

# Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk?

A. J. L. M. VAN BALKOM, D. B. OOSTERBAAN

**SAMENVATTING** Uit de literatuur blijkt dat een aanzienlijk deel van de patiënten geen evidence-based behandeling krijgt in de dagelijkse psychiatrische praktijk. Australisch theoretisch onderzoek toont aan dat wanneer men in de ggz alleen nog evidence-based behandelingen zou uitvoeren, de behandelresultaten significant zouden verbeteren. Deze conclusie wordt bevestigd door gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) naar evidence-based behandeling volgens richtlijnen en 'treatment as usual'. Bij onderzoek in de dagelijkse praktijk, onder minder gecontroleerde omstandigheden dan bij de RCT's, zijn de resultaten echter veel minder positief. De literatuur onderstreept de complexiteit van kwaliteitsverbetering in de zorg. Implementatieonderzoek laat zien dat samengestelde en gerichte interventies nodig zijn om adherentie van behandelaar aan richtlijnen te bewerkstelligen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 323-328]

**TREFWOORDEN** evidence-based medicine, klinisch onderzoek, kwaliteitsverbetering, richtlijnen

De vakliteratuur staat op dit moment vol van initiatieven om richtlijnen te ontwerpen en –vanzelfsprekend – uit te voeren. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie participeert momenteel in ongeveer 35 mono- en multidisciplinaire richtlijnen, waarvan een deel is vastgesteld en via de website ([www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)) verkrijgbaar is. Het ontwikkelen van richtlijnen heeft de bedoeling om de kwaliteit van zorg te verbeteren door de diagnostiek en de behandeling te rationaliseren en te wetenschappelijker te maken. Het einddoel is een optimale zorg aan patiënten te bieden door middel van behandelingen waarvan op grond van onderzoeksresultaten het hoogst haalbare effect mag worden verwacht. Het gebruik van richtlijnen zorgt er eveneens voor dat procedures die gevolgd worden bij verschillende behandelaars meer gelijkvormig zijn. Hierdoor wordt de ingestelde behandeling minder afhankelijk van de behandelaar bij wie een

patiënt terechtkomt. Hoewel behandelaars in enquêtes aangeven positief te staan tegenover richtlijnen (Van Everdingen 2003), worden deze richtlijnen in de klinische praktijk nog nauwelijks toegepast (Van Balkom 2005).

In dit artikel gaan wij eerst in op onderzoek naar de inhoud van de huidige zorg in de ggz. Vervolgens gaan wij in op de vraag: wat zou theoretisch de winst zijn als wij in de ggz alleen nog evidence-based behandelingen zouden geven? Daarna komt literatuur aan bod waarin men het effect van richtlijnen evalueert die toegepast zijn onder optimale omstandigheden en dit effect vergelijkt met de normale klinische praktijk. Ten slotte gaan wij in op de vraag: wat is het effect van implementatie van deze richtlijnen in de dagelijkse praktijk? Vanwege de beperkte ruimte is het niet mogelijk een uitputtend literatuuroverzicht te geven. Wij hebben getracht een globaal en breed beeld te schetsen

van de wetenschappelijke stand van zaken op de genoemde gebieden en bespreken hiertoe de belangrijkste studies op dit gebied.

#### ZIJN RICHTLIJNEN NODIG?

Om deze vraag te beantwoorden moeten wij eerst meer weten over de kwaliteit van de huidige zorg. Om ons hierover een beeld te vormen maken wij gebruik van gegevens afkomstig uit diverse soorten onderzoek. Veel gepubliceerd onderzoek op dit gebied betreft retrospectief onderzoek binnen grote databases van onder meer verzekeraars. Op basis van vooraf gedefinieerde criteria wordt onderzocht welke effectieve of ineffectieve behandelingen verstrekt zijn door de behandelaars. Voordeel van dergelijk onderzoek is dat het gaat om gegevens van grote aantallen patiënten uit de reguliere praktijk; nadeel is dat het weinig inzicht geeft in belangrijke klinische variabelen en dat niet inzichtelijk kan worden gemaakt welke behandelingen wel aangeboden zijn, maar door de patiënt zijn geweigerd.

De meeste studies gebruiken criteria voor adequate zorg waarbij minimaal aan een aantal basale eisen moet zijn voldaan. Zo dient men voor de betreffende indicatie het juiste medicament voor te schrijven, zowel in de juiste dosering als voor een voldoende lange periode. Vervolgens worden het percentage adequaat en niet-adequaat behandelde patiënten tegen elkaar afgezet. De criteria voor adequate zorg zijn in de diverse studies niet eenduidig, wat directe vergelijking bemoeilijkt.

Het beschikbare onderzoek over de kwaliteit van zorg levert nagenoeg unaniem een pessimistisch beeld op van de reguliere behandelpraktijk in de psychiatrie. Dit geldt voor alle onderzochte psychiatrische stoornissen. Veelal worden percentages van adequaat behandelde patiënten vermeld van 20-55. Mede gezien de minimale criteria die meestal gebruikt zijn om een adequate behandeling aan te merken, mag dit te denken geven. Over het algemeen hebben patiënten die in de eerste lijn worden behandeld, man zijn, allochtoon,

ouder dan 65 jaar en minder hoog opgeleid zijn en die buiten de stad wonen, minder kans op het ontvangen van adequate zorg (o.a. Wang e.a. 2005). Dit betekent dat het ontvangen van een adequate behandeling niet alleen afhangt van de behandelaar. Het gaat om een complex samenspel van factoren die zich ook op het niveau van de patiënt (bijvoorbeeld therapietrouw en behandelvoorkeur) en de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld tijdsdruk en wachtlijsten) afspelen. Wij bespreken enkele relevante studies.

In een telefonische enquête in 1997-1998 onder 1636 respondenten bij wie de diagnose angststoornis en/of depressieve stoornis was gesteld, werd onderzocht of de respondenten een behandeling kregen die overeenkwam met de toenmalige Amerikaanse behandelrichtlijn. Dat bleek het geval voor 25% van de patiënten met een depressieve stoornis, 23% van degenen met een angststoornis en 46% van de patiënten met beide stoornissen (Young e.a. 2001).

De kwaliteit van zorg lijkt met de tijd beter te worden. In de Amerikaanse *National Comorbidity Survey Replication*, uitgevoerd tussen 2001 en 2003, blijkt iets meer dan helft van de patiënten met een angststoornis of depressieve stoornis in de tweede lijn adequaat behandeld te worden. In de eerste lijn is dit met slechts circa 14% nog steeds erg laag (Wang e.a. 2005).

Ook Europese studies geven aan dat er ruimte is voor verbetering van de kwaliteit van zorg. In de *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED-studie) zijn in de periode 2001-2003 epidemiologische gegevens in zes West-Europese landen verzameld, waaronder Nederland en België. Van patiënten met een angststoornis of depressieve stoornis bleek 57% in de tweede lijn en 23% in de eerste lijn een adequate behandeling te krijgen (Fernández e.a. 2007). In een Engelse studie in de huisartspraktijk kreeg 39% van de patiënten met een depressie en 21% van de patiënten met een angststoornis die volgens de vigerende richtlijn een indicatie voor medicatie hadden, deze niet voorgeschreven.

Zoals in meerdere studies het geval blijkt,

zijn de cijfers voor een psychotherapeutische behandeling minder gunstig dan voor een medicamenteuze behandeling. Circa 70% van de patiënten met een depressieve stoornis of angststoornis die een indicatie voor cognitieve gedragstherapie (CGT) hadden, kreeg die niet aangeboden. Interessant is dat in beide groepen patiënten circa 10% medicatie en 10% CGT als behandeloptie weigert (Boardman e.a. 2004).

De situatie bij patiënten met schizofrenie lijkt niet veel beter dan de boven beschreven situatie voor patiënten met meer algemene psychiatrische stoornissen. In het *Schizophrenia Patiënt Outcomes Research Team*- of *PORT*-onderzoek kreeg weliswaar 62,1% van de 53.661 geïncludeerde patiënten met schizofrenie goed gedoseerd anti-psychotica (Leslie & Rosenheck 2004), maar als men overige zorgaspecten bij de beoordeling betreft, zoals evidence-based interventies op psychosociaal en psychotherapeutisch terrein, zakt het percentage adequate behandeling sterk (Lehman e.a. 2004). In een Duitse studie naar de behandeling van 508 patiënten die opgenomen waren wegens een psychotische stoornis was bij 73% van de patiënten met persisterende psychotische symptomen de medicamenteuze behandeling inadequate. Bij meer dan de helft van deze patiënten werden ook depressieve symptomen en bijwerkingen van antipsychotica niet voldoende behandeld (Weinmann e.a. 2005).

Uit dit beknopte overzicht van de literatuur blijkt dat een zeer aanzienlijk deel van onze patiënten een evidence-based behandeling onthouden wordt. De vraag is of dit een probleem is. Met andere woorden: geven evidence-based behandelingen een beter effect dan overige behandelingen?

#### ALLEEN NOG EVIDENCE-BASED BEHANDELEN IN DE GGZ?

Wat zouden de gevolgen zijn als wij in de ggz alleen nog evidence-based behandelingen zouden geven? Om deze vraag te beantwoorden gebruiken wij gegevens van de *Australian National Survey of*

*Mental Health and Well-being* (Andrews e.a. 2004; Issakidis e.a. 2004). In deze studie berekende men op basis van epidemiologische gegevens hoeveel verlichting van de ervaren ziektelast van allerlei psychiatrische stoornissen de gegeven behandelingen boden. Daarnaast berekende men hoe sterk de verlichting van deze ziektelast bij deze patiënten zou zijn geweest als in plaats van de werkelijk gegeven behandelingen alleen evidence-based behandelingen zouden zijn verstrekt. De resultaten geven voor alle groepen stoornissen een eenduidig beeld: wanneer men alleen nog evidence-based behandelingen zou verstrekken, zou de ziektelast significant verminderen ten opzichte van de huidige praktijk.

Uit deze studie blijkt dat de ervaren ziektelast vermindert door de huidige psychiatrische praktijk, maar dat bijna een verdubbeling in reductie van deze ziektelast mogelijk is wanneer men alleen nog evidence-based behandelingen zou toepassen. Een nadeel van deze studie is dat de aannames weliswaar gedaan zijn op basis van een grote bevolkingsstudie, maar dat de berekeningen van theoretische aard zijn. De vraag is dan ook: worden deze bevindingen door klinisch onderzoek ondersteund?

#### EFFECTIVITEIT VAN RICHTLIJNEN IN KLINISCH ONDERZOEK

Er is een aantal grote projecten waarin men behandelingen evalueerde die gegeven werden volgens een bepaald algoritme of richtlijn onder –relatief – optimale omstandigheden. Deze vergeleek men met behandelingen volgens de normale praktijk. Dit type onderzoek is grotendeels uitgevoerd bij patiënten met een depressieve stoornis in de eerste en de tweede lijn, die behandeld werden met richtlijnen voor de medicamenteuze behandeling. Wij bespreken twee systematische reviews van deze literatuur (Bauer 2002; Adli e.a. 2006). Daarna bespreken wij studies bij patiënten met een bipolaire stoornis en schizofrenie.

In de eerste review beoordeelt men 9 gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) waarin de

huidige behandeling (*treatment as usual*) werd vergeleken met het behandelen volgens evidence-based richtlijnen (Bauer 2002). Van deze RCT's werden er 8 uitgevoerd bij depressie en 1 bij dementie. De onderzochte interventies bleken uiteenlopend van aard te zijn en daardoor moeilijk te vergelijken. Zo werd behalve met informatie en educatie over de richtlijn ook gewerkt met feedback op adherentie aan de richtlijn door de behandelaars reminders op papier of per computer te geven, door consultatie met een expert mogelijk te maken of door psycho-educatie aan de patiënt te geven. De resultaten lieten zien dat het handelen van de behandelaars in de richtlijnconditie in 6 van de 9 RCT's significant vaker overeenkwam met de aanbevelingen van de richtlijn dan dat van de behandelaars in de controleconditie. Van deze 9 studies gaven er 6 ook informatie over de behandelresultaten en in 4 van de 6 waren de patiënten in de richtlijnconditie significant verbeterd ten opzichte van degenen in de controleconditie.

In de tweede review vergeleek men de effectiviteit van algoritmes bij patiënten met een depressieve stoornis met die van gebruikelijke therapie (Adli e.a. 2006), waarbij 7 omvangrijke studies werden geïnccludeerd. Uit al deze 7 studies bleek dat behandeling volgens het algoritme significant vaker leidde tot remissie en respons van de depressieve stoornis. Daarbij bleek dat patiënten die volgens het algoritme behandeld werden tevredener waren dan patiënten in de controleconditie.

Deze resultaten worden bevestigd door resultaten van de *Texas Medication Algorithm Projects* (TMAP), waarin medicatierichtlijnen geïmplementeerd werden bij onder anderen patiënten met bipolaire stoornis en schizofrenie. Bij de behandeling van de patiënten met een bipolaire stoornis volgens de TMAP-richtlijn werden op korte termijn (3 maanden) significant betere resultaten gevonden dan bij de gebruikelijke behandeling. In de 9 maanden hierna vervaagden de verschillen tussen beide condities (Suppes e.a. 2003). Een grotere mate van adherentie door de behandelaar aan deze richtlijn leidde tot een grotere reductie van het aantal depressieve episoden, maar niet van de

manische symptomen (Dennehy e.a. 2005). In de TMAP-studie bij schizofrenie werden eveneens positieve resultaten van de TMAP-richtlijn ten opzichte van de gebruikelijke zorg gevonden op korte, maar niet op lange termijn (Miller e.a. 2004).

Deze resultaten roepen de vraag op: welk element van een richtlijn is nu verantwoordelijk voor dit superieure effect? Het is waarschijnlijk dat hierbij niet alleen de effecten van de individuele behandelingen uit het algoritme of de richtlijn een rol spelen. Een essentieel verschil ten opzichte van de huidige praktijk is dat ook het proces van behandelen wordt verbeterd. In de richtlijncondities werden de klachten van patiënten systematisch gevolgd door op vooraf bepaalde momenten vragenlijsten af te nemen. Bij non-respons werd een andere behandeling ingezet of werd de behandeling anderszins aangepast. Deze vorm van behandeling wordt ook wel *measurement-based care* of routinematige uitkomstmonitoring genoemd. In de meeste studies is het verschil in resultaten tussen het behandelen volgens een richtlijn en de gebruikelijke zorg vooral op korte termijn groot. Patiënten in de richtlijnconditie verbeteren als het ware sneller. In deze studies wordt de richtlijnconditie onder min of meer optimale omstandigheden gegeven. Blijft dit superieure effect van de richtlijn ook overeind als wij kijken naar praktijkonderzoek: onderzoek, waarin de richtlijn in de routinepraktijk wordt geïmplementeerd?

#### EN NU: IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJNEN?

Op basis van het voorgaande zouden wij kunnen concluderen dat wij de evidence-based richtlijnen die in Nederland zijn ontwikkeld voortvarend moeten implementeren om zo de resultaten van ons klinisch handelen te verbeteren. Diverse reviews geven inzicht in de effectiviteit van verschillende implementatiestrategieën in de algemene gezondheidszorg (o.a. Grol & Grimshaw 2003; Weinmann e.a. 2007). De routine van behandelaars blijkt moeilijk te beïnvloeden en enkelvou-

dige interventies zijn hiervoor onvoldoende. Behandelaars neigen er snel toe terug te vallen in hun oude routine. Vooral implementatie-interventies die specifiek op een bepaalde concrete behandel situatie zijn toegesneden, zijn effectief, zoals individuele feedback en scholing. Dit betekent dat effectieve interventies in de ene behandel setting niet automatisch toe te passen zijn in de andere. Het effect van het correct uitvoeren van de richtlijn op de ernst van depressieve klachten is nauwelijks onderzocht. Voor zover bekend is dit effect marginaal te noemen.

Duidelijk is dat men niet mag verwachten dat het simpelweg rondsturen van richtlijnen zal leiden tot een betere behandelpraktijk – zie ook elders in dit nummer (Leentjens & Burgers 2008). Na identificatie van belemmerende en bevorderende factoren zijn specifiek hierop gerichte interventies nodig om het gedrag van behandelaars te veranderen. Hiernaast moet men interventies ook richten op belemmerende factoren op het niveau van de patiënt en de organisatie van de zorg. Er is veel onderzoek verricht naar de wijze waarop richtlijnen geïmplementeerd moeten worden (Grol & Wensing 2001). Wij zullen niet alleen deze kennis moeten toepassen bij de implementatie van de richtlijnen, maar wij zullen ook vervolgonderzoek moeten doen naar de toepasbaarheid van deze richtlijnen in de dagelijkse praktijk. Wij moeten meer kennis krijgen van de beste wijze van behandelen van bijvoorbeeld comorbiditeit en bijzondere groepen zoals allochtonen en ouderen.

Met Leucht (2007), gastredacteur van het nummer van de *Acta Psychiatrica Scandinavica* waarin de meta-analyse van Weinmann e.a. (2007) verscheen, concluderen wij dat de tegenvallende resultaten van implementatie van richtlijnen in de praktijk, niet betekenen dat wij de evidence-based psychiatrie maar beter kunnen verlaten. Wij moeten juist verdergaan met onderzoek naar manieren om de evidence-based benadering te verbeteren.

## LITERATUUR

- Adli, M., Bauer, M.S., & Rush, J. (2006). Algorithms and collaborative-care systems for depression: are they effective and why? A systematic review. *Biological Psychiatry*, 59, 1029-1038.
- 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. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Balkom, A.J.L.M. van (2005). Imago. (Redactioneel). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 825-826.
- Bauer, M.S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review Psychiatry*, 101, 138-153.
- Boardman, J., Henshaw, C., & Willmott, S. (2004). Needs for mental health treatment among general practice attenders. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 318-327.
- Dennehy, E.B., Suppes, T., Rush, A.J., e.a. (2005). Does provider adherence to treatment guideline change clinical outcome for patients with bipolar disorder? Results from the Texas Medication Algorithm Project. *Psychological Medicine*, 35, 1695-1706.
- Everdingen, J.J.E. van (2003). Een hoop gedoe, maar wel de moeite waard. Oordelen van artsen over richtlijnen. *Medisch Contact*, 58, 473-476.
- Fernández, A., Haro, J.M., Martínez-Alonso, M., e.a. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225-1230.
- Grol, R., & Wensing, M. (2001) Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- 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.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., e.a. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA*, 273, 1026-103.
- Leentjens, A.F.G., & Burgers, J.S. (2008). Welke factoren zijn belangrijk bij succesvolle implementatie van richtlijnen? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 329-335.
- Lehman, A.F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., e.a. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 193-217.

- Leslie, D.L., & Rosenheck, R.A. (2004). Adherence of schizophrenia pharmacotherapy to published treatment recommendations: patient, facility, and provider predictors. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 649-58.
- Leucht, S. (2007). Psychiatric treatment guidelines: doctors' non-compliance or insufficient evidence? (Editorial). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 417-419.
- Miller, A.L., Crismon, M.L., Rush, A.J., e.a. (2004). Texas medication algorithm project: clinical results from schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 627-647.
- Suppes, T., Rush, A.J., Dennehy, E.B., e.a. (2003). Texas Medication Algorithm Project, phase 3 (TMAP-3): clinical results for patients with a history of mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 370-82.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., e.a. (2005). Twelve-months use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-40.
- Weinmann, S., Janssen, B., & Gaebel, W. (2005). Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 18-25.
- Weinmann, S., Koesters, M., & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 420-433.
- Young, A.S., Klap, R., Sherbourne, C.D., e.a. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 55-61.

## AUTEURS

A. J. L. M. VAN BALKOM is psychiater en hoogleraar evidence-based psychiatrie aan de afdeling Psychiatrie en EMGO-instituut, VU Medisch Centrum en GGZ Buitenamstel, Amsterdam.

D. B. OOSTERBAAN is psychiater bij ADAPT, Expertisecentrum voor Angststoornissen Adhesie, Almelo.

Correspondentieadres: prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, afdeling Psychiatrie, VU Medisch Centrum, A.J. Ernststraat 887, 1070 BB Amsterdam.

E-mail: vanbalkom@ggzba.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-10-2007.

## SUMMARY

Do guidelines lead to better clinical practice? – A.J.L.M. van Balkom, D.B. Oosterbaan – It appears from a review of the literature that at present a considerable number of psychiatric patients are being deprived of evidence-based treatment. However, Australian theoretical research has shown that if patients were to be treated entirely in accordance with evidence-based guidelines they would derive considerably more benefit from their treatment. This conclusion has been corroborated by various randomised controlled trials (RCT's) in which the effect of evidence-based treatment according to guidelines is compared with the effect of 'treatment as usual'. Studies carried out under less controlled circumstances than those prevailing in RCT's yield slightly less positive results. The literature stresses the difficulties of improving the quality of patient care. Studies on the implementations of guidelines show that carefully constructed, tailor-made interventions are needed to ensure that professionals adhere to guidelines. More research is required into effective ways of implementing guidelines in an adequate manner.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 323-328]

**KEY WORDS** clinical research, evidence-based medicine, guidelines, quality improvement