsprekend om onder collega's tot consensus te komen over een diagnose. De EBP-beweging zou volgens de psychiaters te zeer uitgaan van duidelijk afgetekende ziektebeelden, terwijl psychiatrische diagnostiek vaak juist een moeizaam proces is, waarbij bijvoorbeeld culturele verschillen interfereren. Het formuleren van een beantwoordbare vraag, de eerste stap in EBP, bleek voor veel psychiaters problematisch. Soms werden probleemstellingen en diagnoses in de loop van het behandelingsproces nog aangepast, omdat patiënten continu ontwikkelen. Het feit dat een correcte diagnose ten grondslag moet liggen aan de keuze van een therapie zou het daarom voor psychiaters moeilijk maken om evidence-based te werken. Vooral de aanhangers van een meer psychotherapeutische benadering bleken daar moeite mee te hebben.

Meerdere psychiaters gaven aan dat er op het vlak van diagnosestelling een belangrijk verschil is met andere medische disciplines, waar de symptomen en vaak ook de therapeutische mogelijkheden duidelijker afgebakend zouden zijn. Ook werd aangegeven dat zelfs als er een diagnose gesteld wordt, het probleem alsnog een verschillend beloop kan hebben, bijvoorbeeld door patiënt-

gebonden kenmerken. Sommige psychiaters bleken er moeite mee te hebben om de aandoening van hun patiënten onder te brengen in het DSM-IV-classificatiesysteem.

Wetenschappelijk onderzoek binnen het domein van de psychiatrie

Hoewel zij veel kritiek hadden op het onderzoek binnen hun discipline, vond een aanzienlijk percentage van de psychiaters dat inzichten uit methodologisch verantwoord wetenschappelijk onderzoek een plaats hadden binnen de psychiatrie. De meerderheid meende echter dat klinische ervaring, intuïtie en traditie zeer belangrijk blijven. Klaarblijkelijk beschouwden veel psychiaters deze elementen niet als een integraal onderdeel van EBP, ondanks de gangbare definities van EBP (Sackett e.a. 2000).

De kritiek op het wetenschappelijk onderzoek binnen de psychiatrie richtte zich voornamelijk op de eenzijdige aandacht voor het positief empirische, terwijl er binnen de psychiatrie aandacht zou moeten bestaan voor andere wetenschappelijke benaderingen die belangrijke inzichten leveren. De RCT werd door vele voorstanders van EBP naar voren geschoven als dé onderzoeksmethode die gebruikt zou moeten worden om effecten van behandelingen op een methodologisch verantwoorde manier te meten. Een deel van de psychiaters was zeer sceptisch over deze onderzoeksmethode. Vooral de plaats van de RCT binnen de hiërarchie van onderzoeksmethoden bij EBP werd bekritiseerd. Argumenten die het gebrek aan toepasbaarheid van de RCT voor het meten van psychiatrische processen ondersteunden, betroffen onder andere de strenge inclusiecriteria, die maken dat patiënten in dergelijk onderzoek nog weinig gemeen zouden hebben met 'echte' patiënten. Meerdere psychiaters gaven aan dat evidence-based onderzoek veeleer thuishoort in de biologische, medische benadering van psychiatrische problemen dan in de psychotherapeutische benadering. Ook zou wetenschappelijk onderzoek over psychotherapie moeilijker te vinden zijn.

DISCUSSIE

Voordelen van focusgroepen Het in kaart brengen van de moeilijkheden die Vlaamse zorgverleners ervaren bij de implementatie van EBP vereiste een kwalitatief onderzoek waarin verwachtingen, attitudes, voorkeuren, kritieken en vooroordelen van de deelnemers een plaats konden krijgen. De interactie tussen deelnemers heeft wellicht inzichten naar boven gebracht die minder toegankelijk zouden zijn geweest in individuele interviews. Een aantal van de reeds veelvuldig beschreven voordelen van focusgroepen werd ook binnen dit onderzoek ervaren. Ten eerste ondersteunden de focusgroepen de deelnemers in het uiten van gevoelens, kritische opmerkingen en afwijkende opinies, het formuleren van prioriteiten en het exploreren van eigen ideeën. Deze leidden tot een gevarieerde vorm van (tevens emotioneel provocatieve) communicatie, waaronder anekdotes, argumenten, commentaar, grapjes en vragen ter verduidelijking. Ten tweede creëerden de focusgroepen een veilige omgeving waarin iedereen vrijblijvend een inbreng kon leveren. Ten slotte leidden de focusgroepen tot een sneeuwbaaleffect van additioneel commentaar op beweringen gelanceerd door collega-psychiaters, wat tot een verdieping van standpunten kon leiden. (Kitzinger 1995; Powell 1996; Vaughn e.a. 1996).

Hoewel bij het samenstellen van de focusgroepen rekening gehouden werd met variatie wat betreft diverse aspecten, hebben wij toch de indruk dat er in sommige focusgroepen meer een overwicht was van psychotherapeuten en psychoanalytici, dan van empirisch ingestelde of biologisch geïntereerde psychiaters. Dit heeft wellicht de discussies en daarmee ook de bevindingen mede beïnvloed.

Psychiatrie als aparte discipline? Uit tabel 2 blijkt dat psychiaters veel zorgen aangaande toepassing van EBP delen met zorgverleners uit andere disciplines. Dat geldt overigens ook voor een groot aantal problemen waarvan psychiaters

claimen dat ze eigen zijn aan hun discipline en waarvan wordt aangenomen dat ze de implementatie van EBP extra bemoeilijken. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de diverse wetenschappelijke invalshoeken waarmee psychiaters een vraagstelling benaderen – vaak los van de symptomen –, de complexiteit van de casussen waarmee psychiaters in aanraking komen, de impact van de therapeutische relatie, de emotionele setting als katalysator van het helingsproces, de complexiteit van psychiatrische diagnostiek en de moeilijkheid om kwalitatief hoogstaande onderzoeksmethoden te gebruiken in psychiatrisch onderzoek.

Wij willen deze complexiteit niet ontkennen, maar uit de literatuur en uit lopend onderzoek blijkt dat deze ‘vakgebonden’ eigenschappen ook binnen andere disciplines aan de orde zijn. Ook huisartsen of fysiotherapeuten hebben te maken met ‘complexe’ casussen van patiënten met vage (somatische) klachten en belangrijke comorbiditeit. Ook daar is de diagnostiek moeilijk en zijn bestaande wetenschappelijke onderzoeksbevindingen niet aangepast aan de brede variëteit van problemen waarmee deze zorgverleners geconfronteerd worden (Hannes e.a. 2005).

Verder mag men niet vergeten dat bijvoorbeeld ook binnen de verpleegkunde veelvuldig gebruikgemaakt wordt van inzichten uit de psychologie, de sociologie en andere humane wetenschappen; verpleegkundigen worden immers nog meer dan artsen rechtstreeks geconfronteerd met psychische en sociale problemen van patiënten. Dit is zeker zo bij thuisverpleegkundigen, die eveneens een langdurige relatie opbouwen met hun patiënt (Hannes e.a. 2007). Het biopsychosociaal model als alternatief voor een strikt biomedisch model heeft dus ook in deze beroepsgroep ingang gevonden (Clèries-Costa 2006). Het valt ook niet te ontkennen dat vooral fysiotherapeuten problemen ondervinden in het bewijzen van de doeltreffendheid van vele van hun therapieën en dat daartoe geëigend onderzoek – net als bij de psychiaters – minder eenvoudig is dan het vergelijken van het effect van geneesmiddelen (Whyte 2003).

TABEL 2 Overeenkomsten tussen psychiaters en andere disciplines wat betreft hinderpalen die zij ervaren voor evidence-based praktijkvoering (EBP) in hun eigen vak, gevonden in een focusgroeponderzoek in Vlaanderen

Belemmeringen voor EBP genoemd door psychiaters	discipline			
	HG	VK	KI	TA
<i>Karakteristieken van evidence/wetenschappelijke bevindingen</i>				
Grote hoeveelheid studies: moeilijk om up-to-date te blijven	+	+	+	+
Gebrek aan (relevante) evidence	+	+	+	+
Gebrek aan tijd voor methodologie van EBP/hoge werkdruk	+	+	+	+
Contradicties in literatuur	+	+		+
Kritiek op hiërarchie gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's)	+		+	
Bestaande evidence niet toepasbaar in de praktijk	+		+	+
Format en taalgebruik van evidence niet aantrekkelijk		+	+	
Overdaad aan informatie	+		+	
Vragen bij kwaliteit/objectiviteit/onafhankelijkheid informatie	+	+		+
Evidence beperkt tot puur medische/farmacologische onderwerpen		+		
'Allergie' voor computergestuurde informatie		+		
Informatie over negatieve effecten van evidence is schaars				+
<i>Karakteristieken van partners in de gezondheidszorg</i>				
<i>- Overheid</i>				
Beslissingen overheid niet op evidence gebaseerd	+			+
Neemt enkel kwantitatieve, economische criteria in overweging			+	+
Klinische richtlijnen geproduceerd door onderzoekers: wat is relevantie voor praktijk?	+	+		
Klinische richtlijnen beperking voor therapeutische vrijheid	+			
Discipline ondergewaardeerd, niet betrokken bij besluitvorming, weinig macht			+	+
Geen overheidscontrole op uitgevoerde studies				+
<i>- Commerciële bedrijven</i>				
Sponsoring van educatieve activiteiten en onderzoeken	+	+		+
Topics voor onderzoek gekozen op basis van verwachte winst		+		
Voornamelijk gericht op RCT's; weinig interesse voor andere zaken		+		
Informatiebult vanuit farmacie	+			
Wetenschap zonder hulp van bedrijven financieel moeilijk				+
Gebruik van 'klinkende namen' gerenommeerde onderzoekers om product aan te prijzen				+
<i>- Patiënten en familie</i>				
Wensen en verwachtingen van patiënten beïnvloeden beslissing	+	+	+	+
Feedback van patiënten is belangrijkste parameter voor succes van behandeling		+	+	+
Breed spectrum van patiënten: moeilijk up-to-date te blijven voor alles	+		+	
Patiënten hebben vaak somatische en psychische klachten: wat is de juiste therapie?	+		+	
Patiënt is een individu: moeilijk te standaardiseren voor EB-behandeling	+		+	+
Patiënt is geëmancipeerd en komt met eigen (al dan niet wetenschappelijke) informatie	+			+

HG = huisartsgeneeskunde; VK = verpleegkunde; KI = kinesitherapie (fysiotherapie); TA = tandheeskunde; + = genoemd binnen de discipline.

EBM: zo niet – maar hoe dan wel? Het simpelweg verwerpen van de mogelijkheid tot het implementeren van EBP op basis van disciplinegebonden barrières lijkt dus ongegrond. Men moet nagaan hoe psychiaters gemotiveerd kunnen worden om EBP als nieuwe werkwijze te adopteren, rekening houdend met verschillen tussen empirisch, biologisch georiënteerde psy-

chiaters én aanhangers van een psychotherapeutische aanpak. Immers, een louter defensieve houding van 'meedoen om niet te verdwijnen' van de laatstgenoemde groep is niet wenselijk en niet nodig, daar kwalitatief hoogstaand en methodologisch verantwoord onderzoek ook binnen dit denkkader een haalbare kaart is (Lambert & Bergin 1994; Pieters 2000). Williams (2004) pleit

er ook voor om rekening te houden met de context waarin psychiaters hun beroep uitoefenen. Zij dienen niet slechts te vragen: 'wat werkt?', maar zij zouden contextspecifieke vragen moeten ontwikkelen: Waarom werkt iets? Werkt het voor het type patiënt waar de psychiater mee geconfronteerd wordt? Onder welke omstandigheden werkt het? Kan men er zomaar van uitgaan dat iets wat niet bewezen of moeilijk te bewijzen is, in de toekomst geen directe waarde kan hebben in het genezingsproces van een psychiatrische patiënt?

Dat betekent het creëren van een veilig werk-kader waarin de diverse stromingen van de psychiatrie, elk met hun eigen waarden, normen en inzichten, een plaats blijven hebben. Begrip voor elkaars perceptie zou op termijn openheid kunnen creëren voor het uittesten van een aantal strategieën die de implementatie van EBP kunnen bevorderen. Wij beschouwen dit laatste dan ook als een uitdaging voor verder onderzoek.

CONCLUSIE

Een groot deel van de barrières die Vlaamse psychiaters ervaren, wordt ook aangehaald door zorgverleners uit andere beroepsgroepen. Psychiaters percipiëren hun vakdomein als complex en fundamenteel verschillend van andere disciplines, wat de toepassing van EBP extra zou bemoeilijken. Een grondige zoektocht binnen de bestaande literatuur en een preliminaire analyse van de gegevens uit lopend onderzoek bij andere zorgverleners leren ons echter dat ook zij geconfronteerd worden met barrières die psychiaters als vakspecifiek beschouwen. Vanuit deze vaststelling kunnen wij voorzichtig concluderen dat de perceptie van psychiaters over de eigenheid van hun discipline niet strookt met gegevens uit ander onderzoek.

LITERATUUR

- Cléries-Costa, X. (2006). A necessary integration. *Revista de enfermería*, 29, 33-36.
- Hannes, K., Leys, M., Vermeire, E., e.a. (2005). Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. *BMC-family practice*, 6, 37.
- Hannes, K., Norré, D., Goedhuys, J., e.a. (2008). Barriers to the implementation of evidence-based dentistry: a focus group based study. *Journal of Dental Education*, 72, 736-744.
- Hannes, K., Vandersmissen, J., De Blaeser, L., e.a. (2007). Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 162-171.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Red.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 143-189). John Wiley & sons.
- Levine, R., & Fink, M. (2006). The case against evidence-based principles in psychiatry. *Medical Hypotheses*, 67, 401-410.
- Maier, T. (2006). Evidence-based psychiatry: understanding the limitations of a method. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 325-329.
- Nijs, I., Hannes, K., Aertgeerts, B., e.a. (2006). Evidence-based medicine in de Nederlandstalige psychiatrische, psychologische en psychotherapeutische vakliteratuur: opvallend aanwezig? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 53-7.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J., & Scholten, R.J.P.M. (2000). *Inleiding in evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pieters, G. (2000). Psychoanalyse en evidence-based psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 651-658.
- Powell, R., & Single, H. (1996). Methodology matters. V. Focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 8, 499-504.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., e.a. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. (Tweede druk). Edinburgh: Churchill/Livingstone.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1997). *Grounded theory in practice*. London: Sage Publications.
- Tonelli, M.R. (2001). The limits of evidence-based medicine. *Respiratory Care*, 46, 1435-1440.
- Vaughn, S., Shay Schumm, J., & Sinagub, J. (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. Thousand Oaks: Sage.
- Whyte, J. (2003). Clinical trials in rehabilitation: what are the obstacles? *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, S16-S21.
- Williams, D.D.R., & Garner, J. (2002). The case against 'the evidence'. A different perspective on evidence-based medicine. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 8-12.

AUTEURS

K. HANNES is als sociaal-cultureel agoog en medisch-sociaal wetenschapper verbonden aan het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine/Belgian Branch of the Cochrane Collaboration, Leuven.

G. PIETERS is psychiater en als diensthoofd gedragstherapie verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) van de KU Leuven (KUL) St. Jozef Kortenberg.

W. SIMONS is psychiater destijds verbonden aan het UPC van de KUL te Kortenberg.

G. HERMAN is psychiater destijds verbonden aan het UPC van de KUL te Kortenberg.

B. AERTGEERTS is huisarts verbonden aan het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine/Belgian Branch of the Cochrane Collaboration en het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde.

Correspondentieadres: prof.dr. G. Pieters, UPC KU Leuven, Campus Sint-Jozef Kortenberg, afdeling Gedragstherapie, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.

E-mail: guido.pieters@uc-kortenberg.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-2-2008.

SUMMARY

Preliminary results of a focus-group-based research project on the problems of implementing evidence-based practice in Belgium (Flanders). Do psychiatrists differ from other health care practitioners? – K. Hannes, G. Pieters, W. Simons, G. Herman, B. Aertgeerts –

BACKGROUND The impact of evidence-based practice (EBP) has increased substantially in recent years. However, health care practitioners are experiencing difficulties in implementing EBP.

AIM The specific task was to find out what problems are encountered by Flemish (Belgian, Dutch-speaking) health care practitioners.

METHOD In order to explore this problem, we adopted a qualitative research strategy and set up 25 focus groups, 5 of which consisted solely of psychiatrists.

RESULTS Psychiatrists shared with other health care disciplines some concerns about the characteristics of 'evidence' and about the influential role played by their 'partners' in the health care system, namely by government, commercial firms and patients. Psychiatrists perceived their discipline to be much more complex than other disciplines, particularly in areas such as research design, patients' problems, psychiatric diagnosis and therapeutic psychiatrist-patient-relationships. The literature and the preliminary results of ongoing research revealed that other disciplines too are confronted with similar complexities.

CONCLUSION There seems to be no justification for ruling out the possibility of implementing EBP on the basis of discipline-related barriers.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 345-352]

KEY WORDS barrier, evidence-based practice, focus group discussion, qualitative research