

De geschiedenis van evidence-based psychiatrie en richtlijnontwikkeling

J.A. SWINKELS, J.J.E. VAN EVERDINGEN

SAMENVATTING Door ontwikkelingen in de samenleving en de wetenschap zijn *evidence-based medicine* (EBM), *evidence-based psychiatrie* (EBP) en *evidence-based richtlijnontwikkeling* (EBRO) tot bloei gekomen. Het handelen van een arts is enerzijds gebaseerd op feitelijke kennis en ervaring, anderzijds op compassie en zorgzaamheid. Aspecifieke en relationele factoren spelen vooral in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg een grote rol, maar dat maakt wetenschappelijk denken niet minder belangrijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 317-322]

TREFWOORDEN evidence-based psychiatrie, evidence-based richtlijnontwikkeling

In de jaren tachtig van de vorige eeuw werd door een groep onderzoekers en artsen van de McMaster Medical School in Hamilton (Canada) een nieuwe manier van leren en onderwijzen gepropageerd, minder autoritair en traditioneel, en meer gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Deze onderwijsmethode kreeg de naam *evidence-based medicine* (Evidence-based Medicine Working Group 1992). Deze Canadese groep heeft niet kunnen vermoeden hoe ver en diep hun opvattingen het medisch denken en de geneeskunde zouden gaan beïnvloeden. Deze methode heeft ook buiten de geneeskunde zijn stempel nagelaten: er doken ook termen op zoals *evidence-based management* en *evidence-based politiek*. Evidence-based psychiatrie (EBP), of breder *evidence-based mental health* (EBMH), is een afgeleide van *evidence-based medicine* (EBM), een geneeskunde die zo veel als mogelijk, maar niet alleen, gebaseerd is op actuele wetenschappelijke kennis.

De samenleving verandert en er overheerst niet langer een zogeheten 'bevelshuishouding', maar een 'onderhandelingshuishouding' (De Swaan 1979). Burgers en patiënten willen meepra-

ten en onderhandelen en patiënten willen het liefst op grond van de aan hen verstrekte informatie samen met de arts beslissingen kunnen nemen over hun behandeling. Tot voor kort gold de stelling dat de arts het beste wist wat goed was voor de patiënt en werd klinische ervaring gezien als de betrouwbaarste bron van kennis. Vergissingen werden verklaard vanuit de onvoorspelbaarheid van de ongrijpbare natuur. Geneeskunde was veelal gebaseerd op het navolgen van de leermeester, die handelde op basis van eigen pathofysiologische en psychologische inzichten. Zo waren er verschillende scholen met onderling aanzienlijke verschillen in visie en aanpak.

Het nieuwe *evidence-based* werken is meer gebaseerd op statistisch verantwoorde feiten die verkregen zijn uit klinisch vergelijkend onderzoek en daaraan verbonden kansberekeningen. Ervaring speelt daarbij nog steeds een belangrijke rol, maar de arts kan zich om allerlei redenen vergissen, zoals vooroordelen, onvoldoende kennis en toeval. Inzicht in de eigen gebreken en de diverse vormen van vertekening maken dat artsen zich bewust zijn van hun eigen tekortkomingen en dat

maakt hen toetsbaar en minder autoritair. Het gaat nu om begrip van bewijsvoering en de geldende wetenschappelijke regels van oorzakelijkheid. Bij EBM let de arts op de werkzaamheid van behandelingen, verantwoorde diagnostiek en prognose, en de statistische onderbouwing hiervan. EBM is een voorbeeld van levenslang leren, waarbij er een voortdurende bewustwording van eigen beperkingen en onbekwaamheid is. Wanneer nieuwe kennis gevonden is en deze geïntegreerd is in ons langetermijngeheugen, dan worden wij in de leeracyclus weer onbewust bekwaam.

HISTORIE EN DEFINITIE

Wat 'waar' is, is duizenden jaren lang in min of meerdere mate gebaseerd op religieuze of filosofische overtuigingen, vastgelegd in sacrale codes of filosofische geschriften. Dat was 'het bewijs' waar artsen zich naast hun ervaringskennis op baseerden. De ervaringskennis die zich in de loop der jaren heeft opgestapeld op datgene wat al in de klassieke oudheid tot bloei was gekomen, kan niet zomaar als onwerkzaam terzijde worden geschoven. De geneeskunde heeft zich pas in de laatste eeuw ontwikkeld tot een kennisdomein waarbij men zich vooral ging richten op wetenschappelijk toetsbare kennis. Daarbij ging het eerst nog over theoretische kennis betreffende werkingsmechanismen, maar geleidelijk aan ook over empirisch getoetste kennis met een min of meer vooronderstelde verklarende theorie. Voor vrijwel alle vormen van behandeling werd de ervaringskennis als het ware strakgetrokken in vergelijkende studies met gerandomiseerde, liefst geblindeerde en placebogecontroleerde onderzoeken. Dat is de basis geworden van EBM.

De Cochrane Collaboration, genoemd naar de Britse epidemioloog Archie Cochrane (1909-1988), en opgericht door Ian Chalmers in het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw, bracht deze methode van onderzoek verder tot bloei. De Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) is een internationaal samenwerkingsverband dat zich tot doel stelt om belangrijke vragen in de

geneeskunde te beantwoorden via de EBM-werkwijze. Op die manier tracht men zo grondig en systematisch mogelijk alle wetenschappelijke onderzoeken over een probleem met zowel positieve als, vaak ongepubliceerde, negatieve resultaten op te sporen. Deze onderzoeken worden vervolgens kritisch beoordeeld. De overgebleven, correct opgezette, onderzoeken worden vervolgens 'gebundeld' om het netto-effect van de behandeling op een onderling goed vergelijkbare wijze te presenteren in een zogenaamde 'cochranereview'. Deze term is in de geneeskunde een begrip geworden.

De letterlijke betekenis van EBM is 'op bewijs gestoelde geneeskunde'. Onder 'evidence' wordt in de Engelse taal allereerst verstaan 'de gronden om een principe, een overtuiging, mening of idee als waar of onwaar te bestempelen'. Nu is bewijs in de geneeskunde meestal waarschijnlijkheidskennis, in tegenstelling tot het meer exacte natuurwetenschappelijk bewijs. Iets is dus niet waar of onwaar (proof), maar waar of onwaar binnen een mate van waarschijnlijkheid (evidence). Meestal kunnen wij over de waarde van een bepaalde behandeling of de effectiviteit van een diagnostisch instrument geen zekere uitspraken doen. Dit is anders dan bij een natuurwet, zoals de wet van de zwaartekracht: water zal altijd naar beneden stromen en niet omhoog. Dat betekent overigens niet dat de verklarende theorie waarom dat gebeurt honderd procent waterdicht is.

'Medicine' is het in diagnostisch en therapeutisch opzicht integreren van somatische, psychologische en sociale benaderingen bij de zorg voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid van het individu. Dit is de hippocratische en integrale opvatting van medisch handelen, zoals ook impliciet verwoord staat in de eindtermen van de medische opleiding (Metz e.a. 2001).

GROEIENDE BELANGSTELLING VOOR EBM

Vanaf de jaren negentig is een grote hoeveelheid literatuur over EBM verschenen in vele talen, deels in de klassieke tijdschriften, maar ook in

nieuwe tijdschriften die geheel gericht waren op EBM. Waarom heeft EBM zo'n grote vlucht genomen? Daar is een aantal redenen voor aan te wijzen. Gebleken is dat artsen meermalen per dag behoefte hebben aan informatie en dat zij om diverse redenen deze informatie vaak niet direct kunnen verkrijgen. Uit een onderzoek onder Amerikaanse huisartsen bleek dat in twee derde van de gevallen deze nieuwe informatie tot een andere behandelbeslissing zou hebben geleid (Covell e.a. 1985). Verder is gebleken dat kennis in medische boeken vaak al verouderd of onjuist is op het moment dat ze verschijnen. Bovendien zijn veel tijdschriften niet overal beschikbaar en/of toegankelijk. De snelle groei van nieuwe beschikbare kennis maakt het aannemelijk dat onze huidige kennis niet up-to-date is. Dit gaat ten koste van de klinische competentie (Evand e.a. 1986; Ramsey e.a. 1991). Informatie- en computertechnologie maakt het voor de arts en de patiënt juist nu weer mogelijk om sneller over de meest actuele kennis te kunnen beschikken.

Er is een toenemende vraag naar transparantie en bereidheid tot verantwoording door professionals in de gezondheidszorg. Patiënten, verzekeraars en overheid willen 'waar voor hun geld'. De door de medische beroepsgroepen zelf vastgestelde variatie in handelen maakt de roep om transparantie en maatstaven nog groter. Hierbij speelt ook de juridisering van de samenleving mee.

Dit alles leidt tot een grotere behoefte aan actuele, bruikbare en geaggregeerde wetenschappelijke kennis om verantwoord te kunnen blijven werken.

HET TOEPASSEN VAN EBM

Evidence-based denken en werken winnen in de psychiatrie aan populariteit, maar hoe deze in de dagelijkse algemene psychiatrische praktijk te verwezenlijken? Er zijn globaal gesteld drie manieren om bewust evidence-based te werken. De eerste manier is om het zelf te doen door klinische vragen te vertalen in opzoekbare kennis, deze te traceren en de betreffende onderzoeken zelf te

wegen op hun juistheid, bruikbaarheid en toepasbaarheid bij een individuele patiënt. Dit is niet eenvoudig en kan bovendien veel tijd vergen. Maar er zijn inmiddels tal van databases waarin de gecondenseerde kennis snel en gemakkelijk te vinden is en waarbij het wegingsproces al grotendeels heeft plaatsgevonden.

Een tweede manier is gebruik te maken van evidence-based richtlijnen, ontwikkeld door anderen. Een evidence-based richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg voor patiënten, dat berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen (Van Everdingen e.a. 2004). Dit klinkt mooier dan het is: richtlijnen zijn regelmatig verworden tot moeilijk toegankelijke boekwerken waarin een praktische leidraad voor diverse praktijkproblemen niet altijd eenvoudig is terug te vinden. Een goed voorbeeld van richtlijnen die voor de arts en de patiënt in bruikbare kennis zijn omgezet, is OncoLine (www.oncoline.nl). Ook een aantal ggz-richtlijnen is op deze manier beschikbaar (www.ggzrichtlijnen.nl). Richtlijnontwikkelaars zoals het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut zijn lid van het Guidelines International Network (G-I-N). Dit internationale netwerk van richtlijnontwikkelaars is opgericht in 2002 en meer dan 36 landen werken erin samen om meer doeltreffendheid en doelmatigheid te verkrijgen op het gebied van richtlijnontwikkeling (www.g-i-n.net/).

EVIDENCE-BASED PSYCHIATRIE

Empathische psychiater en botte chirurg Hoewel geneeskunde en psychiatrie ten principale niet van elkaar verschillen, liggen het toepassen van EBM en het gebruik van evidence-based richtlijnen in de psychiatrie en de ggz (EBP) ingewikkelder dan in de somatische geneeskunde. Een voorbeeld maakt de verschillen duidelijk. Wie zich moet of wil laten opereren, heeft liever een

technisch goede, maar communicatief minder begaafde chirurg dan een chirurg die aangenaam is in de omgang, maar onkundig. Een 'slechte' chirurg is iemand die niet goed genoeg kan opereren, al is hij nog zo aardig. In de psychiatrie ligt dat genuanceerder. Er wordt gebruikgemaakt van effectieve behandelingen zoals psychotherapie (Perry e.a. 1999), psychosociale behandelingen en medicijnen. Een deel van het effect van een dergelijke behandeling is gebaseerd op specifieke c.q. relationele factoren (Lambert e.a. 1997). Deze effecten kunnen groot zijn en soms zelfs groter dan het pure behandelresultaat van bijvoorbeeld een antidepressivum (McKay 2006). Een 'slechte' psychiater kan iemand zijn die EBP niet toepast, richtlijnen afwijst en/of ook niet verwijst en alle wijsheid in pacht meent te hebben. Toch kan een dergelijke psychiater dankzij zijn communicatieve en contactuele vaardigheden, in tegenstelling tot de chirurg, redelijke behandelresultaten hebben. Echter, een psychiater die zich uitsluitend richt op sociale, psychologische of fysiologische aspecten van het psychiatrisch ziek-zijn handelt in het nadeel van de patiënt (Swinkels 2002).

Stappenplan EBP kan, zoals gesteld, op drie manieren worden toegepast, waarbij dezelfde grondmethode gevolgd wordt. De eerste stap is dat men het klinische probleem, onder te verdelen in etiologisch, diagnostisch, therapeutisch of prognostisch probleem, vertaalt in een opzoekbare vraag. De tweede stap is in de literatuur zoeken naar evidence. Wanneer men deze vindt, dan wordt deze gewogen op betrouwbaarheid en validiteit, dat wil zeggen op bewijskracht, toepassing in de klinische praktijk en bruikbaarheid (de derde stap). De vierde stap is dat men deze gewogen evidence integreert met de eigen klinische ervaring en tracht deze toe te snijden op de betreffende patiënt met zijn of haar unieke eigenschappen, voorkeuren en wensen. De vijfde en laatste stap is dat men evalueert of dit alles van nut is geweest voor deze patiënt (Sackett e.a. 2000).

RCT hoogste goed? Voor het behandelresultaat leveren 'optelbare' (of gepoolde) gerandomiseerde, liefst placebogecontroleerde trials in een meta-analyse de hoogste graad van bewijs op, mits er voldoende onderzoek beschikbaar is. Dat geldt niet zonder meer voor een diagnostisch probleem. Zo is voor elk medisch probleem een onderzoeksmethode te bedenken die het meeste bewijs oplevert en dat is niet altijd een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT). Daar komt nog bij dat er veel klinische situaties zijn die niet door middel van een RCT bestudeerd kunnen worden. Denk bijvoorbeeld aan orgaantransplantaties of langdurige psychotherapie (De Maat e.a. 2007). Bij evidence-based richtlijnontwikkeling herhaalt men de eerste drie stappen voor verschillende klinische problemen en bundelt deze rondom een stoornis zoals 'depressie'. Aan de gewogen en vaak gegradeerde kennis verbindt men overige overwegingen (vierde en vijfde stap), die leiden tot aanbevelingen voor het klinisch handelen. Als de beroepsgroep deze aanbevelingen vervolgens autoriseert, dan worden het richtlijnen die gelden voor alle bij de betreffende patiëntencategorie betrokken professionals.

IS HET SOP DE KOOL WAARD?

Leiden al de inspanningen om het beter en meer evidence-based te doen nu tot betere diagnostiek en behandelresultaten voor de patiënten? Dit is een niet makkelijk te beantwoorden vraag. Om de betrouwbaarheid en de manier van opzetten van evidence-based richtlijnen te toetsen heeft de Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Collaboration een beoordelingsinstrument ontwikkeld (<http://www.cbo.nl>, zoeken naar AGREE). Hiermee kan men de kwaliteit van evidence-based richtlijnen kritisch beoordelen en onderling vergelijken. Ook kan men dit instrument gebruiken als checklist bij het ontwikkelen van richtlijnen.

Of richtlijnen uiteindelijk worden toegepast, en of dit op een juiste manier gebeurt, is een ander verhaal. Dat kan getoetst worden aan de hand van

zogenaamde prestatie-indicatoren. Uiteindelijk is 'the proof of the pudding in the eating'. Of EBP werkelijk leidt tot betere behandelresultaten is niet altijd aangetoond. Het lijkt logisch te veronderstellen dat toepassen van richtlijnen tot betere resultaten leidt, en niet-toepassen ervan tot slechtere, maar zeker is dit niet. Ook zijn er nog andere vragen: hoe zit het met de validiteit, de reproduceerbaarheid, het discriminerend vermogen, de registreerbaarheid, de wetenschappelijke onderbouwing van indicatoren? Zijn die wel goed gedefinieerd en evidence-based? Analooq aan het AGREE-instrument voor richtlijnen, is recent een toetsingskader ontworpen voor de ontwikkeling, de implementatie en de evaluatie van indicatoren, het zogenoemde AIRE- of Appraisal of Indicators through Research and Evaluation-instrument (De Koning e.a. 2006).

Blijft de vraag of dit alles niet leidt tot een Juvenalis-dilemma ('wie controleert de controleurs?'), waarbij wij worden ingesponnen in een cocon van ongebreidelde bureaucratie. Zolang het gezonde verstand prevaleert, waarbij zowel academische ratio als levenswijsheid wordt gebruikt en waarbij compassie en zorgzaamheid niet uit het zicht raken, zal dit niet gebeuren. Dat is in feite waar EBM en EBP en evidence-based richtlijnontwikkeling over dienen te gaan. Voor onszelf is het sop de kool waard.

LITERATUUR

- Covell, D.G., Uman, G.C., & Manning, P.R. (1985). Information needs in office practice: are they being met? *Annals of Internal Medicine*, 103, 596-599.
- Everdingen, J.J.E. van, Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., e.a. (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Evans, C.E., Haynes, R.B., Birkett, N.J., e.a. (1986). Does a mailed continuing education program improve clinical performance? Results of a randomized trial in antihypertensive care. *Journal of the American Medical Association*, 255, 501-504.
- Evidence-based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 268, 2420-2425.
- Koning, J. de, Smulders, N., & Klazinga, N. (2006). *Appraisal of Indicators through Research and Evaluation AIRE-instrument versie 1.0*. www.orde.nl

tors through Research and Evaluation AIRE-instrument versie 1.0. www.orde.nl

- Lambert, M.J., Huefner, J.C., & Nace, D.K. (1997). The promise and problems of psychotherapy research in a managed care setting. *Psychotherapy Research*, 7, 321-332.
- Maat, de S., Dekker, J., Schoevers, R., e.a. (2007). The effectiveness of long-term psychotherapy: methodological research issues. *Psychotherapy Research*, 17, 59-65.
- McKay, K.M., Imel, Z., & Wampold, B. (2006). Psychiatrist effects in the pharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, 287-290.
- Metz, J.C.M., Verbeek-Weel, A.M.M., Huisjes, H.J. (Red.). (2001). *Raamplan 2001. Artsopleiding; bijgestelde termen van de artsopleiding*. Utrecht: VSNU.
- Perry, J.C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Ramsey, P.G., Carline, J.D., Inui, T.S., e.a. (1991). Changes over time in the knowledge base of practicing internists. *The Journal of the American Medical Association*, 266, 1103-1107.
- Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., e.a. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone.
- Swaan, A. de (1979). Uitgaansbeperking en uitgaansangst. Over de verschuiving van bevelshuishouding naar onderhandelingshuishouding. Herziene versie van inaugurale rede, Universiteit van Amsterdam. In: *De mens is de mens een zorg*. Opstellen 1971-1981. Amsterdam: Meulenhoff. <http://www.dbnl.org/tekst/swaa005menso1—01/swaa005menso1—01—0005.htm>
- Swinkels, J.A. (2002). *Richtlijnontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg. Een zaak van stichten en richten*. Inaugurale rede. Amsterdam: Vossiuspers.

AUTEURS

J.A. SWINKELS is psychiater en hoogleraar richtlijnontwikkeling in de geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam/Academisch Medisch Centrum en het Trimbos-instituut, Utrecht.

J. J. E. VAN EVERDINGEN is dermatoloog en secretaris van de Medisch Wetenschappelijke Raad van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

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

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

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-3-2008.

SUMMARY

The history of evidence-based psychiatry and evidence-based guideline development
– J.A. Swinkels, J.J.E. van Everdingen –

Evidence-based medicine, evidence-based psychiatry and evidence-based development of clinical guidelines are all flourishing today because of developments that have taken place in both science and society. These concepts will be explained and placed in their context. Medical treatment is based on the one hand on scientific knowledge and experience, on the other hand on compassion and consideration for others. Non-specific and relational factors play an important role, particularly in psychiatry and mental health care, but the scientific way of thinking remains as important as ever.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 317-322]

KEY WORDS evidence-based guideline development, evidence-based psychiatry