

Imago

A.J.L.M. VAN BALKOM

De *evidence-based* psychiatrie heeft een groot probleem: het heeft geen imago. Evidence-based is niet hot, cool, dik, vet of hard. Sommigen belijden nog wel met de mond dat het evidence-based werken belangrijk is, dat hierdoor ons vak emancipeert in de geneeskunde en dat dit onze professionals en patiënten ten goede komt. De meesten echter bergen hun evidence-based richtlijnen op in de boekenkast na ontvangst, gaan in hun praktijk over tot de orde van de dag en halen hun schouders op als op een bijscholing blijkt dat hun behandelingen niet bewezen effectief zijn.

Het is duidelijk: evidence-based werken is uit. Wat aanhangers ook proberen: het imago ervan lijkt niet op te kalefateren. Feiten noch meningen schijnen te helpen bij het overhalen van collega's om volgens richtlijnen te gaan werken. De reacties uit het veld doen denken aan die van pubers die hun ouders hoopvol in een spijkerbroek van een foute winkelketen thuis zien komen: opgetrokken wenkbrauwen en schaamtevol de andere kant opkijken is hun deel.

Even wat 'feiten'? (Reageert u al met 'duh'?) Uit Amerikaans onderzoek met verzekeringsgegevens bleek dat in de periode 1991 tot 1996 in totaal 9.054 depressieve episoden behandeld werden in de eerste en tweede lijn en dat slechts in 15% behandelingen gegeven waren waarvan uit onderzoek was gebleken dat zij effectief zijn bij depressies. Het betrof hier zowel medicatie als psychotherapie (Horvitz-Lennon e.a. 2003). Inmiddels is uit Australisch onderzoek bij patiënten met angst en depressie vast komen te staan dat evidence-based behandelmethoden niet alleen een beter effect hebben, maar ook niet duurder zijn dan overige behandelingen (Andrews e.a. 2004; Issakidis 2004). We kunnen dus concluderen dat een grote minderheid van onze patiënten de goede behandeling krijgt, terwijl deze behandeling effectiever zou zijn en niet duurder. Deze cijfers lijken duidelijke taal te spreken, maar u bent waarschijnlijk niet onder de indruk. Of misschien bent u dat wel, maar laat u uw handelen in uw praktijk er toch niet door beïnvloeden. Of misschien denkt u wel dat u zich aan de richtlijn houdt, maar zou een *audit* heel ander gedrag aan het licht brengen.

Maar we moeten om! Ondanks het magere imago is er geen weg terug meer: we zullen steeds meer evidence-based moeten leren werken omdat dat samengaat met een hogere kwaliteit. Deze kwaliteitsverbetering zal sneller dan menigeen denkt een eis worden om de behandeling voor vergoeding door de verzekeraar in aanmerking te laten komen (denkt u nou: 'boeie?'). De vraag die wij met zijn allen moeten beantwoorden is hoe wij ervoor gaan zorgen dat professionals in de ggz gaan doen wat ze eigenlijk moeten doen. Ofwel: hoe houden ouders hun pubers op het rechte pad.

De implementatie van de behandelrichtlijnen zal ons de komende jaren bezighouden. Deze implementatie gebeurt nu her en

der op projectmatige wijze. Door deze projecten wordt duidelijk dat het verwezenlijken van het opvolgen van behandelrichtlijnen afhangt van de situatie ter plaatse. Wat voor effectueringsstrategie ook wordt gebruikt, duidelijk is dat een open en niet-veroordelende communicatie, het verstrekken van informatie over de behandelrichtlijn en een op de situatie toegesneden intervisie zinvolle ingrediënten zijn. Deze ingrediënten worden echter door de collega's al snel ervaren als opgelegd. Net als bij pubers moet de communicatie die van ouders uitgaat niet van een afstand plaatsvinden, maar van dichtbij en in dialoog. Wat richtlijnmakers zich vaak niet realiseren is dat 'de' richtlijn niet bestaat en dat richtlijnen zich niet alleen moeten baseren op onderzoeksresultaten maar ook op ervaringen met en in de praktijk. Uit onderzoek naar de implementeerbaarheid van Standaarden van het Nederlands Huisartsengenootschap is vast komen te staan dat de moeilijkheidsgraad van deze standaarden omgekeerd evenredig is met de implementeerbaarheid ervan. Als we onze richtlijnen gaan evalueren moet er voor dit aspect aandacht zijn.

Het is duidelijk dat de evidence-based psychiatrie de komende jaren veel energie moet stoppen in uitleg en verheldering van haar doelen. Hierdoor moet een brug geslagen worden met de praktijk. Die brug moet een gat overbruggen tussen de toekomstige praktijk die conform richtlijnen plaats zal gaan vinden en de praktijk van nu, waarin dat vaak niet gebeurt. Met deze uitleg en verheldering zal getracht moeten worden het beeld van de evidence-based psychiatrie dat de ggz-professional – de psychiater inclusief – heeft te verbeteren en een debat met de praktijk tot stand te laten komen. In dit debat moet de clinicus uit de dagelijkse praktijk serieus genomen worden. Ouders nemen hun pubers toch ook serieus?

LITERATUUR

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., e.a. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S.L., Frank, R.G., e.a. (2003). 'Usual care' for major depression in the 1990s: characteristics and expert-estimated outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 720-726.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., e.a. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34, 19-35.