

Richtlijnen in de psychiatrie,
een noodzakelijk goed?

Focus

Focus

door J.A. Swinkels

Gepubliceerd in 1994, no. 4

Samenvatting

Dit artikel gaat in op de ontwikkeling van richtlijnen in de psychiatrie, alsmede de bezwaren hiertegen en de problemen bij hun implementatie. Hierbij spelen methodologische bezwaren en remmende maatschappelijke ontwikkelingen een rol. Bezwaren en kritiek mogen echter niet leiden tot een afwachtende houding. Als de praktizerende psychiaters richtlijnen en protocollen ontwikkelen, kunnen ze een belangrijke rol spelen bij de ‘inkoop’ van zorg door de verzekeraars. Het opdringen van richtlijnen heeft weinig zin en kan er zelfs toe leiden dat richtlijnen en protocollen niet getoetst en bijgesteld worden.

Inleiding

Binnen de psychiatrie tracht men te komen tot richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen. Momenteel is een consensusbijeenkomst in voorbereiding over de diagnostiek en de behandeling van depressie. Dit gebeurt door het Centraal Begeleidings Orgaan intercollegiale toetsing (CBO), op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Het gaat hierbij om een voorbeeld van multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, waarbij verschillende disciplines (o.a. psychiaters, huisartsen, internisten) tot consensus proberen te komen.

Bij het ontwikkelen van richtlijnen is het vaak noodzakelijk tot consensus en afspraken te komen, hoewel de feiten elkaar tegenspreken of wetenschappelijke informatie ontbreekt. Dit geschiedt vaak door middel van een consensusbijeenkomst: een gestructureerde discussie over een controversieel (psychiatrisch) onderwerp waarbij getracht wordt zo veel mogelijk overeenstemming te bereiken, uitmondend in concrete richtlijnen, met als doel de kwaliteit van het medisch handelen te bevorderen. Een consensusbijeenkomst echter hoeft, anders dan bij richtlijnontwikkeling het geval is, op zich niet gebaseerd te zijn op wetenschappelijke kennis. Voor de ontwikkeling van richtlijnen zijn zowel wetenschappelijke kennis als klinische ervaring (omdat wetenschappelijke kennis lang niet overal een antwoord op geeft) vereist.

Monodisciplinaire richtlijnen in de psychiatrie dienen behandelstrategieën te bevatten. Zij komen voort uit de eigen beroepsgroep, met de bedoeling psychiaters te helpen bij het nemen van klinische beslissingen (Zarin e.a. 1993). De ontwikkeling van monodisciplinaire richtlijnen wordt door de (sub)Commissie Kwaliteitszorg (CKZ) van de NVvP ter hand genomen.

Richtlijnen in de psychiatrie kunnen betrekking hebben op diagnostiek, behandeling, preventie en de organisatie van de zorg bij psychiatrische stoornissen. Tegenwoordig is geen enkele psychiater nog in staat het gehele veld van de psychiatrie te beheersen of zelfs maar te overzien. Richtlijnen kunnen

kennis uit onderzoek en ervaring in bruikbare vorm voorleggen aan de praktizerende psychiaters.

De opgestelde richtlijnen kunnen deels worden weergegeven in de vorm van protocollen: beslissingsvoorschriften voor bij voorbeeld diagnostiek of behandeling - in dit geval voor toepassing binnen de psychiatrie. Deze protocollen bestaan uit een schematische en zo eenduidig mogelijke weergave (vaak in de vorm van een eenduidig voorschrift voor het uitvoeren van de procedure) van het 'psychiatrisch' handelen, zonder overbodige franje. Zij dienen duidelijkheid te verschaffen omtrent de juiste handelwijze, gegeven de situatie.

Door richtlijnen te ontwikkelen beoogt men de kwaliteit van de zorg en van de resultaten te verbeteren door het verschil te verkleinen tussen wat men beoogt en wat men behaalt (Nationale Raad van de Volksgezondheid 1990). Deze zorg dient effectief, efficiënt en op maat gegeven te worden, en moet voor iedereen toegankelijk zijn. Voorts dient de zorg lege artis te worden toegepast en aanvaardbaar te zijn voor de patiënt.

Bezwaren

Tegen de beschreven richtlijnontwikkeling en de hieruit voortvloeiende protocollaire psychiatrie worden verschillende bezwaren aangevoerd. De genoemde 'zorg op maat' is namelijk niet alleen streefdoel, maar helaas ook onbereikbaar. Richtlijnen en protocollen gaan namelijk uit van gemiddelden, en de vertaling naar zorg op maat van het individu is niet eenvoudig. Het doel van de klinische zorg kan nu eenmaal niet duidelijk gedefinieerd worden en verandert bovendien vaak in de loop van de behandeling. De bezwaren tegen richtlijnontwikkeling en protocollen hebben te maken met:

1. de aard van de kennis en vaardigheden,
2. de rolopvatting van de patiënt,
3. de relatie tussen arts en patiënt,
4. het gegeven dat richtlijnen en protocollen leidraden zijn.

1. *De aard van de kennis en vaardigheden* - De medische en dus ook de psychiatrische kennis is maar gedeeltelijk op harde gegevens gebaseerd ('evidence-based'). De waarde van de zogenaamde klinische indruk en ervaring, waarbij bij voorbeeld patroonherkenning en inlevingsvermogen een belangrijke rol spelen, zal niemand willen ontkennen. Deze ervaring wordt echter gekleurd door meningen ('opinion-based') en impliciete vooronderstellingen ('philosophy-based'). Een belangrijk deel van de verschillen in behandeluitkomsten (variantie) blijft daardoor onverklaard.

Door middel van professionalisering tracht men de rol van onderzoek en toetsing te vergroten. Hierbij kan de klinische intuïtie ons op het spoor brengen van factoren die van belang zijn.

2. *De rolopvatting van de patiënt* - De samenleving is volgens de socioloog Bram de Swaan (blz. 93, 1989) langzamerhand veranderd van een 'bevelshuishouding' in de richting van een 'onderhandelingshuishouding'. Dit komt ook naar voren in de rolopvatting van de patiënt, die minder dan voorheen de richtlijnen van de arts opvolgt. De reactie van de patiënt op onze voorstellen is daardoor nog minder voorspelbaar geworden dan zij reeds was. Dit kan het werken volgens richtlijnen en protocollen frustreren.

3. *De relatie tussen arts en patiënt* - De patiënt kan de vakinhoudelijke aspecten van ons handelen niet of nauwelijks beoordelen. Het zijn meer onze communicatieve vaardigheden waar hij of zij een mening over heeft. Als die mening ongunstig is - dus de verhouding tussen de arts en de patiënt is verstoord - dan zal het extra moeilijk zijn richtlijnen en protocollen consequent te volgen. Een deel van de waargenomen variantie in behandelresultaten is daarom terug te voeren op verschillen in de relatie tussen behandelaar en patiënt.

4. *Het gegeven dat richtlijnen en protocollen leidraden zijn* - Richtlijnen die opgesteld zijn na een consensusbijeenkomst, geven een overeenstemming aan over de wijze waarop bepaalde stoornissen kunnen worden gediagnostiseerd of behandeld. Deze overeenstemming is op dat moment 'the state of the art'. Toch is een deel hiervan het resultaat van consensus en afspraken; niet van gesystemiseerd evaluatieonderzoek. De richtlijnen hebben daardoor een voorlopig karakter.

Een protocol geeft slechts regels voor de aanpak van een bepaald probleem binnen een populatie. Toepassing op een individuele patiënt is derhalve niet zonder meer toegestaan. Een protocol is slechts een leidraad bij het opstellen van een behandelplan voor de individuele patiënt. Protocollen en richtlijnen houden te weinig rekening met de aard van de kennis en vaardigheden, de rolopvatting van de patiënt en de relatie tussen arts en patiënt, zoals boven beschreven.

Implementatieproblemen

Met de implementatie van de richtlijnen lijkt het droevig gesteld te zijn (Grol 1992). Veel professionals volgen de richtlijnen niet, uit angst voor 'kookboek' geneeskunde (men moet precies doen wat in het kookboek staat, anders mislukt het recept). Vaak speelt hierbij mee dat men onvoldoende kennis heeft over wat men onder richtlijnontwikkeling verstaat en wat de bedoeling ervan is.

Daarnaast spelen andere factoren een rol. Zo heeft men nogal eens problemen met het feit dat de richtlijnen soms meer door de politiek bepaald worden dan door wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaring. Voorts vreest men overschatting van de waarde van wetenschappelijke kennis, en te weinig ruimte voor minderheidsstandpunten. Daarnaast is er discussie over de feitelijke onderbouwing van de richtlijnen. Is iets waar als een belangrijk deskundige het zegt, of is een debat nodig om de waarheid te ontdekken? De betrouwbaarheid van richtlijnen wordt doorgaans niet onderzocht en het is maar de vraag of andere deskundigen tot dezelfde resultaten zouden komen.

Om deze redenen kan men zich afvragen of er wel voldoende draagvlak is voor het ontwikkelen van richtlijnen. Moeten er niet meer instanties bij worden betrokken? Moeten niet meer monodisciplinaire richtlijnen ontwikkeld worden binnen de eigen beroepsgroep? Hoe wetenschappelijk is literatuuronderzoek, bij voorbeeld in de vorm van meta-analyse? Moeten de deskundigen in de voorbereidingsgroepen niet zorgvuldiger worden gekozen? Moet men niet de methoden die men hanteert bij de ontwikkeling van richtlijnen nauwgezet evalueren, teneinde meer inzicht te krijgen in dit proces en te achterhalen waarom implementatie van het resultaat niet lukt?

Naast deze punten van professionele kritiek zijn er ook maatschappelijke ontwikkelingen die de implementatie van richtlijnen en protocollen belemmeren. Zo maakt de geringe concurrentie in de geestelijke gezondheidszorg het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen weinig urgent. Daar lijkt echter verandering in te komen, nu verzekeraars steeds meer gaan fungeren als kritische inkopers van zorg. Zij kiezen daarbij voor zorg die effectief is gebleken voor een bepaalde, welomschreven groep. Deze zorg moet voorts uitgevoerd worden door deskundige medewerkers en aanvaardbaar zijn voor de patiënt. Daarbij zal men streven naar een zo effectief mogelijke behandeling en zo tevreden mogelijke patiënten voor zo weinig mogelijk geld. Hierdoor zien sommige psychiaters de richtlijnen als een verkapte controle op hun handelen, die uiteindelijk zal leiden tot sanctie of bezuiniging.

Cultuuromslag

De hierboven aangevoerde bezwaren en kritiek kunnen leiden tot een weinig constructieve, afwachtende houding. De vraag is of men hier iets aan wil doen, bij voorbeeld door zelf de waarde van richtlijnen en protocollen systematisch te evalueren en zo variantie in de effecten van eigen behandelingen te helpen verklaren. Deze verklaring zal zoveel mogelijk gegeven moeten worden op basis van verschillen in behandeling, in de arts-patiëntrelatie en in aanvaardbaarheid van de voorstellen voor de patiënt.

Mijns inziens gaat het hierbij om niets minder dan een cultuuromslag, waarbij van elke psychiater een 'wetenschappelijke attitude' wordt verwacht. Deze dient zelf de resultaten van behandeling en zorg te evalueren, en voorts voldoende realiteitsbesef te bezitten om in te zien dat de individuele psychiater onmogelijk meer de gehele psychiatrie kan beheersen.

Sommige 'beleidmakers' in de psychiatrie hebben de neiging al te gemakkelijk richtlijnen voor anderen te ontwikkelen. Maar als deze anderen het gevoel hebben dat protocollen en richtlijnen aan hen worden opgedrongen, dan zal hiertegen gemakkelijk weerstand kunnen ontstaan. Worden medewerking en implementatie desondanks afgedwongen door de verzekeraar, dan zal dit leiden tot een keurslijf waarin evaluatie van de resultaten vrijwel ontbreekt en de protocollen niet worden aangepast aan de veranderende inzichten.

Gezien de beperkte mogelijkheid van iedere individuele psychiater om de snelle groei van kennis bij te benen, is richtlijnontwikkeling noodzakelijk voor het overleven van een pluriforme psychiatrie en de 'integrale' psychiater - voor zover dat überhaupt nog kan. Daarbij moeten alle psychiaters meedoen; zowel voor zelfcontrole als met het oog op de zorgverzekeraars. Alleen op die manier houdt inhoudelijke kennis omtrent de behandeling een belangrijke invloed bij het inkopen van de zorg. Voorts kan men zo de eigen professionaliteit blijven ontwikkelen en de wetenschappelijke status van het vak verhogen.

Literatuur

Grol, R. (1992), *Implementing guidelines in general practice care, Quality in Health Care 1*

, 184-191.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1990), *Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering*, Zoetermeer, publikatie 13, 4160, 1-30.

Swaan, B. (1989), *De mens is de mens een zorg*, Meulenhoff, Amsterdam (vijfde druk).

Zarin, A.D., e.a. (1993), Practice Guidelines, *American Journal of Psychiatry 150*, 175- 177.

Summary: Guidelines in psychiatry: a necessary good?

The development of guidelines for clinical practice as well as the objections against it are discussed. The problems facing the implementation of guidelines are in part of a methodological nature; in part they reflect adverse developments in society. Psychiatrists should work on guidelines and protocols to reinforce their position in negotiating with insurance companies 'buying care'. However, simply imposing guide- lines and protocols upon health care workers will turn out to be

counterproductive and may even arrest the process of developing and testing. This would make guide- lines and protocols into mere restrictions, having a negative influence on psychiatry's professional standards.

Jan Swinkels (psychiater) is als chef de policlinique verbonden aan het psychiatrisch centrum van het Academisch Medisch Centrum bij de UvA. Adres: Polikliniek Psychiatrie AMC, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

Dit artikel werd mede geschreven namens de subcommissie kwaliteitszorg van de Commissie Wetenschappelijke Activiteiten van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 20-1-1994.