

‘Evidence’ is niet genoeg; kanttekeningen uit de praktijk van de acute psychiatrie

A. MOL, C. KARAYALCIN

SAMENVATTING Gerandomiseerde klinische trials genereren kennis die in de klinische praktijk vaak van beperkte waarde is. Aan de hand van voorbeelden uit de acute psychiatrie laat dit artikel zien dat de voorwaarden waaronder een interventie in een trial blijkt te werken, in de dagelijkse praktijk vaak niet gerealiseerd zijn. Voorts komen de problemen waarvoor onderzochte interventies oplossingen bieden, vaak niet overeen met de problemen die zich in dagelijkse zorgpraktijken aandienen. Ten slotte is het in veel gevallen ondoenlijk om de parameters vast te stellen waaraan de ‘werkzaamheid’ van interventies zou kunnen worden afgemeten. De acute psychiatrie heeft daarom ook behoefte aan andere vormen van kennis.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 359-364]

TREFWOORDEN acute psychiatrie, evidence, klinische praktijk

Over één ding kunnen wij het gemakkelijk eens zijn: het is van belang om de hulpverleningspraktijk voortdurend te blijven verbeteren. De vraag is alleen hoe. Eén van de mogelijkheden daartoe is het implementeren van kennis die voortkomt uit gerandomiseerde klinische trials (RCT's). Er bestaat een druk om de praktijk van de psychiatrie, inclusief de acute psychiatrie, in toenemende mate op kennis verkregen uit RCT's te baseren, terwijl daar duidelijke vraagtekens bij gezet kunnen worden (Dehue 2002). In sommige gevallen levert deze kennis betere zorg op dan zonder trials mogelijk zou zijn, maar ze volstaat niet altijd. In de dagelijkse zorgpraktijk dienen zich voortdurend situaties aan die vragen om inzichten en vaardigheden die niet met RCT's te verwerven zijn.

In dit artikel zullen wij dit illustreren voor het specifieke geval van de acute psychiatrie. Om de hulpverlening te verbeteren, is meer nodig dan RCT's en de daarop gebaseerde richtlijnen alleen. Dit artikel is dan ook een pleidooi om naast RCT's ook andere kennisvormen serieus te nemen en verder te ontwikkelen. (Voor een vergelijkbaar plei-

dooi in de context van de somatische zorg, zie: Mol 2006b.)

DOSEREN EN ONDERSTEUNEN

Toen één van ons (CK) ruim vijftien jaar geleden als arts-assistent ging werken op de gesloten opnameafdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, werd hij door de verpleegkundigen getraakteerd op anekdotes over de voormalige afdelingspsychiater. Die schreef bij dwangopnamen van patiënten met een psychose haloperidol voor in een dosering van ten minste 35 mg. ‘De eerste klap is een daalder waard,’ zei hij dan. De psychiater in kwestie, vertelden de verpleegkundigen erbij, ging op een goed moment op de zolderverdieping van een gebouw op het terrein wonen, alleen, met een enorme hoeveelheid boeken. Maar hoe meewarig zij ook lachten, zij zagen er nog steeds trouw op toe dat er ‘voldoende’ haloperidol werd voorgeschreven. Wat is effectonderzoek dan een zegen. Dat leerde immers dat lage doseringen (van 5 mg) bij acute psychosen even goed werken

als hoge, terwijl de bijwerkingen veel minder zijn (Waraich e.a. 2007).

Ook in complexere situaties kan effectonderzoek productief zijn. Nadat in de vroege jaren negentig veel sociaalpsychiatrische diensten, onder druk van lange wachtlijsten en de roep om doelmatigheid, hun zorg hadden ‘gerationaliseerd’, vielen de kwetsbaarste patiënten buiten de boot. Werken aan een strak omschreven psychische klacht in een gelimiteerd aantal gesprekken volstond voor hen niet. Zij hadden ‘bemoeizorg’ nodig – hulp thuis, op alle levensgebieden, vasthoudend. Maar welke zorg? Er werd geëxperimenteerd met *case-management*, *intensive case-management*, *time-outteams* en mobiele behandelteams. De ambities waren groot, de teams overbelast en de financiering onvoldoende. In die context boden het systematisch beschrijven en onderzoeken van een variant van bemoeizorg, de *assertive community treatment (ACT)*, uitkomst. Dat de ACT werkzaam bleek, gaf houvast. Dankzij het vertrouwen in *evidence* werd het mogelijk om overall ACT-teams op te zetten en is de norm die geldt voor minimale zorg voor deze categorie patiënten een stuk verhoogd (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2005).

Maar dat *evidence* soms goed uitpakt, wil niet zeggen dat alle zorg op *evidence* te baseren valt. Tal van factoren maken een rechtstreekse vertaling van ‘bewijs’ verkregen uit RCT’s, in ‘klinisch handelen’ gecompliceerd. Wij noemen er hier drie: (a) de voorwaarden waaronder een interventie in een trial blijkt te werken, zijn in de dagelijkse praktijk vaak niet gerealiseerd; (b) de problemen waarvoor onderzochte interventies oplossingen bieden, komen lang niet altijd overeen met de problemen die zich in de dagelijkse zorgpraktijk aandienen; (c) veel interventies zijn lastig onderzoekbaar, alleen al omdat het ondoenlijk is om geschikte parameters vast te stellen waaraan hun werkzaamheid valt af te meten.

ONVERVULDE VOORWAARDEN

Er bestaan goede *evidence based* standaarden

voor het behandelen van het posttraumatisch stresssyndroom (PTSS). Werkzame behandelmethoden, zoals *eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, maken daar deel van uit. De richtlijnen leren dat met behandelen kan worden gestart zodra de situatie van de betrokken patiënt gestabiliseerd is (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2003). Helaas is de praktijk vaak complexer. Veel van de betrokken patiënten voelen zich niet veilig.

Neem mevrouw W. Zij is 45 jaar en heeft een aantal jaren geleden in Nederland asiel aangevraagd nadat zij uit land X was gevlucht. Ze is weduwe. In X was ze getrouwd met een intellectueel die herhaaldelijk door het regiem gevangen werd gezet en gemarteld in verband met zijn liberale ideeën. Het gezin werd voortdurend op alle mogelijke manieren getreiterd, bijvoorbeeld door gedwongen verhuizingen, intimidatie van gezinsleden en burens. W werd zelfs getreiterd door de winkeliers waar ze boodschappen deed. Toch weigerde haar echtgenoot X te verlaten. Na zijn overlijden bleven de treiterijen doorgaan en W besloot te vluchten, vooral ter wille van haar toen 10-jarige dochter, die er regelmatig slachtoffer van werd. Bij hun vlucht werd de dochter opgevangen door familie in Noord-Amerika. W is alleen in Nederland. Op zeker moment zocht ze hulp bij een ambulante ggz-instelling. Ze is erg angstig, slaapt slecht, en heeft nachtmerries. Dan ziet ze beelden van de huiszoeking waarbij haar man werd meegenomen of van gewelddadigheden in de gevangenis waar ze haar man bezocht. Ze wordt in paniek wakker. Overdag schrikt ze van de deurbel en de telefoon. Ze is somber en beleeft nergens plezier aan. Sinds kort zegt ze dat ze wellicht maar beter dood had kunnen zijn. Met haar dochter heeft ze jarenlang alleen telefonisch contact gehad. Als haar asielverzoek snel behandeld was, had haar dochter bij haar kunnen komen wonen: dat was haar ideaal. Maar na 7 jaar weet W nog steeds niet waar ze aan toe is. Haar advocaat heeft de hoop gevestigd op de pardonregeling. De dochter is inmiddels echter 18 en zelfstandig.

W is een voorbeeld uit velen. Zij heeft een

PTSS, maar ze is niet ‘gestabiliseerd’. Ze voldoet niet aan de voorwaarden voor de gestandaardiseerde behandeling, alleen al omdat ze geen verblijfsvergunning heeft. Onzekerheid over de vraag of ze in Nederland mag blijven, leidt regelmatig tot paniek. Zo zit ze op een dag onaangekondigd panisch in de wachtkamer. Ze heeft een brief van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) gekregen. Een verzoek van haar advocaat is afgewezen omdat de medisch specialist die het ook ondertekend had, geen BIG-registratie zou hebben. Een fout van de IND: op de openbaar online toegankelijke BIG-registratielijst is het nummer zo te vinden. De specialist in kwestie (CK) wil W graag gerust stellen en belt de IND op. De telefonist achter het centrale nummer weigert echter hem door te verbinden naar de betrokken ambtenaar. Wat nu? Voor situaties als deze schiet niet alleen de huidige, maar ook alle mogelijke toekomstige kennis omtrent ‘bewezen werkzame behandelingen’ tekort. Om dit soort situaties goed te hanteren, is iets anders nodig dan evidence.

NIET-PASSENDE PROBLEMEN

Bewijs dat een interventie werkzaam is, bestaat bij de gratie van het goed afbakenen van de groepen voor wie die interventie bedoeld is. Daartoe dienen diagnoses, zoals ze zijn vastgelegd in de DSM-classificatie. Maar de praktijk van de acute psychiatrie is vaak niet in DSM-termen te vangen.

Wij illustreren dit met de casus van R, een 15-jarig meisje, doof, dat de afgelopen 4 jaar in een jeugdpsychiatrische instelling heeft gewoond. Zij is vroeger misbruikt en had gedragsproblemen. Recentelijk is ze weggelopen en de politie trof haar aan op het station van Rotterdam met twee jongens die ze haar vrienden noemt. Haar hulpverleners hebben haar er niet van kunnen overtuigen dat ze terug moet naar de instelling; haar ouders zijn uit beeld en er zijn onduidelijke problemen met de voogdij. De politiearts vindt het nodig dat er een inbewaringstelling (IBS) komt en de acute psychiatrie dienst wordt gevraagd om haar te

beoordelen. Tijdens die beoordeling maakt R een rustige indruk; er zijn geen onmiddellijke aanwijzingen voor een psychiatrische stoornis. In haar instellingsdossier staat als diagnose ‘gedragsproblemen met een zich ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis’. R zegt zelf dat er niets met haar aan de hand is, dat de twee jongens haar hebben opgevangen en dat ze graag naar hen terug wil. Desgevraagd vertelt zij dat één van de jongens onaardig was (‘hij wou seks’), maar dat de andere heel aardig tegen haar deed. Het vermoeden van de politie dat de jongens misbruik van haar zullen maken, maakt geen indruk op haar.

Als men in dit soort omstandigheden al een diagnose zou kunnen stellen, dan zou men daar nog weinig mee opschieten. De interventie waarover beslist moet worden, is immers: wel een IBS afgeven of niet? En de centrale overweging in dat verband is niet welke psychiatrische afwijking R precies heeft, maar hoe het haar in het dagelijks leven zal vergaan. Wat te doen met dit kwetsbare meisje van wie de ouders ‘uit beeld’ zijn en voor wie de voogdij niet goed geregeld is? Een IBS afgeven mag striktgenomen niet, maar welke andere mogelijkheden zijn er om haar te beschermen? Op straat zal ze misbruikt worden. Wat nu? Moet de dienstdoende psychiater in zo’n geval tegen de politie zeggen: ‘Jammer, maar ik beschik helaas niet over ‘evidence’?’ De problemen die zich aandienen, vragen om inventieve, pragmatische oplossingen.

WELKE PARAMETERS METEN?

Nu zou het wellicht mogelijk zijn om ook een IBS als een ‘interventie’ te zien die valt te evalueren door middel van een RCT (Mulder 2004). Maar aan de hand van welke parameters zou de werkzaamheid van IBS dan moeten worden vastgesteld?

Laten wij kijken hoe het verder ging met R. Na lang wikken en wegen kreeg zij een IBS. Op de eerstvolgende vergadering van de Acute Dienst werd dat besproken. Het ging daarbij over de vraag welke diagnose bij haar zou passen, over het

gebruik van de psychiatrie voor het oplossen van maatschappelijke problemen, over alternatieve opvangmogelijkheden. Uiteindelijk bestond de verantwoording van de dienstdoende psychiater echter uit één enkele zin: 'Er moest wat gebeuren, dat meisje kon niet op straat'. Parameters om de 'werkzaamheid' van deze IBS mee te evalueren, zijn lastig denkbaar. Een controlegroep al evenzeer.

Voor een meer algemene evaluatie van IBS zouden bovendien soortgelijke gevallen in de meting moeten worden betrokken. Maar de 'gevallen' zijn zelden soortgelijk.

Dit moge blijken uit de casus van heer K, 79 jaar, dement, en al 2 jaar opgenomen in een verpleeghuis. Zijn zoon en schoondochter (die hem 'een plant' noemen) zijn aanwezig als de acute dienst (op verzoek van de verpleeghuisarts) K beoordeelt voor een IBS. K herkent niemand en weet niet waar hij is. Volgens de medewerkers was hij een gemakkelijke bewoner, tot hij enkele dagen geleden onrustig werd. Gisteren vond de wijkagent hem in pyjama een paar straten verderop, waar hij op de stoep voor zich uit zat te staren, en bracht hem terug. Sindsdien bivakkeert K bij de deur van de afdeling; hij wil naar buiten. Pogingen om hem naar zijn kamer te begeleiden, mislukten. Hij duwde de medewerkers weg en begon hun te slaan. Er werd een stoel naast hem neergezet, maar hij is niet gaan zitten. Vanochtend weigerde K eten en drinken en viel hij een paar keer op de grond. De afdelingsarts wilde hem overplaatsen naar een gesloten afdeling waar hij beter verzorgd zou kunnen worden, maar K weigerde met de verzorgende mee te gaan. Hij heeft een paar klappen uitgedeeld toen men hem probeerde mee te slepen.

Is een IBS hier op zijn plaats? Er zijn praktisch gesproken geen andere reële handelingsopties. Maar tegelijk valt er geen zinnige parameter voor de 'werkzaamheid' van deze ingreep te verzinnen. Laat staan een parameter die ook van waarde is in de situatie van het meisje R.

ONTELBARE KENNIS

Dat de evidence die er is, vaak niet past in de situaties waar de acute psychiatrie mee te maken krijgt, terwijl die situaties op hun beurt moeilijk bestudeerbaar zijn in de opzet van een RCT, is niet erg – zolang niemand dat maar verwacht. Het heeft echter wel gevolgen: het betekent dat door RCT's gegenereerde evidence in de acute psychiatrie weliswaar bruikbaar kan zijn (bijvoorbeeld als het gaat om de dosering van een geneesmiddel), maar niet volstaat. De meeste situaties waar de acute psychiatrie mee te maken krijgt, bevatten immers veel meer 'variabelen' dan een RCT kan includeren. Het is dan ook hard nodig om naast RCT's onderzoeksmethoden te ontwikkelen die beter zijn afgestemd op complexe klinische praktijken. Dit argument is overigens niet nieuw (zie bijvoorbeeld ook diverse bijdragen aan Kaasenbrood e.a. 2004).

In de klinische praktijk is andere kennis nodig dan 'bewijs van werkzaamheid' van welomschreven interventies alleen. (Zie voor een iets andere versie van dit argument: Centrum voor Ethiek en Gezondheid 2007.) Omdat handelen in complexe situaties samenhangt met de taal waarin die situaties betekenis gegeven wordt, hebben wij onderzoek nodig dat helpt die taal te herijken, en daarbij termen als 'hospitaliseren', 'protoprofessionalisering' of 'bemoeizorg' introduceert (Verkerk 1997). Ook goede casuïstiek is cruciaal, casuïstiek die inspiratie biedt, aanwijzingen geeft en valkuilen signaleert (Mol 2006a). Lijsten met handelingsopties die het overwegen waard zijn, kunnen goede diensten bewijzen. En niet te vergeten belichaamde vaardigheden: hoe te kijken, te spreken, te zwijgen; hoe agressie te temperen of mensen op hun gemak te stellen?

Wie de hulpverlening wil verbeteren, doet er bovendien goed aan om steeds opnieuw te zoeken naar wat er verbetering verdient. Dat vereist het systematisch reflecteren op het eigen handelen, waarbij het helpt om van tijd tot tijd een buitenstaander toe te laten die verfrissende vragen stelt (Pols 2006). De kennis en de vaardigheden die

onontbeerlijk zijn voor het werken in de kliniek worden op dit moment in opleidingen wel onderwezen, uitgebreid zelfs, maar vooral impliciet. Er wordt nauwelijks onderzoek naar gedaan. Het is hoog tijd om nu te gaan werken aan het beter expliciteren, aanscherpen en verrijken van kennis die klinische complexiteit serieus neemt. Kennis die niet uitgaat van wat methodisch gesproken bewijsbaar is, maar die helpt bij het oplossen van prangende problemen die zich, of we willen of niet, blijken aan te dienen.

LITERATUUR

- Centrum voor Ethiek en Gezondheid (2007). *Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid*, Den Haag: Signalering Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Dehue, T. (2002). Over de assumpties van RCT's, geïllustreerd aan het Nederlandse experiment met verstrekking van heroïne. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 230-249.
- Healy, D. (2004). *Let them eat Prozac. The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York: New York University Press.
- Kaasenbrood, A., T. Kuipers, & B. van der Werf, red. (2004). *Dilemma's in de psychiatrische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Mol, A. (2006a). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
- Mol, A. (2006b). Proving or improving: on health care research as a form of self-reflection. *Qualitative Health Research*, 16, 405-414.
- Mulder, N. (2004). *Dwang als Medische Interventie*. In: Nieuwsbrief O3 Onderzoekscentrum GGz Rijnmond. Uitgave van Erasmus MC, Afdeling Psychiatrie.

- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz. (2003). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pignarre, P. (1997). *Qu'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange, entre science, marché et société*, Paris: Éditions le Découverte.
- Pols, J. (2006). Accounting and washing. Good care in long-term psychiatry. *Science, Technology & Human Values*, 31, 409-430.
- Verkerk, M. (red.) (1997). *Denken over zorg. Concepten en praktijken*, Utrecht: Elsevier/de Tijdstroom.
- Warach, P.S., Adams, C.E., Roque, M., e.a. (2007). Haloperidol dose for the acute phase of schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*, CD001951.

AUTEURS

- A. MOL is Socrates hoogleraar Politieke Filosofie aan de Universiteit Twente, Enschede.
- C. KARAYALCIN is als psychiater werkzaam bij de Acute Diensten Noord en Zuid Rotterdam, Bavo Europoort.
Correspondentieadres: prof.dr. A. Mol, Universiteit Twente, Faculteit Gedragwetenschappen, Postbus 217, 7500 AE Enschede.
E-mail: a.mol@gw.utwente.nl.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-02-2008.

SUMMARY

Evidence isn't enough: some comments from the daily practice of acute psychiatry –
A. Mol, C. Karayalcin –

Randomised clinical trials (RCTs) generate knowledge that is useful in some situations but is of limited value when it comes to dealing with complex problems in clinical practice. By means of arguments drawn from acute psychiatry it is argued in this paper that a) the preconditions under which an intervention seems to work in a trial are all too often not met in the clinic; b) the problems that evidence-based interventions seek to solve tend to be unlike the problems that clinicians encounter in a day-to-day basis; and c) it is often impossible to ascertain the parameters against which the efficacy of intervention can be measured. Therefore, acute psychiatry, like all the other branches of healthcare, urgently needs not only information about 'proven efficacy' via RCTs but also other kinds of information derived from other methods of research.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 359-364]

KEY WORDS acute psychiatry, clinical practice, evidence