

# Passende psychiatrische zorg

## De waarde van richtlijnen bij depressie

P.P.G. HODIAMONT

**ACHTERGROND** De ontwikkeling van richtlijnen in de geneeskunde wordt steeds meer gezien als een belangrijk instrument voor kwaliteitsverbetering, dat wellicht ook zou kunnen bijdragen aan kostenbeheersing.

**DOEL** Deze vooronderstelling werd getoetst in het project Passende Medische Zorg van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) op de deelgebieden cardiologie en psychiatrie.

**METHODE** In het kader van een onderzoek naar de waarde van richtlijnen in de zorg voor, met name, depressie werden de handelingsopties bij patiënten met depressie in kaart gebracht, de bestaande kennisgegevens geïnventariseerd en geëvalueerd, de huidige behandelpraktijken in vitro en in vivo geëxploreerd en de kosten, voorzover mogelijk, geanalyseerd. Met de ter beschikking staande gegevens werd een gouden standaard voor passende behandeling geconstrueerd.

**RESULTATEN** Zesenzestig procent van de behandelingen voor depressie door de vier betrokken beroepsgroepen bleek passend. In 23% van de gevallen was er sprake van onderbehandeling, in 11% van overbehandeling. Bij de huidige stand van wetenschap konden geen kosten-effectiviteitsratio's worden berekend voor de diverse behandelopties.

**CONCLUSIE** Richtlijnen kunnen wel bijdragen aan de kwaliteit van het medisch handelen, maar vooralsnog niet, en wellicht nooit, aan kostenbeheersing.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 3, 173-183]

**TREFWOORDEN** depressie, evidence-based psychiatrie, passende medische zorg, richtlijnen

De laatste decennia wordt de bevolking van de westerse landen in toenemende mate geconfronteerd met schaarste aan middelen in de gezondheidszorg. Deze schaarste noopt tot het stellen van prioriteiten op diverse niveaus van zorg. Dit artikel beschrijft de ontwikkeling van het prioriteitsbeleid in de Nederlandse situatie en de (evaluatie van de) poging om de prioriteitsstelling vorm te geven in richtlijnen voor de medische beroepsgroep. Een en ander werd onderzocht binnen het kader van het project Passende Medische Zorg (De Bruijn 1998; De Neeling 1999).

Centraal in dit project stond de vraag of het mogelijk is rationele keuzes in de zorg te formuleren die leiden tot een optimale kwaliteit bij een gegeven schaarste aan middelen. Die vraag werd toegespitst op twee medische probleemgebieden: obstructief coronair lijden en depressie, van de respectievelijke specialismen cardiologie en psychiatrie. Redenen voor de selectie van het vakgebied psychiatrie waren de omvang en zwaarte van de psychische problematiek in de bevolking, het toenmalige regeerakkoord waarin de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als prioriteit werd

genoemd voor de invoering van passende zorg, het overheidsbeleid met betrekking tot de indicatiestelling in de GGZ, de relatief grote bereidheid van hulpverleners op dat gebied hun handelen ter discussie te stellen, alsmede de onmiskenbare voorttrekkersrol van de GGZ in het denken over de mogelijkheden patiënten en zorgverzekeraars bij het opstellen van richtlijnen te betrekken. Het onderzoek kreeg een extra dimensie door het derde deelproject 'Normatieve aspecten', waarin de normatieve vooronderstellingen van deze benadering werden onderzocht in relatie tot de vigerende maatschappelijke, politieke, morele en medisch-ethische opvattingen (Ter Meulen & Berg 1999).

Aan de orde komen achtereenvolgens de sociaal-politieke ontwikkelingen die aanleiding waren tot het project, het fenomeen 'richtlijnen', het onderzoek naar de mogelijkheid wetenschappelijk en ethisch verantwoorde keuzes te specificeren op het gebied van de zorg bij depressie en ten slotte de betekenis van de onderzoeksresultaten voor de dagelijkse praktijk van de psychiatrie.

#### DE AANLEIDING TOT HET PROJECT

Sinds de jaren zeventig is men zich in de westerse wereld steeds meer bewust geworden van het feit dat er grenzen zijn aan de gezondheidszorg. Dat bewustzijn werd versterkt door enerzijds de oliecrisis, die beleidmakers dwong tot herbezinning op de publieke uitgaven, en anderzijds de toegenomen vraag naar zorg als gevolg van een ouder wordende bevolking en een kwalitatieve en kwantitatieve stijging van het aanbod van medische voorzieningen. Per saldo groeide een kloof tussen de vraag naar en de financierbaarheid van de zorg. De Nederlandse rijksoverheid sprak daar in de *Structuurnota Gezondheidszorg* (1974) voor het eerst haar bezorgdheid over uit en heeft sindsdien steeds een beleid gevoerd waarin kostenbeheersing een belangrijke overweging was. In dat kader werden aanbodbeperkende maatregelen genomen, aanvankelijk in de vorm van budgettering, bedden-

reductie en limitering van het aantal specialistenplaatsen en later door inperking van het collectief te financieren verstrekkingenpakket. Zo stelde de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg onder voorzitterschap van Dekker (1987) een voor iedereen verplichte basisverzekering voor, waarbij buiten dit basispakket vallende voorzieningen aan het spel van de vrije markt zouden worden overgelaten. In het rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg (1991) werd deze gedachte verder uitgewerkt. Onder voorzitterschap van Dunning formuleerde deze commissie vier criteria om te bepalen of een voorziening thuishoort in het basispakket. Een dergelijke voorziening zou (1) noodzakelijk, (2) werkzaam en (3) doelmatig moeten zijn en (4) niet voor eigen rekening en verantwoording kunnen komen. Op deze vier filters in de 'trechter van Dunning' kwam veel kritiek. Gezien het ontbreken van brede maatschappelijke steun nam de regering (1992) dit deel van het voorstel niet over, echter wel de aanbeveling de verantwoordelijkheid voor het scheiden van kaf en koren in de zorg te leggen bij de medische beroepsgroep. Naar haar mening dient de beroepsgroep gepast gebruik in de zin van effectiviteit en doelmatigheid (kosteneffectiviteit) na te streven, onder meer door richtlijnen op te stellen in overleg met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

Als representant van de beroepsgroep nam de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) de toegeworpen handschoen op en ontwikkelde het project *Passende Medische Zorg*, waarin nagegaan zou worden in hoeverre rationaliseringsinitiatieven binnen de beroepsgroep – zoals het opstellen van richtlijnen – te verbinden zijn met kosten en andere maatschappelijke afwegingen. De Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie bleken bereid te laten onderzoeken of passende zorg geformuleerd zou kunnen worden voor een concreet klinisch probleem op het gebied van hun specialisme (Klazinga 1999). Met subsidie van

Zorgonderzoek Nederland kon het project in 1997 van start gaan. De hoofdonderzoekers van de deelprojecten Normatieve aspecten, Cardiologie en Psychiatrie waren verbonden aan respectievelijk het Instituut voor Gezondheidsethiek (Maastricht), het Institute for Medical Technological Assessment (Rotterdam) en het Trimbos-instituut (Utrecht).

## RICHTLIJNEN

Het bovenstaande in aanmerking genomen blijken de pogingen tot prioriteitsstelling in de gezondheidszorg zich in de loop van 25 jaar verplaatst te hebben van het macroniveau – waar zij niet veel succes hadden – naar het microniveau van de arts-patiëntrelatie. Internationaal ziet de overheid richtlijnen thans als het belangrijkste instrument om een doorbraak te forceren op het weerbarstigste gebied van de kostenbeheersing.

De richtlijnontwikkeling binnen de geneeskunde houdt verband met een verandering in de positie van de arts, die zich vanaf de jaren zeventig begint af te tekenen. De patiënt evolueert van volgbaar individu tot gelijkwaardige gesprekspartner en de medische behandeling wordt steeds minder gezien als een ongrijpbare kunst en steeds meer als een wetenschappelijk toetsbare operatie. Idealiter zou het handelen van de medicus moeten verlopen volgens een serie onderling samenhangende stappen, die logisch voortvloeien uit een heldere omschrijving en analyse van het probleem, waarin zowel de kenmerken van de patiënt als de beschikbare wetenschappelijke kennis wordt meegenomen (Sackett e.a. 1997). Omdat er een toenemende spanning wordt gevoeld tussen dit ideaal en de praktijk van alledag en de ‘interdoktervariatie’ bij soortgelijke problemen aanzienlijk blijkt, komt binnen de beroepsgroep een proces op gang dat gericht is op het bereiken van consensus over richtlijnen. Aanvankelijk volgt men een procedure van openbare bijeenkomsten waarin deskundigen de relevante wetenschappelijke inzichten presenteren en ter discussie stellen. Een panel van deskundi-

gen beoordeelt vervolgens de geleverde bijdragen en stelt de definitieve richtlijn op. Deze in Amerika ontwikkelde methode van consensusvorming is in verschillende varianten door andere landen overgenomen. Zo zijn de Nederlandse richtlijnen voor het handelen van de huisarts en de medisch specialist tot stand gekomen onder auspiciën van respectievelijk het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing (CBO).

Uiteraard komt er kritiek op deze vorm van richtlijnontwikkeling. De kwaliteit van de wetenschappelijke onderbouwing zou te wensen overlaten, de aanbevelingen zouden onvoldoende beargumenteerd worden en de consensus zou eerder getuigen van een compromis tussen de belangen van de panelleden dan van hun weloverwogen overeenstemming over de optimale handelwijze van de medicus practicus.

In reactie op deze kritiek wordt steeds meer aandacht besteed aan met name de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijnen door systematische inventarisatie en beoordeling van patiëntgebonden onderzoeken (Van Everdingen 1999). Aan gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek wordt grote waarde gehecht vanwege zijn interne validiteit: de vastgestelde empirische relaties worden niet meer vertekend door selectiemechanismen, externe effecten of bevooroordeelde waarneming. Waar één behandeling op haar effect is beoordeeld in verschillende onderzoeken, kunnen de resultaten in een meta-analyse worden gecombineerd tot een zo nauwkeurig mogelijke schatting van het behandelingseffect bij de totale onderzoekspopulatie. Zo gaat de methode van richtlijnontwikkeling geleidelijk over van een ‘consensus-based’ naar een ‘evidence-based’ benadering.

Maar ook evidence-based richtlijnen zijn niet onomstreden. Vaak blijken relevante elementen van een behandelingsstrategie niet in het onderzoek betrokken en voorzover ze dat wel zijn, is het resultaat altijd gekleed in statistische waarschijnlijkheden. Zelfs als een concrete pa-

tiënt volledig voldoet aan de kenmerken van de populatie waarin het effect is onderzocht, blijft dus onzekerheid bestaan of dat resultaat ook voor hem of haar geldt. Bovendien kunnen de voorkeuren van de patiënt interfereren met het uitstippelen van een strikt rationele behandelingsstrategie. De critici vrezen, kortom, dat de keuzeruimte van artsen en patiënten op onacceptabele wijze zal worden ingeperkt door richtlijnontwikkelaars, die zich bij gebrek aan evidentie baseren op consensus en die de gemiddelde patiënt uit het onderzoek voor ogen hebben in plaats van de concrete patiënt in de praktijk met zijn specifieke kenmerken en voorkeuren. Zij signaleren verder het gevaar dat richtlijnen onnadenkend zullen worden opgevolgd met als gevolg een uniformering van het medisch handelen (kookboekgeneeskunde), die niet alleen strijdig is met het adagium 'zorg op maat', maar ook door niet-medici gebruikt zal worden voor andere doeleinden. Naar hun mening zullen de richtlijnen door rechters worden gehanteerd als maatstaf voor de juistheid van het medisch handelen en door ziekenhuisdirecties, zorgverzekeraars en overheden als instrument ter beheersing van de kosten.

#### NORMATIEVE OVERWEGINGEN

In het project *Passende Medische Zorg* is expliciet aandacht besteed aan een van de mogelijke redenen voor de onvrede met de richtlijnontwikkeling in de geneeskunde: de discrepantie tussen de normatieve overwegingen van hulpverleners enerzijds en richtlijnontwikkelaars anderzijds. Aan dit thema was het deelproject 'Normatieve aspecten' gewijd (Van den Burg e.a. 1999; Ter Meulen & Berg 1999). Met het oog op de explicitering van de veelal impliciete normatieve opvattingen kozen de onderzoekers voor een explorerende kwalitatieve benadering. Daartoe namen zij diepte-interviews af bij onder anderen vijf psychiaters en twee onderzoekers van het deelproject 'Psychiatrie'. De interviews werden aangevuld met schriftelijke vragenlijsten.

Bovendien woonden zij diverse richtlijnbijeenkomsten van de betreffende specialisten bij. Hun bevindingen betroffen normatieve overwegingen op drie gebieden: de organisatie van het primaire proces, het doel van de interventie en het vraagstuk van de verdeling.

Wat betreft de organisatie van de hulpverlening stelden zij vast dat de psychiaters (en de cardiologen) hun werk beleven als 'gesitueerd handelen'. Het gaat, met andere woorden, om handelen, waarbij uiteenlopende overwegingen (met betrekking tot bijvoorbeeld de ernst van de klachten, de wijze van presentatie, bepaalde risicofactoren, de angsten en wensen van de patiënt en zijn omgeving, de mogelijkheden en kosten van nader diagnostisch onderzoek, de beschikbaarheid van personeel en de wachttijd voor de patiënt) op elkaar afgestemd dienen te worden, onder de continue druk van steeds opnieuw opkomende deadlines en onvoorziene gebeurtenissen. Het situationeel handelen van de hulpverlener in de praktijk spoort zelden of nooit met het theoretisch correcte handelen dat de richtlijnontwikkelaars beschrijven als een serie achtereenvolgens te nemen stappen, met duidelijke keuzemomenten en criteria op grond waarvan beslissingen worden genomen. De kloof tussen de praktisch-rationele insteek van de hulpverleners en de formeel-rationele insteek van de richtlijnontwikkelaars hoeft niet tot problemen te leiden, zolang de overzichtelijke rationaliteit van de richtlijnen maar niet wordt aangezien voor het ideaal waar de klinische praktijk naar zou moeten streven of dat haar van buitenaf wordt opgelegd.

De tweede categorie normatieve overwegingen die uit het onderzoek naar voren kwam, betrof het doel van de medische behandeling. Voorzover de geïnterviewde psychiaters daar in algemene termen over wilden praten, legden zij hun prioriteit bij de behandeling van klachten en de verbetering van de patiëntspecifieke kwaliteit van leven. Het verminderen van symptomen/syndromen achtten zij daaraan ondergeschikt. Bovendien heeft uiteindelijk de patiënt zelf het laatste woord bij het vaststellen van het einddoel,

de wijze waarop dat bereikt dient te worden en bij de beoordeling of en hoe dat doel gehaald is. Waar de effectiviteit van een behandeling binnen het kader van de richtlijnontwikkeling alleen in termen van groepen patiënten kan worden onderzocht en benoemd, is zij in de ogen van de psychiater uiteindelijk een individuele aangelegenheid: een kwestie van de juiste 'fit' tussen interventie en individuele patiënt. Verder zijn de voor de psychiater relevante effectmaten: klachtenvermindering en verhoging van de kwaliteit van leven, het moeilijkst mee te nemen in de berekeningen waarop een richtlijn wordt gebaseerd.

Ten aanzien van het verdelingsvraagstuk huldigden de ondervraagde psychiaters de utilistische rechtvaardigheidsopvatting van het grootste goed voor de meeste mensen. De collectieve middelen dienen, met andere woorden, zo te worden ingezet dat de gezondheidstoestand van de populatie erop vooruitgaat. Daarbij stelden zij echter nadrukkelijk dat economische overwegingen geen uitzonderingspositie mogen innemen in het totaal van de sociale overwegingen ten aanzien van een behandeling. Zo dienen de kosten voor behandeling altijd te worden afgewogen tegen de kosten van niet-behandelen voor de patiënt, zijn omgeving en de maatschappij. Bovendien zijn economische overwegingen altijd secundair aan effectiviteitsoverwegingen. Alleen bij gelijkblijvende effectiviteit mag, met andere woorden, gekozen worden voor een goedkopere oplossing. Dat lijkt makkelijker gezegd dan gedaan, in aanmerking genomen het bovengenoemde standpunt van de psychiaters dat de effectiviteit van een behandeling niet globaal kan worden vastgesteld – aan de hand van bijvoorbeeld het aantal punten dat een score op de Hamilton Depression Rating Scale daalt – maar altijd patiëntspecifiek is.

Gezien de beperking in het aantal en de diepte van de interviews relativeren de onderzoekers van het deelproject 'Normatieve aspecten' de generaliseerbaarheid van hun bevindingen. Het onderzoek bleek echter in belangrijke mate bij te

dragen aan de bewustmaking van richtlijnontwerpers en praktiserende specialisten dat zij normatieve vooronderstellingen hanteren, welke deze zijn en hoe ze zich ten opzichte van elkaar verhouden.

#### PASSENDE AMBULANTE ZORG BIJ DEPRESSIE

De onderzoekers van het deelproject 'Psychiatrie' hebben de waarde van richtlijnen onderzocht op het gebied van de ambulante (eerste- en tweedelijns)zorg bij depressie en de subklinische vormen daarvan (Grol e.a. 1999; Tiemeyer e.a. 1999). Redenen voor deze keuze waren de notoir hoge prevalentie en comorbiditeit, alsmede de aanzienlijke persoonlijke en maatschappelijke last van deze aandoening. Wezenlijk voor een adequate operationalisering van het begrip 'passende zorg' achtten de onderzoekers een ontleding van het beslissingsproces van de hulpverleners in fasen en een beschrijving van de inhoud in termen van relevante patiëntkenmerken en keuzes tussen handelingsalternatieven. Een en ander zou naar verwachting resulteren in fijnvertakte beslisbomen en een realistische casuïstiek, die dan als basis konden dienen voor het empirische deel van het onderzoek. De concrete onderzoeksvragen luiden, samengevat, als volgt: 1. Voor welke keuzes (handelingsopties) worden hulpverleners gesteld bij de behandeling van patiënten met depressie? 2. Wat is bekend uit de klinische ervaring, de literatuur en de bestaande richtlijnen over (de effectiviteit van) die handelingsopties? In hoeverre sporen de richtlijnen onderling? 3. Wat is bekend over de huidige behandelpraktijk? Komt die praktijk overeen met de heersende inzichten? 4. Wat zijn de kosten van gelijkwaardige handelingsopties?

#### De handelingsopties

Voor het verzamelen van de gegevens nodig ter beantwoording van vraag 1 maakten de onderzoekers gebruik van de wetenschappelijke

literatuur, van vier prominente richtlijnen (zie vraag 2) en van de uitspraken van een groep deskundigen. Dit zogenaamde panel Stemmingstoornissen stelde volgens de Delphi-methode een hiërarchie van relevante patiëntkenmerken op. Deze kenmerken betroffen de ernst van de depressie (van subklinisch tot ernstig), de aard van de hulpvraag, de motivatie voor behandeling, het premorbide niveau van functioneren, stressoren, de beschikbaarheid van hulpbronnen, psychotische of vitale trekken, het beloop van de depressie en de behandelgeschiedenis. Verder werden de inzichten van het panel betrokken bij het onderscheiden van besluitvormingsstadia in de hulpverlening en bij het opstellen van een lijst met handelingsopties. Als besluitvormingsstadia werden genoemd: intake, indicatiestelling (het aangeven van handelingsopties die passen bij (de diagnose van) de betrokken patiënt) en opstelling van het behandelplan (de concretisering van de gekozen optie). Bewaking en bijstelling van het behandelplan werden buiten beschouwing gelaten. Voor de fase 'indicatiestelling' onderscheidde de onderzoekers de volgende handelingsopties waaruit de panelleden op grond van de kenmerken van de casus moesten kiezen: verwijzen, afwachten, steunend therapeutisch contact, psychotherapie, farmacotherapie, een combinatie van psychotherapie en medicatie, alsmede praktische hulp (sociaal-psychiatrische en maatschappelijke begeleiding). Opvallend was het verschil in overeenstemming tussen de panelleden over de indicatie psychotherapie (20%) aan de ene en de indicatie farmacotherapie (59%) aan de andere kant.

#### De stand van kennis

In het kader van vraag 2 werd de kwaliteit van vier richtlijnen voor handelen bij depressie onderzocht: de standaard voor depressie van het NHG, de richtlijn Depressie van het CBO, de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en de *clinical practice guideline* van de Amerikaanse Agency for Health Care

Policy Research. Die richtlijnen bleken gebaseerd op een gedegen analyse van de wetenschappelijke literatuur. Waar de genoemde richtlijnen met elkaar spoorden, werd aangenomen dat er sprake was van voldoende evidentie, dan wel van een duidelijke stand van wetenschap. Discrepancie tussen de richtlijnen was aanleiding tot aanvullend literatuuronderzoek en tot raadpleging van het panel om te zien of alsnog evidentie kon worden bereikt. Op grond daarvan werden de handelingsopties in de beslisbomen voorzien van de kwalificatie *passend* of *niet-passend*. *Passend* heetten opties die door alle informatiebronnen werden bevestigd (*onomstreden*), waarover ervaren hulpverleners het eens waren (*consensus*) of waarover de informatiebronnen (nog) geen uitsluitel konden geven (*onzeker*). De kwalificatie *niet-passend* werd toegekend als de opties bewezen ineffectief waren of door geen enkele informatiebron gesteund werden.

Uiteindelijk bleek geen van de genoemde richtlijnen geschikt voor uitwerking tot een protocol voor de behandeling van de individuele patiënt, omdat zowel de patiëntkenmerken als de behandelingsstrategieën onvoldoende waren gespecificeerd. Voor de fase van intake laten de vier richtlijnen een verschil van mening zien over het gebruik van screeningslijsten, het meewegen van risicofactoren voor een ongunstig beloop bij depressie, het al dan niet verrichten van lichamelijk onderzoek en het beleid bij comorbiditeit. Wat de fase van indicatiestelling betreft, gaven de drie Nederlandse richtlijnen geen criteria voor de keus tussen ambulante behandeling of verwijzing naar elders, noch voor de afweging tussen bijvoorbeeld farmacotherapie en psychotherapie, en reppen zij nauwelijks over de optie van praktische hulp. Voor het opstellen van een behandelplan zijn de richtlijnen het duidelijkst over medicatie, maar zij bieden weinig steun bij de keuze van het soort antidepressivum. Getoetst aan een richtlijn-voor-richtlijnen (Cluzeau e.a. 1999), voldeden de Nederlandse richtlijnen aan 22% (NVP) tot 28% (CBO, NHG) van de procesmatige eisen, 33% (NHG, NVP) tot 42% (CBO) van de inhouds-

eisen en 20% (NHG, NVP) tot 40% (CBO) van de implementatie-eisen. De CBO-richtlijn scoort dus het hoogst.

### De huidige behandelpraktijk

Om de huidige behandelpraktijk bij depressie en de overeenstemming daarvan met de heersende inzichten in kaart te brengen (vraag 3), volgden de onderzoekers twee benaderingswijzen. Enerzijds voerden zij een vignetonderzoek uit onder aselechte steekproeven van psychiaters, psychotherapeuten, psychologen en huisartsen, anderzijds verzamelden zij informatie uit de databestanden van het Nemesisproject over nieuwe gevallen van depressie en het daaruit resulterend beslag op de hulpverlening (Bijl e.a. 1998). Vervolgens werden de papieren (vignetonderzoek) en feitelijke (Nemesis) behandelbeslissingen getoetst aan een gouden standaard van passendheid, die in hoofdzaak berustte op de richtlijnen.

**Het vignetonderzoek** Voor het vignetonderzoek werden 473 hulpverleners aangeschreven, die 263 bruikbare vragenlijsten retourneerden. De analyseerbare respons bedroeg 53% bij de psychiaters, 70% bij de psychotherapeuten, 67% bij de psychologen en 38% bij de huisartsen. De respondenten weken wat betreft leeftijd, geslacht, soort woonplaats en positie (dienstverband of vrijgevestigd) niet af van het voor de beroepsgroep gangbare beeld. Zij kregen 22 vignetten voorgelegd met casuïstiek, geconstrueerd op basis van gegevens uit het Nemesisproject en informatie uit de literatuur en van het panel. Het ging hierbij om patiënten met een eerste episode van depressie of met een subklinisch depressief beeld. Bij elk vignet moesten de respondenten kiezen uit negen antwoordmogelijkheden op de vraag welke behandeling voor deze casus aangewezen was. De negen antwoordmogelijkheden werden gecombineerd tot vijf categorieën: 'combinatietherapie' (zowel farmaco- als psychotherapie), 'farmacotherapie' (klassieke of moderne antide-

pressiva al of niet in combinatie met een steunend contact), 'psychotherapie' (lang- of kortdurende psychotherapie al of niet in combinatie met een steunend contact), 'steunend therapeutisch contact', 'geen behandeling'. Het antwoord van de respondenten werd vervolgens getoetst aan een gouden standaard van passende zorg die was afgeleid van de genoemde richtlijnen, aangevuld met literatuur en uitspraken van het panel. De gouden standaard kan als ruim worden omschreven, omdat alleen die handelingsopties niet-passend werden verklaard waarvoor geen aanknopingspunten waren gevonden in de literatuur, de richtlijnen of de oordelen van het panel of die bewezen ineffectief waren. De standaard had vijf varianten, waarbij ten minste twee handelingsopties als onderling gelijkwaardig en 'passend' golden en de overige als 'onderbehandeling' of 'overbehandeling'.

Over het geheel gezien kozen de respondenten het vaakst voor farmacotherapie (33%), gevolgd door steunend therapeutisch contact (27%), praktische hulp (17%), psychotherapie (14%), combinatietherapie (13%) en geen behandeling (10%). Van de keuzes voor farmacotherapie was 74% passend, namelijk in gevallen van ernstige of matig ernstige depressie met een chronisch beloop of vitale kenmerken, en een kwart niet-passend. Zo was sprake van overbehandeling bij subklinische gevallen en van onderbehandeling bij ernstige depressies, de aanwezigheid van psychotische of meerdere vitale kenmerken, comorbiditeit met alcoholmisbruik en het ontbreken van voldoende hulpbronnen. Verder bleek dat de respondenten hun keuze voor farmacotherapie weliswaar baseerden op de patiëntkenmerken van de vignetten, maar dat die kenmerken niet altijd adequaat werden gewogen. De kans op de optie farmacotherapie nam bijvoorbeeld toe met de ernst van de depressie en de aanwezigheid van vitale kenmerken, maar psychotische kenmerken bleken daar, anders dan de literatuur suggereert, geen invloed op te hebben. Ook de beroepsgroep van de respondent speelde een rol. De verklaarde variantie steeg significant met 5% als deze factor

werd meegewogen in de analyse van de determinanten voor de keuze voor farmacotherapie. De kans dat de referentiepatiënt medicatie geadviseerd zou krijgen, bedroeg respectievelijk: 38%, 35%, 21% en 16% als de respondent huisarts, psychiater, psychotherapeut of psycholoog was. Zeven van de tien keuzes voor de minst voorkomende handelingsoptie, *geen behandeling*, bleken overigens niet-passend.

De mate van passendheid over alle handelingsopties (66% passend, 23% onderbehandeling, 11% overbehandeling) varieerde eveneens met de beroepsgroep. Psychiaters oordeelden in 70% van de gevallen passend, significant boven het totaal van psychologen (67%), psychotherapeuten (64%) en huisartsen (63%). Overbehandeling bleek aan de orde in 15% van de oordelen door psychiaters, significant boven het totaal van huisartsen (12%), psychologen (9%) en psychotherapeuten (8%). Van onderbehandeling was sprake in 15% van de gevallen bij psychiaters, significant beneden het totaal van psychologen (24%), huisartsen (25%) en psychotherapeuten (28%).

*De analyse van de Nemesisgegevens* In de databestanden van het Nemesisproject (meetronde 2) werden 140 mensen ontdekt met een eerste episode van lichte, matig ernstige of ernstige depressie. Tachtig van hen zochten hulp voor hun klachten, onder wie 62 bij de huisarts. Over het algemeen bleken de kenmerken van deze reële patiënten goed overeen te komen met die van papieren patiënten in de vignetten. Vervolgens gingen de onderzoekers na in hoeverre de behandeling die de patiënten in de werkelijkheid van het Nemesisproject zeiden te hebben gehad van hun huisarts, overeenkwam met de behandelingsintenties van de huisartsen in het vignetonderzoek. De rangorde van percentages voor de toegewezen behandelingen volgens Nemesis kwam redelijk overeen met die voor de behandelingsintenties volgens het vignetonderzoek. De huisartsen in Nemesis onderscheidden zich echter van hun collega's in het vignetonderzoek door het feit dat zij nog frequenter tot farmacothera-

pie overgingen. Regressieanalyses konden geen enkele determinant van betekenis aan het licht brengen voor de keus van de respectievelijke handelingsopties. Zo bleken huisartsen even vaak bij lichte als bij ernstige depressies te kiezen voor farmacotherapie.

#### De kostenvraag

Bij gebrek aan kosteneffectiviteitsanalyses met betrekking tot de diverse beslispunten in het handelingsproces rond depressie, kon vraag 4 naar de kosten van de diverse opties slechts bij benadering worden beantwoord. Daartoe berekenden de onderzoekers globaal de kosten voor die handelingsopties in het beslisproces, waarvan thans wordt aangenomen dat zij niet verschillen in effectiviteit. Hun tentatieve conclusie luidde dat steunend contact goedkoper is dan psycho- of farmacotherapie, korte psychotherapie goedkoper is dan farmacotherapie en farmacotherapie goedkoper is dan combinatietherapie. Met het nodige voorbehoud formuleerden zij de volgende aanbevelingen: (1) Bij een subklinisch beeld van depressie: kies in eerste instantie voor een afwachtend beleid. (2) Bij lichte depressies: kies in eerste instantie voor steunend therapeutisch contact. (3) Bij matig ernstige depressies: kies in eerste instantie voor farmacotherapie of kortdurende psychotherapie. (4) Bij ernstige depressies: kies in eerste instantie voor farmacotherapie. (5) Bij matig ernstige en ernstige depressies: kies in eerste instantie niet voor combinatietherapie. De formulering 'in eerste instantie' impliceert het bestaan van een tweede instantie. Dit is het beginsel van *stepped-care*. Daarmee wordt bedoeld dat een bepaalde patiënt eerst in aanmerking komt voor de minst ingrijpende (en doorgaans de meest goedkope) oplossing. Bij onvoldoende resultaat zou vervolgens kunnen worden overgegaan tot een meer ingrijpende interventie. Een dergelijke benadering zou voldoen aan Dunning's adagium 'zinnig en zuinig'.



## BESCHOUWING


Alles welbeschouwd blijkt het project Passende Medische Zorg een nuttige exercitie te zijn geweest, die belangrijke inzichten heeft opgeleverd met betrekking tot de waarde van richtlijnen voor passende psychiatrische zorg.

Zowel procedureel als inhoudelijk blijkt aan de ontwikkeling van richtlijnen het nodige te verbeteren. Wat betreft het procedurele aspect verdient het aanbeveling gebruik te maken van de recent geformuleerde kwaliteitseisen voor richtlijnontwikkeling. Inhoudelijk zijn van belang: een systematische inventarisering van beslistmomenten in het hulpverleningsproces, identificatie van relevante patiëntkenmerken en een wetenschappelijke evaluatie van handelingsopties met behulp van statistische meta-analyses, systematische literatuuroverzichten en gevalideerde methoden van groepsoordelen. Uit het onderzoek is gebleken dat dit evaluatiegebied nog grotendeels braak ligt. ‘Harde’ wetenschappelijke gegevens over diagnostiek en prognostiek, over het effect van behandelingen en over eventuele bijwerkingen zijn schaars en ons professionele handelen steunt dan ook slechts voor een klein deel op een ‘evidence’-basis. Bevordering van richtlijnontwikkeling zal leiden tot de bevordering van patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek en dus tot bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen. Welke vlucht het klinisch wetenschappelijk onderzoek en de richtlijnontwikkeling echter ook mogen nemen, we dienen steeds voor ogen te houden dat de realiteit van het ‘situatieve’ handelen bij een individuele patiënt nooit geheel te vangen is in een richtlijn. De professionele attitude ten aanzien van richtlijnen zou dan ook een van ‘ja, tenzij’ moeten zijn. De hulpverlener dient, met andere woorden, per geval aan te geven wanneer en waarom hij of zij afwijkt van de ideaaltypische richtlijn. Het systematisch volgen en vastleggen van dit proces zou gegevens over de praktijk kunnen opleveren die voor de richtlijnontwikkeling van belang kunnen zijn.

Centraal in het onderzoek stond de vraag of richtlijnen die globaal de gangbare professionele opvattingen weergeven, worden nageleefd bij ‘papieren’ casuïstiek. Omdat de respondenten allen dezelfde casuïstiek kregen voorgelegd, konden de idiosyncratische omstandigheden van het ‘situatieve’ handelen geen rol spelen bij hun keuzes. Opvallend was de geringe verklaring die patiëntkenmerken konden bieden in de regressieanalyse met betrekking tot psychotherapie en de combinatie psycho- en farmacotherapie. ‘Blijkbaar is psychotherapie een “grijze” optie, zonder duidelijk profiel’, aldus de opstellers van het rapport. Wat de passendheid van de behandelingen betreft bleken, van de vier onderzochte beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg, de psychotherapeuten het meest en de psychiaters het minst tot onderbehandeling te tenderen. Voor overbehandeling was het beeld andersom. Op het totale percentage passende behandelingen presteerden de psychiaters het best en de huisartsen het minst, maar de verschillen waren niet erg groot. Toen de papieren realiteit van het vignetonderzoek voor de groep huisartsen werd getoetst aan de door echte patiënten gerapporteerde realiteit van de hulpverlening volgens Nemesis, bleek dat de huisartsen het onderscheid in ernst van depressies nauwelijks meenamen in hun overwegingen en dat zij op medicatie vertrouwden, ook als dat niet passend was. Deze bevinding strookt niet met het streven van de overheid de huisarts, in het kader van kostenbeheersing, tot poortwachter van de geestelijke gezondheidszorg te benoemen. Om deze rol met vrucht te kunnen spelen, zal de huisarts moeten worden bijgeschoold. De daarvoor benodigde investering zou wel eens hoger kunnen uitvallen dan de beoogde kostenbesparing.

Niettegenstaande het feit dat een derde van de gekozen behandelingsalternatieven niet passend is gebleken, blijven de onderzoekers van mening dat behandeling in wezen een professionele activiteit is die niet zal verbeteren door de invoering van bureaucratische procedures zoals

indicatiecommissies onder controle van de overheid (Rigter 1999). Kortom, richtlijnen zijn nuttig en nodig, voorzover zij een beeld geven van het voortschrijdend inzicht en stimuleren tot rationeel 'state of the art' handelen op het betreffende medische vakgebied. Door hun aard als statistische constructen zullen richtlijnen de realiteit van de (psychiatrische) patiënt echter nooit volledig kunnen dekken. Op die situatie is de parabel van toepassing over de statisticus die verdronk in een rivier van gemiddeld 50 cm diep. Omdat de beoordeling van de effectiviteit van het handelen uiteindelijk een kwestie is waarin de patiënt het laatste woord heeft en psychiaters alleen bereid blijken te kiezen voor de goedkoopste oplossing bij gelijkblijvende effectiviteit van de alternatieven, valt van richtlijnen weinig heil te verwachten op het terrein van kostenbesparing. De spelers in het veld van de gezondheidszorg zullen dus elk hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen, hulpverleners voor een optimale patiëntenzorg, politiek en overheid voor het creëren van maatschappelijk aanvaardbare randvoorwaarden.

 Met dank aan de medewerkers van het project Passende Medische Zorg, in het bijzonder aan collega De Bruijn, secretaris van de projectgroep, voor haar constructieve commentaar op het conceptartikel.

#### LITERATUUR

- Bijl, R.V., Ravelli, A., van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bruijn, E.M. (1998). Passend kiezen in de gezondheidszorg. *Medisch Contact*, 53, 586-589.
- Burg, M. van den, Berg, M., Berghmans, R., e.a. (1999). Normatieve aspecten van richtlijnontwikkeling en kosteneffectiviteitsstudies in de cardiologie en psychiatrie. Deelrapport C van het KNMG-project Passende Medische Zorg. Utrecht: KNMG.
- Cluzeau, F.A., Littlejohns, P., Grimshaw, J.M., e.a. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal of Quality in Health Care*, 11, 21-28.

- Commissie Keuzen in de Zorg (1991). *Kiezen en delen, deel 1: rapport*. Den Haag: DOP.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987). *Bereidheid tot verandering*.
- Everdingen, J.J.E. van (1999). Van consensus naar CBO-richtlijn. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 2086-2098.
- Grol, R., Hodiament, P.P.G., Rigter, H.G.M., e.a. (1999). *Passende ambulante zorg bij depressie. Deelrapport B van het KNMG-project Passende Medische Zorg*. Utrecht: KNMG.
- Neeling, J.N.D. de (1999). *Concept-eindrapport Passende medische zorg*. Utrecht: KNMG.
- Kabinet (1992). *Modernisering zorgsector, Welovervogen verder. Bijlage: Gepast gebruik*. Den Haag.
- Klazinga, N. (1999). Onderzoek naar passende medische zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 368.
- KNMG (1997). *Projectvoorstel KNMG-project 'Passende Medische Zorg'*. Utrecht: intern rapport.
- Rigter, H.G.M. (1999). *Persoonlijke mededeling*. Symposium *Passende medische zorg*, 8 oktober. Utrecht: KNMG.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., e.a. (1997). *Evidence-based medicine*. New York: Churchill Livingstone.
- Meulen, R.H.J. ter, & Berg, M. (1999). Het normatieve karakter van richtlijnen onderzocht. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 376-379.
- Tiemeyer, H., de Vries, W.J., & Rigter, H. (1999). *Passende medische zorg bij depressie*. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 372-376.

#### AUTEUR

P.P.G. HODIAMONT is als A-opleider psychiatrie verbonden aan de Stichting GGZ Midden-Brabant en als hoogleraar sociale psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Brabant. Hij nam namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie deel aan het project Passende Medische Zorg van de KNMG. *Correspondentieadres*: prof. dr. P.P.G. Hodiament, Eekhoornstraat 2, 6531 TB Nijmegen.

*Strijdige belangen*: de auteur heeft op verzoek van de farmaceutische industrie een presentatie over het onderwerp van dit artikel gegeven.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-6-2000.

## SUMMARY

Fitting Medical Care. The value of guidelines for depression – P.P.G. Hodiament –

**BACKGROUND** In medicine guidelines are considered important tools for quality improvement that might also attribute to cost control.

**AIMS** This hypothesis was tested in the research project 'Fitting Medical Care' of the Royal Dutch Medical Society.

**METHOD** Description of a series of investigations into the value of guidelines for the care of depressive patients. To that purpose the treatment choices, the available knowledge, the actual treatment practice and the treatment costs for depression were explored. The data were used to construct a golden standard for fitting medical care in case of depression.

**RESULTS** In 66% of the cases the choice of treatment was considered fitting, in 23% it was seen as undertreatment and in 11% as overtreatment. Calculation of cost-effectiveness ratios for the various treatment options turned out to be impossible given the actual body of scientific knowledge.

**CONCLUSION** Guidelines can improve the quality of medical care, but are not and may never be of use for cost control.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 3, 173-183]

**KEYWORDS** depression, evidence-based psychiatry, fitting medical care, guidelines