

De verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen

door A. Kaasenbrood en W. van Tilburg

Samenvatting

Richtlijnen voor goed medisch handelen worden een steeds belangrijker instrument om de dagelijkse praktijk te sturen. Uit onderzoek binnen de somatiek blijkt dat artsen goed op de hoogte zijn van het bestaan van richtlijnen voor goed medisch handelen, maar ze gebruiken deze slechts beperkt. In dit artikel zijn de resultaten van een onderzoek naar de experimentele verspreiding en het gebruik van een richtlijn voor het schrijven van een ontslagbrief binnen de psychiatrie beschreven.

De experimentele interventie (deelname aan de ontwikkeling van de richtlijn door vertegenwoordigers uit de instellingen van de experimentele groep) blijkt wel tot een betere verspreiding maar niet tot een beter gebruik van de richtlijn binnen de instellingen uit de experimentele groep te leiden. Uit aanvullende interviews blijkt dat enkelvoudige strategieën ter verspreiding van richtlijnen voor goed psychiatrisch, en waarschijnlijk ook medisch, handelen geen recht doen aan een gecompliceerd en samengesteld proces als professionele gedragsverandering van artsen.

Inleiding

Sinds de National Institutes of Health in 1978 de eerste richtlijn voor goed medisch handelen formuleerden, heeft de ontwikkeling van deze richtlijnen een grote vlucht genomen. In het midden van de jaren tachtig is het wetenschappelijk onderzoek naar die richtlijnontwikkeling gestart. In eerste instantie was het de onderzoekers erom te doen het proces van richtlijnontwikkeling systematisch te registreren en waar mogelijk adviezen voor verbetering te geven. Toen echter bleek dat artsen de richtlijnen slechts beperkt gebruikten, zijn wetenschappers steeds meer aandacht aan dit gebruik gaan besteden (Kaasenbrood en Van Lieshout 1993).

Inmiddels zijn rond de verspreiding en het gebruik een aantal onderzoeksgroepen actief (zie bijvoorbeeld Grimshaw e.a. 1995; Grol 1992; Lomas e.a. 1991; Mittmann e.a. 1992). Zij delen met elkaar de zorg over de beperkte invloed van die richtlijnen op het professioneel gedrag van artsen en trachten in een praktijk-experimentele opzet factoren die op dat gedrag van invloed zijn, te achterhalen. Uit die onder-

zoeken blijkt dat naarmate de leden van de doelgroep meer bij de ontwikkeling van de richtlijnen betrokken zijn en naarmate de in de richtlijn beschreven ideale praktijkvoering herkenbaarder is voor de leden van de doelgroep, artsen eerder bereid zijn om hun professioneel handelen in de richting van de richtlijn te wijzigen.

Psychiatrische onderwerpen zijn bij de ontwikkeling van richtlijnen tot voor kort ondervetegenwoordigd gebleven. En voor zover deze wel ontwikkeld zijn, lag de nadruk op biomedische onderwerpen, zoals 'slaapmedicatie bij ouderen' en 'differentiaaldiagnostiek van het dementiesyndroom' (Kaasenbrood 1995). In het kader van een praktijkexperiment, uitgevoerd door het toenmalig Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid te Utrecht, is een poging ondernomen om in dit tekort te voorzien en daarin, conform de huidige trend binnen het onderzoek naar richtlijnontwikkeling, de nadruk op de verspreiding en het gebruik te leggen. Hiertoe zijn de ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van een experimenteel ontwikkelde richtlijn geanalyseerd. Deze richtlijn gaat over de inhoud van een ontslagbrief over psychiatrische patiënten. Drieëntwintig Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en) namen aan het onderzoek deel.

Experimentele opzet en hypothese van het onderzoek

Bij de opzet van het praktijkexperiment is uitgegaan van de wetenschap dat artsen richtlijnen beter gebruiken naarmate ze meer bij het ontwikkelingsproces betrokken zijn en dat verandering van professioneel gedrag veelal na directe communicatie met 'gerespecteerde collegae' (opinion leaders) plaatsvindt (Kaasenbrood 1995).

Fase 1: deskundigenfase. In de eerste ronde van de richtlijnontwikkeling discussieerden deskundigen over wat er in een ontslagbrief over psychiatrische patiënten dient te staan. De discussies leidden tot een ontwerp-richtlijntekst, die aan vertegenwoordigers uit de praktijk is voorgelegd.

Fase 2: praktische toepasbaarheid. De 23 aan het onderzoek deelnemende APZ'en zijn eerst twee aan twee gematcht op grond van het doorstromingsgetal (het aantal opnames binnen één jaar gedeeld door het totaal aantal bedden), als maat voor de dynamiek binnen een APZ, en de opleidingsstatus van het ziekenhuis. Van APZ'en met een groot doorstromingsgetal en APZ'en met een A-opleiding voor psychiaters viel op theoretische gronden (Rogers 1983) te verwachten dat de medewerkers innovaties eerder in hun professioneel gedragsrepertoire zouden opnemen dan in APZ'en met een laag doorstromingsgetal en zonder A-opleiding.

Vervolgens zijn de deelnemende APZ'en at random aan een van de twee experimentele condities toegewezen: elf APZ'en aan de experimentele groep instellingen en twaalf aan de controlegroep. Daarna is de directie van de experimentele APZ'en verzocht om de medewerker die

voldoet aan het profiel van een 'opinion leader', naar de discussiebijeenkomsten af te vaardigen. Een opinion leader is een medewerker die, op grond van professionele en contactuele eigenschappen, een voor-aanstaande positie onder de collega's binnen de eigen instelling inneemt, zonder dat hij zich hiertoe dient te beroepen op formele macht. Uitgaande van deze profielschets kan een medisch directeur dus nooit opinion leader zijn.

Gedurende een eerste bijeenkomst zijn er enkele redactionele veranderingen in de ontwerp-richtlijn aangebracht, waarmee de richtlijn klaar was voor gebruik. Gedurende een tweede bijeenkomst is, conform Rogers' theorie over innovatiediffusie (1983), met de opinion leaders een verspreidingsprotocol voor de richtlijn overeengekomen.

Alle opinion leaders waren voorstander van introductie van de richtlijn binnen de eigen instelling. Geen van allen bleek echter voorstander van een geforceerde introductie.

Fase 3: de verspreiding. Volgens afspraak diende de opinion leader de richtlijn binnen het eigen APZ eerst in een medische-stafvergadering of een bijeenkomst met een vergelijkbare status de richtlijn te introduceren. Daarna zou hij de richtlijn schriftelijk verspreiden en deze in een aansluitende stafvergadering van een kort commentaar voorzien. Na enkele maanden zou de opinion leader andermaal in een stafvergadering ter sprake brengen om ervaringen met het gebruik uit te wisselen en definitieve afspraken over het gebruik ervan binnen het APZ te maken.

Aan de APZ'en uit de controlegroep is dezelfde richtlijn toegezonden, met een begeleidende brief waarin een contactpersoon verzocht is om deze onder de medewerkers te verspreiden. In de helft van de gevallen was deze contactpersoon de medisch directeur. In de andere gevallen ging het om een vertegenwoordiger van de psychiaters uit de betreffende instelling, zonder verdere specifieke kwalificatie maar met belangstelling voor administratieve en meestal ook juridische thema's.

De hypothese van het onderzoek luidde: de experimentele methode van ontwikkeling en verspreiding van de richtlijn voor het schrijven van een ontslagbrief leidt binnen de experimentele groep tot een grotere professionele gedragsverandering in de richting van de richtlijn dan binnen de controlegroep.

Materiaal en methode

1. De opinion leaders uit de experimentele groep ($n = 11$) en de contactpersonen uit de controlegroep ($n = 12$) zijn gemiddeld negen maanden na de verspreiding van de richtlijn geïnterviewd om na te gaan of, en zo ja hoe, ze de richtlijn verspreid hebben.

2. Daarnaast hebben de opinion leaders uit de experimentele groep een logboek van hun activiteiten, voor zover die betrekking hadden op

de verspreiding van de richtlijn, bijgehouden. Hiervan is bij de contactpersonen afgezien om een Hawthorn-effect te voorkomen. De gegevens over de verspreiding in de controlegroep zijn verkregen uit de telefonische interviews met de contactpersonen, ook negen maanden na de verspreiding van de richtlijn. De gegevens uit de logboeken en de uitkomsten van de interviews bij contactpersonen geven informatie over de verspreiding van de richtlijn.

3. Verder zijn uit alle aan het onderzoek deelnemende APZ'en twee at random geselecteerde afdelingsartsen van de opnameafdeling (n = 46) telefonisch geïnterviewd. Doel van dit interview was om te achterhalen in hoeverre deze arts de richtlijn kenden en toepasten. Immers, als er in de experimentele groep een interventie is gedaan om de verspreiding en het gebruik van de richtlijn te verbeteren, dan zouden de afdelingsartsen uit die experimentele groep een betere bekendheid met en een vollediger gebruik van de richtlijn moeten rapporteren. De uitkomsten van deze interviews hebben dus niet alleen betrekking op de verspreiding (bekendheid met de richtlijn) maar ook op het gebruik.

4. Daarna is de inhoud van ontslagbrieven van vóór de richtlijnontwikkeling vergeleken met de inhoud van de at random getrokken ontslagbrieven gemiddeld negen maanden (range: 7-10 maanden) na de richtlijnontwikkeling. Hiertoe zijn 641 ontslagbrieven in het kader van dit post-propter design geanalyseerd, 317 uit de voormeting en 324 uit de nameting. Het betrof brieven over patiënten die ouder waren dan 18 en jonger dan 65 jaar en die langer dan vier weken en korter dan zes maanden opgenomen waren op de opnameafdeling van een APZ. In tabel 1 zijn de aantallen naar voor- en nameting en naar experimentele conditie weergegeven.

Tabel 1: Ontslagbrieven naar experimentele conditie

	Voormeting	Nameting	Totaal
Experimentele groep	148	149	297
Controlegroep	161	175	344
Totaal	317	324	641

De hypothese van het onderzoek heeft betrekking op het verschil in verandering conform de richtlijn tussen de experimentele groep en de controlegroep. In het onderstaande overzicht is weergegeven hoe de relevante waarde, namelijk het differentieel verschil, is berekend. De gemiddelde score van de brieven uit de voormeting worden per experimentele conditie van dezelfde waarde uit de nameting afgetrokken. Dit verschil uit de controlegroep (F) wordt vervolgens van dezelfde waarde uit de experimentele groep (C) afgetrokken. De uitkomst, G, is een maat voor de meerwaarde van de experimentele interventie boven de controleconditie.

Overzicht 1: Berekening differentieel verschil

	Nameting	–	Voormeting	=	Δ
Experiment	A	–	B	=	C
Controle	D	–	E	=	F
Differentieel verschil					G

De ontslagbrieven zijn aan de hand van aan de richtlijn ontleende criteria geanalyseerd. Deze criteria zijn strategisch gekozen. Met name is toegezien op een evenwichtige spreiding van de gemiddelde scores per criterium, om eenzijdige bodem- of plafondeffecten te vermijden. In de eerste kolom van tabel 5 zijn deze criteria vermeld. In de vierde kolom van deze tabel is het scorebereik per criterium weergegeven.

Bij criterium 1 berekenden de onderzoekers de periode die verstreek tussen ontslagdatum en datering van de brief. Op 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10 en 13 scoorden de onderzoekers een '1' wanneer het betreffende criterium als informatie in de brief vermeld werd, en '0' wanneer dit niet het geval was. Criterium 3 werd gescoord op een ordinale schaal. De onderzoekers scoorden een 0 wanneer in de brief geen reden voor opname vermeld was, een 2 wanneer uitsluitend de ziekte en eventueel daaruit volgend gevaar vermeld werden, en een 4 wanneer de brief bovendien vermeldde waarom ambulante voortzetting van de behandeling niet langer mogelijk was. Bij criterium 8 scoorden de onderzoekers alleen een 1 wanneer uit de brief bleek of er een lichamelijk onderzoek was verricht. Bij criterium 12 en 13 telden de onderzoekers respectievelijk het aantal woorden van de brief volgens een standaardprocedure en het aantal vermelde DSM-III-R-assen.

Bij vergelijking van de score op de voormeting liepen de experimentele en de controlegroep op drie criteria meer dan tien en minder dan twintig procent van het betreffende scorebereik uiteen. Op acht criteria verschilden beide groepen minder dan vijf procent en op de overige criteria tussen de vijf en de tien procent van het betreffende scorebereik. Ofschoon er in het totaal geen sprake was van een eenduidige trend ten gunste van één van de twee experimentele groepen en de verschillen beperkt waren, is in de verdere statistische bewerkingen steeds voor de voormeting constant gehouden.

Zowel de interviews onder opinion leaders, contactpersonen en afdelingsartsen als de analyse van de ontslagbrieven zijn uitgevoerd door de auteur en twee arts-assistenten psychiatrie. De Cohen's Kappa van het instrument ter analyse van de ontslagbrieven bedroeg 0,91 (zie Swanborn 1987).

5. Ten slotte zijn de opinion leaders uit de experimentele groep over de verspreiding en het gebruik van de richtlijn door de afdelingsartsen geïnterviewd. Daarbij is in een semi-gestructureerde opzet systematisch

aandacht besteed aan factoren die van invloed zijn geweest op die verspreiding en dat gebruik. Dit onderdeel van het onderzoek is methodologisch verwant aan case study-research (Yin 1993). Doel was om hypothesen te genereren over de factoren die op de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen van invloed zijn geweest.

Uitkomsten

1. In tabel 2 zijn de uitkomsten van de interviews onder opinion leaders en contactpersonen weergegeven.

Tabel 2: Verspreiding van de richtlijn

	Experimenteel n = 11		Controle n = 12
Bestaan bekend	11		12
Onder ogen gehad	11		11
In bezit	11		11
Kennisgenomen van	11		11
Verspreiding overwogen	11	0	8
		6	
Verspreid	11	11	6
Verspreid volgens protocol	10	6	1

p < 0,05

$\chi^2 = 5,07$; df = 1,0

De eerste kolom geeft de vraag verkort weer. In de tweede en derde kolom is vermeld hoeveel respondenten uit de betreffende groep deze vraag met 'ja' beantwoordden. Zo was de richtlijn in de controlegroep bij iedereen bekend, zij het dat één contactpersoon deze niet onder ogen heeft gehad. Elf contactpersonen hebben kennisgenomen van de inhoud, acht daarvan hebben schriftelijke verspreiding overwogen en zes zijn daartoe overgegaan. Eén contactpersoon heeft daarbij spontaan een procedure gevolgd die overeenkwam met de leidraad in de verspreidingsprotocollen van de experimentele groep.

Schriftelijke verspreiding onder de relevante hulpverleners vond volgens de opinion leaders plaats in alle experimentele instellingen en in zes van de twaalf instellingen uit de controlegroep. Deze gegevens zijn in de inzet van de tabel weergegeven. Het verschil tussen experimentele en controlegroep is statistisch significant.

2. Na het inzamelen van de logboeken bleek dat slechts vijf opinion leaders deze hadden ingevuld. Voor de ontbrekende data uit de experimentele groep zijn de uitkomsten van de interviews onder opinion leaders gebruikt. In de vijf gevallen waarin wel een logboek was bijgehouden, bestond de gelegenheid om de betrouwbaarheid van beide

registratiesystemen te bepalen. Deze bleek, wat de relevante variabelen betreft, honderd procent. In tabel 3 zijn de uitkomsten van deze meting samengevat.

Tabel 3: Verspreiding van richtlijn in de experimentele groep

	Schr.	Toel.	Aut.	Indiv.	Herh.
1	x	x	—	—	—
2	x	x	x	—	—
3	x	x	—	—	—
4	x	x	—	—	—
5	x	x	x	—	—
6	x	x	—	x	x
7	x	x	—	—	—
8	x	x	x	—	x
9	x	x	x	x	—
10	x	x	—	—	—
11	x	—	—	—	—

Alle opinion leaders op één na hebben de richtlijn eerst schriftelijk verspreid en deze nadien mondeling toegelicht. In vier APZ'en hebben de directies op verzoek van de opinion leaders de praktische toepassing van de richtlijn gestimuleerd. In twee APZ'en heeft de opinion leader met individuele hulpverleners gesprekken gevoerd over de richtlijn, met name ter nadere uitleg van de inhoud. Bovendien is er in twee APZ'en na een eerste mondelinge toelichting van de richtlijn in een herhalingsbijeenkomst, gemiddeld zes maanden na de schriftelijke verspreiding, definitief over de richtlijn gediscussieerd.

In de controlegroep hebben zes van de twaalf contactpersonen de richtlijn schriftelijk verspreid. In vijf gevallen is dit neergekomen op het rondsturen van een van de versies van de richtlijntekst. In één geval heeft de contactpersoon de richtlijn eerst aangekondigd in een vergadering van de medische staf. Drie maanden na de schriftelijke verspreiding heeft hij de richtlijntekst andermaal ter sprake gebracht in die staf. Na een korte discussie is daar ten slotte tot toepassing van de richtlijn besloten.

3. De interviews onder de afdelingsartsen hebben informatie opgeleverd over de bekendheid en het gebruik van de richtlijn. In tabel 4 zijn de uitkomsten weergegeven. De afdelingsartsen uit de experimentele groep bleken niet alleen beter op de hoogte van de inhoud van de richtlijn, maar rapporteerden deze ook vaker te gebruiken bij het schrijven van ontslagbrieven dan de afdelingsartsen uit de controlegroep. Daarbij valt echter wel op dat de hoge verwachtingen, die op grond van de data over de verspreiding van het gebruik gekoesterd werden, niet uitkwamen. Uiteindelijk rapporteerde namelijk vijftig procent van de afdelingsartsen uit de experimentele groep dat ze de richtlijn niet gebruikten.

Tabel 4: Interview afdelingsartsen: bekendheid en gebruik

	Experimenteel n = 22		Controle n = 24
Bestaan bekend	16		5
Onder ogen gehad	16		5
In bezit	14		5
Kennisgenomen van	13		4
Toepassing overwogen	12		3
Toegepast	11	11	3
		21	
Actuele toepassing	11	11	3
		3	

$p = 0,00$

$\chi^2 = 5,96; df = 1,0$

4. De vierde meting betrof de inhoud van de ontslagbrieven. Uit een eerste analyse van uitsluitend de brieven uit de voormeting bleek de kwaliteit van de ontslagbrieven in Nederland over het algemeen matig te zijn (Beyaert e.a. 1994). Daarna is berekend welke meerwaarde de experimentele interventie had boven de controleconditie. In tabel 5 is G voor de dertien beoordelingscriteria van de ontslagbrieven weergegeven.

In de experimentele groep werd, uitgaande van $p < 0,05$, op vijf beoordelingscriteria een statistisch significant grotere verandering in de richting van de richtlijn waargenomen, namelijk: juridische status, bron van inkomsten, vermelding van lichamelijk onderzoek, parafering door een psychiater en het aantal vermelde assen van de DSM-III-R. Bovendien is er een trend tot meerwaarde ($p < 0,1$) van de experimentele groep wat de duur betreft: in de experimentele groep neemt de termijn die verstrijkt tussen het ontslag van de patiënt en de datering van de brief, sterker af dan in de controlegroep. Daarnaast blijkt er sprake van

Tabel 5: Differentieel verschil experimentele en controlegroep

	(G)	p =	Range
Duur	-4.2 dg.	0.0923	> 0
Juridische status	+0,114	0,0106	0-1
Reden van opname	+0,031	n.s.	0-4
Heteroanamnese	+0,008	n.s.	0-1
Bron van inkomsten	+0,127	0.0156	0-1
Alcohol	+0,046	n.s.	0-1
Drugs	-0,139	0.0000	0-1
Lichamelijk onderzoek	+0,093	0,0047	0-1
Benadering	-0,017	n.s.	0-1
Structuurdiagnose	-0.047	n.s.	0-1
Lengte < 1050	+34.7 w.	n.s.	> 0
Paraaf psychiater	+0,041	0,0076	0-1
DSM-III-R	+1,394	0,0000	0-5

een negatieve meerwaarde voor de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep bij het vermelden van druggebruik. Het totaalbeeld laat echter een grotere verandering in de richting van de richtlijn van de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep zien.

In een aanvullende analyse is nagegaan of de experimentele APZ'en waarin meer gedaan is dan alleen de schriftelijke verspreiding en mondelinge toelichting (zie tabel 4: APZ 2, 5, 6, 8 en 9), een grotere verandering in de richting van de richtlijn laten zien dan de experimentele APZ'en waarin de interventie tot deze twee procedures beperkt bleef. Op geen van de dertien beoordelingscriteria werd hier een statistisch significant verschil vastgesteld.

Opvallend is de geringe omvang van de meerwaarde van de experimentele interventie. Op de vermelde DSM-assen na zijn de verschillen tussen experimentele en controlegroep immers gering. Als de experimentele interventie al effectief is geweest, dan gaat het eerder om de attentiewaarde dan om een strikt gehanteerde leidraad voor het professioneel handelen.

Onderzoek naar beperkt gebruik van de richtlijn

Statistisch significante verschillen waren er wel, praktisch significante echter nauwelijks. Tien van de elf opinion leaders bleken in de gelegenheid om in een semi-gestructureerd interview hun visie op dit beperkte gebruik te geven. Eén opinion leader was kort na de schriftelijke verspreiding van de richtlijn van baan veranderd. Hier zullen de vijf belangrijkste factoren die het gebruik van de richtlijn in de weg hebben gestaan (zie Kaasenbrood 1995), vermeld worden.

1. *De onderwerpkeuze.* In tegenstelling tot het vermoeden bij aanvang van het onderzoek bleek de ontslagbrief in de hiërarchie van relevante onderdelen van een behandeling volgens de opinion leaders slecht te scoren. Het schrijven van een ontslagbrief was eerder sluitpost dan afsluiting van een behandeling, ondanks de door alle respondenten als essentieel beleden continuïteit van zorg binnen de psychiatrie.

2. *Gewoontevorming en routine.* De toepassing van de richtlijn is als vrijblijvend beoordeeld, en voor een procedure die sterk door gewoontevorming wordt bepaald is er dan weinig prikkel tot verandering. Wanneer bovendien de relevantie laag wordt geacht, aldus de opinion leaders, zijn de voorwaarden voor handhaving van de oude traditie aanwezig. In deze traditie worden ontslagbrieven aan het einde van de dag, vaak al buiten de CAO-tijden, vlug voor vertrek 'afgewerkt'.

3. en 4. *Herhaling en controle.* Herhaling van een boodschap is mogelijk wel een noodzakelijke maar zeker geen voldoende voorwaarde voor gedragsverandering van artsen. Sterker nog: zonder enige vorm van controle is het, aldus de opinion leaders, een illusie te veronderstellen dat artsen hun routinematig gedrag veranderen. De voorkeur gaat

daarbij uit naar 'interne vormen' ofwel controle binnen de eigen instelling. De opinion leaders wezen 'platte dwang' nadrukkelijk en eensgezind af.

In herhaling was, getuige het verspreidingsprotocol, wel voorzien, maar bleek de uitvoering na te laten. In controle was in de oorspronkelijke opzet niet voorzien. Door de richtlijn voor een ontslagbrief via verschillende communicatiekanalen binnen de APZ'en onder de aandacht van de hulpverleners te brengen, en het gebruik ervan te controleren, bijvoorbeeld door intercollegiale toetsing, zou dit mogelijk te verbeteren zijn geweest. Uitkomsten van recent onderzoek naar de verspreiding van een protocol voor een ontslagbrief wijzen althans in die richting (Shah en Pullen 1995).

5. *Weerstand tegen verandering.* Professioneel gedrag is hardnekkig en het is niet te verwachten dat dit met richtlijnen voor goed medisch handelen zonder verdere op verandering gerichte interventies te beïnvloeden valt. Bij deze factor gaat het om weerstand in het algemeen en niet om gewoontevorming en routine als moeilijk te veranderen ingeslepen gewoontes (zie bij factor 2).

Conclusie

Met het strategisch gebruik van opinion leaders is een effectief kanaal voor de verspreiding van de richtlijn voor het schrijven van een ontslagbrief binnen Nederlandse APZ'en gecreëerd. Immers, de bekendheid met de inhoud van de richtlijn was statistisch en praktisch significant beter onder de afdelingsartsen van de APZ'en uit de experimentele groep dan onder de afdelingsartsen van de controlegroep. Maar daar is het bij gebleven. Want hoewel de afdelingsartsen in de experimentele groep APZ'en rapporteerden dat zij de richtlijn vaker actueel toepasten dan de afdelingsartsen uit de controlegroep, levert de analyse van de ontslagbrieven een ander beeld op. Hieruit blijkt namelijk dat er weliswaar sprake was van een statistisch significante meerwaarde van de experimentele verspreidingsmethode, maar dit verschil was in praktische zin nauwelijks significant.

Overigens is het verschil tussen de uitkomsten van de interviews onder afdelingsartsen en van de ontslagbrieven opmerkelijk. Waarschijnlijk is de lading 'sociale wenselijkheid' in de antwoorden van de afdelingsartsen op de vragen uit het interview groot. Ze waren goed op de hoogte van het bestaan van de richtlijn en wisten dat men binnen het APZ eigenlijk vond dat ze deze moesten toepassen. In de interviews rapporteerden ze dit dan ook, terwijl de richtlijn in werkelijkheid hooguit een attentiewaarde had. Gegeven het vermoeden van sociale wenselijkheid als systematische bias in dit onderzoek, is het relevant om terughoudend te zijn met interviews als methode om verandering in professioneel gedrag van artsen vast te stellen.

Daarmee is de hypothese formeel bevestigd, maar is er weinig reden om de experimentele verspreidingsmethode als 'succesrijk' te kenschetsen. De opinion leaders hebben in een afsluitend interview hypothesen geformuleerd voor het beperkte gebruik van de richtlijn binnen hun eigen APZ. Deze hebben betrekking op zowel de individuele professionele, de beroepsgroep, de aard van het product (de richtlijn), de verspreidingsmethode als op organisatorische aspecten.

Professionele gedragsverandering is een samengesteld en gecompliceerd proces. Het valt niet te verwachten dat dit proces zich met een enkelvoudige interventie, zoals in dit onderzoek, succesrijk zal afwickelen. Om professionele gedragsverandering te bewerkstelligen zijn aanvullende interventies noodzakelijk. De uitkomsten van dit onderzoek tonen daarentegen wel aan dat de opinion leader een belangrijke rol kan vervullen bij de verspreiding van richtlijnen binnen de eigen instelling.

De uitkomsten van dit onderzoek werpen, in combinatie met de uitkomsten van implementatieonderzoek door andere wetenschappers (zie inleiding), vragen op over de doelmatigheid van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen als middel voor het totstandbrengen van professionele gedragsverandering. In ieder geval zullen nog veel strategische experimenten uitgevoerd, geanalyseerd en geïnterpreteerd moeten worden, voordat duidelijk is hoe deze richtlijnen het meest succesrijk verspreid moeten worden.

Literatuur

- Beyaert, E.W., M.M. Ubbing en A.J.A. Kaasenbrood (1994), Matige kwaliteit van ontslagbrieven over psychiatrische patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 365-368.
- Grimshaw, J., N. Freemantle, S. Wallace e.a. (1995), Developing and implementing practice guidelines. *Quality in Health Care*, 4, 55-64.
- Grol, R. (1992), Implementing guidelines in general practice. *Quality in Health Care*, 1, 184-191.
- Kaasenbrood, A.J.A. (1995), *Consensus als criterium. De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed medisch handelen*. Academisch proefschrift, RU Utrecht. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, NcGv-reeks 95-20, Utrecht.
- Kaasenbrood, A.J.A., en P.A.H. van Lieshout (1993), Richtlijnontwikkeling in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 45-58.
- Lomas, J., M. Enkin, G.M. Anderson e.a. (1991), Opinion leaders versus audit and feedback to implement practice guidelines. *Journal American Medical Association*, 265, 2202-2207.
- Mittman, B.S., X. Tonesk en P.D. Jacobson (1992), Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behavior change. *Quality Review Bulletin*, 18, 413-422.
- Rogers, E.M. (1983), *Diffusion of Innovations*. The Free Press, New York.
- Shah, P.J., en I. Pullen (1995), The impact of a hospital audit on psychiatrists' letters to general practitioners. *Psychiatric Bulletin*, 19, 544-547.

- Swanborn, P.G. (1987), *Methoden van Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek*. Boom, Mepel/Amsterdam.
- Yin, R.K. (1993), *Applications of case studyresearch*. Applied Social Research Methods Series, Sage Publications 34, Newbury Park/Londen/New Delhi.

Summary: The dissemination and implementation of guidelines for good psychiatric practice

Medical practice guidelines are becoming more and more important in guiding medical practice. Data from research in somatic medicine show that doctors are sufficiently aware of the existence of guidelines, but they do not put them in practice in the treatment of their patients. In this article the results of a study into the implementation process of an experimental guideline development are described. It is a guideline for a discharge letter on psychiatric patients, after their dismissal from a psychiatric hospital.

Representatives of the experimental group of psychiatric hospitals ($n = 11$) took part in the guideline development. They were also instructed how to disseminate the guideline under the doctors of their own hospital. The representatives of the psychiatric hospitals in the control group ($n = 12$) received the guideline without further instruction with the request to disseminate it among the doctors in the hospital. The doctors in the experimental group appeared to be more familiar with the guideline but hardly made better use of it in daily practice. Semistructured interviews with the representatives of the psychiatric hospitals in the experimental group revealed that changing professional behavior, being a complex process, needs more than one simple intervention.

A. Kaasenbrood, psychiater, is hoofd crisisdienst bij de RIAGG's Amsterdam Oost en Zuid-Oost, en opleider sociale psychiatrie, vakgroep Psychiatrie van de Universiteit van Amsterdam. W. van Tilburg is hoogleraar klinische psychiatrie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Correspondentieadres: Dr. A. Kaasenbrood, RIAGG Amsterdam Zuid-Oost, Fizeastraat 2, 1097 SC Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-9-1996.