

Reactie op 'Psychiatrie op de kop?'

Volgens Milders (2008) wordt de psychiatrische praktijk in belangrijke mate bepaald door de principes van *evidence-based medicine* (EBM), door richtlijnen en daarvan afgeleide zorgprogramma's. Er is volgens Milders dus sprake van een verregaande verwetenschappelijking en systematisering van de psychiatrie. De gemiddelde psychiater is hier zeer tevreden mee en waardeert richtlijnen. Maar dit zouden wel eens wenselijke antwoorden kunnen zijn, die meer stammen uit het kortetermijngeheugen dan uit 'de diepte van het hart'. Vervolgens stelt hij de vraag: 'bloeit de psychiatrie en is deze niet meer in gevaar?' Deze argumentatie is niet zuiver en meer een drogredenering van het type *post hoc ergo propter hoc*.

Het grondprincipe van het toepassen van EBM is levenslang anders blijven leren. Alles verandert, liefst in de goede richting, maar dat weet je niet altijd zeker. Een kritische socratische houding is een basis voor het toepassen van EBM. Dat er allerlei unieke factoren medebepalend zijn voor diagnostiek en behandeling weet elke clinicus. Het zijn maar richtlijnen en geen standaarden, die lang niet altijd gevolgd kunnen worden; het zijn echter ook geen adviezen die men in de wind mag slaan. Er dient dus verstandig met richtlijnen omgegaan te worden. Er is vaak hard en gedegen aan een richtlijn gewerkt, maar er gemotiveerd van afwijken mag en moet soms.

Dit laat onverlet dat bijvoorbeeld bij de keuze voor interpersoonlijke therapie of cognitieve gedragstherapie (richtlijn Depressie) en in de behandeling al die persoonlijke unieke patiënt- en contextfactoren een rol zullen en moeten spelen. Kortdurende of langdurige psychoanalytische therapie en *mindfulness-based* therapie zitten nog niet in het keuzepakket, maar wie weet? De wetenschappelijke tekenen zijn gunstig hiervoor, niet ondanks, maar dankzij EBM-ontwikkelingen. Een medische richtlijn gaat vaak alleen over de techni-

sche aspecten van het vak - de andere aspecten zoals bejegening worden voorondersteld - en een richtlijn is bedoeld om de professionals en de patiënten te helpen in het nemen van goede beslissingen wanneer er iets te beslissen valt.

Milders noemt Harry Kunneman: objectiverende kennisvormen zouden centraal staan en deze zouden verstrengeld zijn geraakt met de beheersing uit de economie (doelmatigheid) en de politiek via de overheid, zorgverzekeraars en de diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Dat die verstrengeling er is, daar kan ik als burger geen bezwaar tegen hebben. Maar dat het een monsterverbond geworden is dat de wezenlijke humanistische waarden verdringt? Ja, vanuit een theoretisch perspectief zou het kunnen. Volgens Kunneman zou men daardoor 'wegkijken van de plek der moeite'. Maar klopt dat wel? Mijn ervaringen zijn anders. Bij accreditatie van ziekenhuizen en het visiteren van praktijken komen de genoemde 'ondemocratische processen' wel degelijk naar voren. Zoals de onmenselijkheid van de doorplaatsing in de chronische psychiatrie of de verwaarlozing van instellingspatiënten of de gebouwen van ver voor de oorlog. De *empowerment* van patiënten, een grondgedachte binnen *disease management*, is mensen te helpen zoveel mogelijk zichzelf te helpen. Niet betuttelen en daarmee indirect vernederen, maar helpen, vanuit compassie en trouw zijn aan je patiënten. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) handelde naar mijn ervaring vanuit deze principes. Er waait nu wel een wind bij de IGZ van de maat willen nemen, die me zorgen baart. De inspectie schommelt tussen handhaven/inspecteren en vertrouwen dat er een verbetercultuur zal ontstaan waarin de patiënt centraal staat. De verzekeraars moeten ook nog veel leren, maar zijn op de goede weg, zoals is gebleken bij de somatische DBC-ontwikkeling.

Ik heb er vertrouwen in met een gezonde dosis wantrouwen. De nieuwe medische opleiding 2008, met de CanMEDS-criteria, die in de maak is, geeft veel aandacht aan al die andere rollen van de arts, zonder zich te verliezen in te veel nederigheid of 'the doctor knows all'.

Het spreken in abstracte termen in kwaliteit- of richtlijnenland of in medische diagnostiek suggereert een verlies van menselijke waarden. Als je artsen en psychiaters in de praktijk ziet werken, dan is er wel degelijk compassie, soms niet.

De wetenschapsfilosofische aanscherping waarmee Milders vervolgt, is allemaal theoretisch waar. De wetenschappelijke realiteit in ons vak is waarschijnlijkheidskennis, die ons en patiënten onzeker maakt. EBM maakt het allemaal iets minder onzeker. Er is nog veel uit te leggen aan de mensheid wat ons vak inhoudt. Maar de oude filosofen leefden naar hun filosofie. Ik hoop dat degenen die het hartgrondig eens zijn met het artikel van Milders dat ook doen. De psychiatrische of medische praktijk is een toegepaste wetenschap die rekening houdt met de wensen en de verwachtingen van de patiënten en de samenleving. Die patiënten zijn ook wij, nu of in de toekomst. De strenge intentieverklaring van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie bij richtlijnen is nodig om uit te leggen dat je zelf verantwoordelijk voor de patiënten blijft en dat richtlijnen alleen maar hulpmiddelen zijn. De patiënten zullen over onze menselijke aspecten van de beroepsuitoefening een oordeel gaan vellen; dit zal voor de verzeekers een belangrijk thema worden om goede betaalbare zorg te leveren. Een aardige psychiater die zijn vak niet bijhoudt, kan succes hebben; dat zal een chirurg niet lukken. Onze beroepsgroep probeert via een visitatiesysteem ons ook daarmee te helpen. De psychiater, de arts, behoort geschoold, kritisch en socratisch te zijn en te blijven, maar vooral menselijk. Dus de meeste psychiaters kunnen lekker gaan slapen en morgen gezond weer op.

AUTEUR

J.A. SWINKELS is hoogleraar richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg, AMC De Meren Amsterdam.

Correspondentieadres: prof.dr. J.A. Swinkels, AMC de Meren, Academisch Psychiatrisch Centrum, Meibergdreef 5 PA0-150, 1105 AZ Amsterdam.

E-mail: j.a.swinkels@amc.uva.nl.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Is psychiatry off course?'

ANTWOORD aan Swinkels

Ik dank collega Swinkels voor zijn reactie op mijn redactioneel. Het is verheugend dat een ter zake deskundige met verstand en hart reageert. In de meeste van zijn overwegingen kan ik mij goed vinden en ik waardeer zijn betrokkenheid, opvattingen over het belang van EBM en beduchtheid voor een 'afrekencultuur'. Ik kan mij goed voorstellen dat Swinkels vanuit zijn functie de psychiatrie fier recht overeind wil houden, gelet op het belang van de beroepsgroep en de beeldvorming over de psychiatrie in de maatschappij. Bovendien vind ik Swinkels' gedachte aannemelijk dat EBM onze waarschijnlijkheidskennis iets minder onzeker maakt.

Waarom is er dan toch 180 graden verschil in uitkomst van zijn en mijn gedachtegang? Dat komt door een fundamenteel verschil in opvatting over de aard van de psychiatrische praktijk. Swinkels vindt dat de psychiatrische (en medische) praktijk toegepaste wetenschap is. Ik vind van niet. Sterker nog, ook de richtlijnen, voor zover deze betrekking hebben op onderzoek naar interventies, hebben over het algemeen weinig met wetenschap te maken. Natuurlijk worden er in interventiestudies (bijvoorbeeld farmacotherapie en psychotherapie) wetenschappelijke methoden gebruikt. Maar dat is wat anders dan waar echte wetenschap voor staat: 'het systematisch geordende geheel van het weten en van de regels, wetmatigheden, theorieën, hypothesen en systemen waarmee verdere kennis verkregen kan worden'

(Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal). Richtlijnen kunnen zeker als een vorm van wetenschap worden gezien, maar dan in een geheel andere betekenis die Van Dale ook aan dit begrip toekent: 'wat men omtrent iets weten moet'.

Voor mijn opvatting dat de geneeskundige praktijk geen toegepaste wetenschap is, verwijs ik graag naar de nog steeds relevante studie van Donald A. Schön, *The Reflective Practitioner. How professionals think in action* (1983). Schön beschrijft daarin hoe in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw de mythe van de toegepaste wetenschap in diverse professionele domeinen (geneeskunde, bouwkunde en onderwijs) werd doorgeprikt. Professionals konden hun wetenschappelijke pretenties niet waarmaken. Men kwam tot het inzicht dat wetenschap (technische rationaliteit) geen pasklare oplossingen biedt voor problemen in de praktijk, omdat deze gekenmerkt worden door complexiteit, onzekerheid, instabiliteit, uniekheid en waardeconflicten. Schön besteedt dan ook veel aandacht aan de herwaardering van praktische kennis (deels *tacit knowledge*) en reflectie in actie om de praktische problemen adequaat het hoofd te bieden.

Deze visie op de praktijk sluit heel goed aan bij de principes van EBM. Laten wij deze principes vooral hooghouden. Daarmee bedoel ik dat de verantwoordelijkheid van de individuele psychiater volledig recht wordt gedaan. Professionele verantwoordelijkheid kan niet worden afgedwongen door een strenge intentieverklaring van de Nederlands Vereniging voor Psychiatrie over de toepassing van richtlijnen. Bovendien kan de legitimering voor het handelen van de psychiater niet worden gevonden in de wetenschap en ook niet in richtlijnen. Want die zijn slechts hulpmiddelen, zoals Swinkels terecht opmerkt. Laten wij daar dan de consequenties uit trekken.

Door de psychiatrie te zien als een toegepaste wetenschap, draaien wij onszelf en de maatschappij een rad voor ogen. Wij pretenderen daarmee dat rationalisering van het zorgproces een haalbare doelstelling is. Andere partijen in het ggz-veld maken daar dankbaar gebruik en misbruik

van. Het kan leiden tot een simplistische afreken-cultuur, waar ook Swinkels tegen is. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft in zijn rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' (2004) er destijds voor gewaarschuwd dat het moderne eenzijdig sturen op resultaten 'perverse effecten' kan hebben. De raad pleit voor een perspectief waarin de beroepseer van dokters weer serieus wordt genomen en er wordt gekapitaliseerd op de kwaliteit van de professionals.

Wat ons de afgelopen jaren door de overheid en zorgverzekeraars (en nu ook door de IGZ) aan regelgeving wordt opgedrongen, is een sigaar uit eigen doos. Het zijn de opvattingen van de psychiatrische beroepsgroep die ooit bedoeld waren als transparantie en legitimering tegenover overheid, maatschappij en zorgverzekeraars. Goede bedoelingen die – overgenomen door andere partijen – zich nu in karikaturale vorm tegen ons keren. Dat is echt een duivels principe. Wij moeten dus waakzaam blijven. Wij kunnen ons niet permitteren om rustig te gaan slapen. Immers, zonder grondige herbezinning op haar uitgangspunten blijft de psychiatrie op de kop staan.

LITERATUUR

- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. London: Temple Smith.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). 'Bewijzen van goede dienstverlening'. Amsterdam: Amsterdam University Press.

AUTEUR

C.F.A. MILDERS is psychiater en A-opleider bij GGz Groningen.

Correspondentieadres: dr. C.F.A. Milders, GGz Groningen, Hereweg 76, 9700 AB Groningen.

E-mail: cfa.milders@lentis.nl.