

Richtlijnontwikkeling in de psychiatrie

door A.J.A. Kaasenbrood en P.A.H. van Lieshout

Samenvatting

Medische richtlijnontwikkeling is een erkend fenomeen geworden. Nu organisaties in verschillende landen de richtlijnontwikkeling onderzoeken, blijken er veel methodologische bezwaren aan te kleven. Bovendien past slechts een kleine minderheid van de artsen, voor wie de richtlijn bedoeld is, deze ook werkelijk toe. Richtlijnontwikkeling binnen de Nederlandse psychiatrie kan dankbaar gebruik maken van deze onderzoeksbevindingen, maar zal een oplossing moeten vinden voor de specifieke problemen waar de psychiatrie als wetenschap en als beroepspraktijk mee te maken heeft. Het is dan ook realistisch ervan uit te gaan dat het nog wel enige tijd zal duren voordat er een ideale ontwikkelingsmethodiek bestaat die aan alle huidige bezwaren tegemoet komt.

Inleiding

Kwaliteit is een woord dat de laatste jaren steeds vaker in medisch-wetenschappelijke publikaties opdoemt. Na een periode waarin de grote wetenschappelijke ontdekkingen elkaar in hoog tempo opvolgden, is er nu blijkbaar een fase aangebroken om ook bezinning structureel een plaats toe te meten. Met 'bezinning' bedoelen we dan het streven naar doelmatigheid, ofwel: een optimaal gebruik van de beschikbare middelen? Hierin vervult het kwaliteitsbegrip een sleutelrol, zij het vanuit de verschillende perspectieven op de gezondheidszorgmarkt telkens een andere (Kaasenbrood en Van Lieshout 1992).

Zo zullen de *cliënten* zich voornamelijk bezorgd maken over de vraag of de gezondheidszorg voldoende toegankelijk en de bejegening voorkomend genoeg is. De *ziektekostenverzekeraars* krijgen meer macht. Ofschoon staatssecretaris Simons zijn plannen vertraagd en mogelijk niet volledig mag uitvoeren, zullen verzekeraars steeds meer in directe onderhandeling met de zorgaanbieders hun pakketten samenstellen. Profiteerden ze zich vroeger voornamelijk met goedkope polissen, momenteel is de slogan eerder: een zo volledig mogelijk verzekeringspakket voor een zo redelijk mogelijke prijs (Simons 1991).

De *instellingen* waren voorheen door de financieringswijze van een inkomen gegarandeerd. Nu de ziektekostenverzekeraars echter het roer overnemen, zullen de instellingen zich moeten bewegen op een markt waar een vleugje concurrentie gaat regeren. De macht van de *overheid* neemt langzamerhand af. Trok ze vroeger nog stevig aan de touwtjes, getuige bij voorbeeld de Structuurnota van de toenmalige staatssecretaris Hendriks, met het rapport van de commissie-Dekker zal de overheid terugtreden naar de rol van kwaliteitsbewaker via het middel waar ze goed in is: wetgeving en controle. Daarmee beschermt ze de burger hooguit tegen excessen, maar schrijft ze niet langer meer voor hoe de gezondheidszorg georganiseerd zou moeten zijn.

Ten slotte de *beroepsgroep*. Vanuit dit perspectief komt kwaliteit voornamelijk neer op een optimale behandeling. Tot voor vijftien jaar beperkte de beroepsgroep zich tot bescherming van de professionele integriteit. Ze formuleerde zelf de opleidingseisen, registreerde de beroepsgroepleden en sprak zich in geval van klachten tuchtrechtelijk uit. De laatste vijftien jaar is hier echter het een en ander aan toegevoegd. Alleen al in Nederland startten de beroepsverenigingen in de gezondheidszorg kwaliteitsprojecten als intercollegiale toetsing en intervisie, het aantal nascholingen en congressen is explosief gestegen en wat een goede behandeling is wordt ook steeds duidelijker.

Medische richtlijnen, het beroepsgroeperspectief

De ontwikkeling van behandelrichtlijnen heeft de laatste tien jaar een grote vlucht genomen. Nadat de National Institutes of Health (NIH) in 1977 de eerste consensusbijeenkomsten organiseerden, namen verschillende landen dit initiatief over. Toen het Institute of Medicine (IOM) in 1990 een internationale bijeenkomst ter vergelijking van de verschillende richtlijnontwikkelingen uitschreef, gaven organisaties uit acht landen acte de présence, waaronder het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) uit Nederland.

Wat is nu eigenlijk een medische richtlijn? Aangezien een alomvattende definitie voorlopig ontbreekt, zullen we het in dit artikel moeten doen met een aantal kenmerken, waarover de richtlijnontwikkelaars het onderling eens zijn. Een medische richtlijn geeft steeds een *leidraad* voor preventieve, diagnostische, therapeutische of organisatorische procedures binnen de geneeskunde. Daarnaast zijn richtlijnen bedoeld om de grote hoeveelheid, in omvang snel toenemende, medische kennis zodanig te verwerken dat deze gedoseerd en in een praktisch bruikbare vorm de arts bereikt, zonder dat essentiële informatie verloren gaat. Verder maakt medische richtlijnontwikkeling deel uit van *kwaliteitsbevordering* binnen de gezondheidszorg. Ten slotte vertegenwoordigt een richtlijn een professioneel standpunt, waarover de beroepsbeoefenaren het *eens* zijn.

In Nederland ontwikkelt het CBO sinds 1982 richtlijnen voor de specialistische zorg. Sinds 1987 is daar ontwikkeling van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) aan toegevoegd en de laatste drie jaar ondernemen verpleegkundigen en fysiotherapeuten vergelijkbare initiatieven. Tot nu toe gaan de richtlijnen steeds over somatische onderwerpen. Vanuit de ontstaansgeschiedenis is dit ook begrijpelijk. De richtlijnontwikkeling van het CBO hangt namelijk nauw samen met de intercollegiale toetsing in de algemene ziekenhuizen, die het CBO vanaf 1979 begeleidt. Vanuit deze intercollegiale toetsing ontstond de behoefte om over een aantal onderwerpen richtlijnen te ontwikkelen. Daarnaast heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) als vertegenwoordigend orgaan van de beroepsgroep echter onlangs pas een eerste verzoek om een consensusbijeenkomst te organiseren bij het CBO ingediend, en wel over de behandeling van depressies.

Toch erkent de NVP de behoefte aan richtlijnontwikkeling wel degelijk: er is bij voorbeeld weinig uniformiteit in de behandeling van de meeste psychiatrische ziekten. Eenderde van de psychiatrische ziekenhuizen probeert de ernstigste uitwassen van deze heterogeniteit te ondervangen door protocollen voor veel voorkomende ziekten en procedures te ontwikkelen (Kaasenbrood 1992b). De hoeveelheid tijd voor het ontwikkelen van deze protocollen is echter meestal beperkt en het aantal betrokken ontwikkelaars gering, waardoor de teksten naar alle verwachting voor verbetering vatbaar zijn. Bovendien hebben overheid, patiëntenbelangenorganisaties en ziektekostenverzekeraars belang bij goede medische richtlijnen: het biedt hun een kader om aan te refereren als het gaat om 'goede behandeling'.

De partijen lijken het er kortom over eens dat er richtlijnen moeten komen, de vraag is echter nog: welk type richtlijn? In dit artikel, dat gebaseerd is op een vooronderzoek naar de richtlijnontwikkeling binnen de psychiatrie (Kaasenbrood 1990), zullen we proberen deze vraag te beantwoorden. We zullen dit doen aan de hand van drie lopende ontwikkelingen de algemene principes te schetsen: de CBO-, de NHG- en de ontwikkeling van de National Institutes of Health (NIH). Vervolgens zullen we enkele belangrijke knelpunten in kaart brengen en tot slot enkele aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling in de Nederlandse psychiatrie geven.

Onderwerp, onderwerpkeuze en voorbereiding

Alle richtlijnontwikkelingen beginnen met een voorbereidende fase. Hierin operationaliseert de voorbereidende commissie de onderwerpen in vragen en hier deskundigen bij. Daarmee lijkt de impact beperkt. Bij kritische beschouwing blijkt deze invloed echter toch aanzienlijk (Wortman e.a. 1988). Wie immers vast mag stellen welke vragen aan de orde komen en welke personen als deskundigen mogen figureren, be-

paalt grotendeels het verloop van de richtlijnontwikkeling. En juist in deze voorbereidingsfase is de invloed van de organisatoren, respectievelijk NIH, CBO en NHG, groot.

Ofschoon alle organiserende instanties bogen op strikte procedures ter bepaling van het onderwerp, blijkt men zich hier in de praktijk niet zo aan te houden (Wortman e.a. 1988). Wel houdt men zich strikt aan de onderwerpcriteria. Zo moet een onderwerp voor alle drie de instanties *relevant* en *controversieel* zijn. De relevantie kan betrekking hebben op verschillende overwegingen: maatschappelijk (hoge prevalentie), economisch (hoge kostprijs), medisch (nijpende controverse), institutioneel (wachtlijden) enzovoort. De controversen moeten duidelijk herkenbaar zijn maar mogen niet van tevoren al onoverkomelijk lijken.

De meeste organisaties eisen bovendien dat er *voldoende adequate wetenschappelijke informatie* is om een beslissing te rechtvaardigen. De NHG-ontwikkeling neemt in dit opzicht een afwijkende positie in. Over de vraag hoe huisartsen hun patiënten behandelen, is maar weinig bekend. Over de vraag hoe ze het zouden moeten doen, zo mogelijk nog minder. Medisch onderzoek vindt immers meestal in een klinische setting plaats en uitspraken over het huisartsspecifieke element van een behandeling zijn daarbij niet inbegrepen.

Dan zijn er nog een aantal onderwerpcriteria die minder courant zijn, zoals: *rationele besluitvorming* en een adequate *timing*. De timing heeft betrekking op de bekendheid met de medische procedure. Richtlijnen zijn alleen dan zinvol wanneer de procedure wel bekendheid heeft, en er dus al ervaring mee is, maar nog niet de hele beroepsgroep er gebruik van maakt, zodat de richtlijn als mosterd na de maaltijd zou komen. Het rationaliteitscriterium is ingevoerd om te garanderen dat de richtlijnontwikkeling evenwichtig plaatsvindt, en dus niet de 'smaak van de dag' weergeeft. Verder behoort een onderwerp volgens een enkeling *primair van belang te zijn voor de zorgverleners* en zal de richtlijn naar verwachting de *medische beroepsuitoefening moeten beïnvloeden*. Ten slotte voegt de NHG als voorwaarden toe dat een onderwerp *goed af te grenzen* moet zijn en dat de rol *van de huisarts* met de richtlijn gediend moet zijn.

Methode

Als het onderwerp bekend is begint de eigenlijke richtlijnontwikkeling. In essentie komt deze operatie neer op de vertaling van researchgegevens naar praktisch hanteerbare voorschriften, aan de hand van een aantal vragen. Richtlijnontwikkeling is dan ook in belangrijke mate een zaak van keuzes maken. De ontwikkelaars moeten namelijk niet alleen de verschillende empirische basisgegevens tegen elkaar afwegen en de waardevolle elementen samensmeden tot een wetenschappelijk verantwoord behandeloptie, maar bovendien moeten ze deze op praktische

haalbaarheid toetsen. Daartoe gebruiken de ontwikkelaars drie besluitvormingsmodellen.

Het *wetenschappelijke model* maakt essentieel deel uit van alle ontwikkelingen. Volgens dit model discussiëren wetenschappers met verschillende achtergronden over de vraag of de vakliteratuur antwoord geeft op het voorliggende thema. De discussiepartners streven naar consensus, idealiter uitmondend in overeenstemming. Als deze overeenstemming niet haalbaar is, vermelden de discussiepartners de verschillende opties, empirische achtergronden inclusief, naast elkaar. Overigens komt het slechts zelden voor dat de wetenschappers geen overeenstemming bereiken (IOM 1990b).

Het tweede model is het *rechtspraakmodel*. Een aantal onderwerpsdeskundigen informeert een panel over de relevante empirische kennis. Het panel hoort de deskundigenverklaringen aan en formuleert, zich hierop baserend, concept-antwoorden op de richtlijn vragen. Gaat het erbij de keuze van de deskundigen om een zo goed mogelijke representatie van de huidige wetenschappelijke inzichten te garanderen, van het panel wordt volstrekte neutraliteit verwacht. Deze neutraliteit moet, analoog aan de jury in de Amerikaanse rechtsgang, onpartijdigheid van de richtlijn garanderen. Het NIH selecteert de panelleden dan ook niet alleen zorgvuldig, maar toetst ze ook nadien nogmaals op onpartijdigheid.

Ten slotte het *Townmeeting-model*. In dit, op gemeentelijke inspraakprocedures gebaseerde, model geven de organisatoren alle bij het onderwerp betrokkenen, onder wie artsen, paramedici, verpleegkundigen, beleidsmakers en patiëntenvertegenwoordigers, de gelegenheid om hun visie op de concept-richtlijntekst te geven. Dit gebeurt in bijeenkomsten met zo'n 200 tot 300 deelnemers. Hierna stelt het panel (NIH) of een voorbereidingsgroep (CBO) de eindtekst op. De organisatoren dragen zorg voor de publikatie van deze teksten in vaktijdschriften en versturen folders naar verschillende belanghebbende instellingen en personen.

Deze voorstelling van zaken is een gemiddelde. In feite heeft iedere richtlijnontwikkeling een eigen profiel (zie overzicht). Zo gebruikt alleen de NIH alle drie de besluitvormingsmodellen en geeft bovendien aan het einde van iedere ontwikkeling een persconferentie. Een essentiële voorwaarde voor iedere richtlijnontwikkeling is echter het bereiken van consensus. De populaire naam voor de richtlijnontwikkeling is dan ook consensusontwikkeling. Behalve het NHG kondigen alle organisaties hun bijeenkomsten met deze naam aan. Op zich is er iets voor te zeggen om het NHG hier te volgen. Het consensusbegrip heeft namelijk betrekking op een methodisch aspect en niet op het doel van de ontwikkeling: namelijk de richtlijn.

Motieven voor de richtlijnontwikkeling

Richtlijnontwikkeling is vooral bedoeld om de kwaliteit van de medische zorg te verbeteren, maar achter dat doel gaan uiteenlopende motieven schuil. De NIH-ontwikkeling kent bij voorbeeld een duidelijk maatschappelijk motief. Medio jaren zeventig signaleerde het Congres een explosieve groei van de gezondheidszorgkosten. Aangezien arts-organisaties vreesden dat dit het argument voor de overheid zou zijn om te snoeien in het budget, kwam men overeen medische richtlijnen te ontwikkelen. Dit zou dan niet alleen het middel kunnen zijn om de doelmatigheid van de gezondheidszorg te verhogen, maar bovendien om de minimaal aanvaardbare zorg scherp te omschrijven. Van deze doelstelling is momenteel weinig te bekennen. Richtlijnontwikkeling is een bezigheid van dokters geworden en het kostenaspect komt zelden meer ter sprake.

De CBO-ontwikkeling heeft voornamelijk medische motieven. Voortkomend uit de intercollegiale toetsing was de oorspronkelijke bedoeling de nieuwste wetenschappelijke inzichten voor een zo groot mogelijke groep artsen beschikbaar te maken. Sinds 1982 ontwikkelde het CBO zo ruim dertig medische richtlijnen. Het gebruik hiervan in de Intercollegiale Toetsingscommissies benadrukt de nauwe band tussen beide. De richtlijnontwikkeling is in Nederland dan ook een medische aangelegenheid.

Het NHG kent als extra motief de profilering van de beroepsgroep, de huisartsen. Grensproblemen in de relatie met de specialistische zorg versterkt de behoefte bij de huisartsen om hun eigen handelen nauwkeurig te omschrijven. Met de richtlijnontwikkeling hoopt men dat te realiseren, terwijl men zich als belangrijke nevendoelstelling ook ten opzichte van het publiek, de patiënten, beter hoopt te profileren (Kaasenbrood 1990). Ofschoon dus alle ontwikkelingen deel uitmaken van de kwaliteitsbevordering van de gezondheidszorg, lopen de motieven sterk uiteen.

Overeenkomsten en verschillen

In het onderstaande overzicht zijn de overeenkomsten van en de verschillen tussen de verschillende richtlijnontwikkelingen samengevat. Ondanks de vele verschillen stemmen ze in één opzicht met elkaar overeen. Steeds proberen de deelnemers door groepsdiscussies, op basis van door deskundigen ingebrachte informatie, zonder aan deze deskundigen een doorslaggevende rol toe te kennen, volgens een vaste systematiek tot richtlijnen voor goede medische zorg te komen.

Ook in de verschillen zit een zekere consistentie. Zo zijn de onderwerpekeuzecriteria niet toevallig. Vanuit de motieven van het NHG om de professie te profileren vallen de criteria 'praktijkbeïnvloedend' en

Overzicht: Vergelijking van de verschillende richtlijnontwikkelingen

	NIH	CBO	NHG
<i>Motief</i>	doelmatigheid	intercollegiale toetsing	profilering
<i>Initiatief:</i>	overheid en beroepsgroep	beroepsgroep	beroepsgroep
<i>Onderwerpkeuze:</i>	relevant	idem	idem
	controverse	idem	idem
	wetenschappelijke info	idem	afgrensbaarheid
	rationeel	praktisch	rol huisarts
	juiste tijd	verandering	idem CBO
<i>Methode:</i>			
Vorbereiding:	planningscomité	voorbereidingscie.	ontwerppcomité
esluitvorming:			
Wet. model	+	+	+
Townm. model	+	+	+/-★ ¹
Rechtspraak	+	-	-
<i>Resultaat</i>			
Doel a	veranderen van het professioneel gedrag		
b	publ. bekendheid		profilering
resultaat a	beperkt	beperkt	beperkt
b	+/-	n.v.t.	?

'huisartsgericht' goed te begrijpen, net als de relatieve onderschikking van het criterium wetenschappelijkheid. Een vergelijkbare redenering gaat op voor de methode. Zo komt de CBO-ontwikkeling voort uit de Commissies voor Intercollegiale Toetsing in de algemene ziekenhuizen en heeft daarmee een medische traditie. De onderwerpen komen steeds uit medische kring en in de onderwerpcriteria staat de dienstbaarheid aan de artsen centraal. In de methodiek is dit te herkennen aan de samenstelling van de voorbereidingscommissie, het zwaartepunt van de CBO-ontwikkeling, waarin vrijwel uitsluitend medici zitting hebben, en aan de publikatie van de richtlijn in uitsluitend medische vaktijdschriften.

Implementatie: de achilleshiel

Alle instanties hopen, zij het vanuit verschillende motieven, dat zoveel mogelijk praktizerende artsen de richtlijnen zullen overnemen. Daarop proberen de Nederlandse ontwikkelaars invloed uit te oefenen door de richtlijn in te voegen in de nascholing (NHG) of de intercollegiale toetsing (CBO). Het NIH staakt de bemoeienis na de publikatie en de persconferentie. Het is dan ook de vraag of men de doelen met de richtlijnen bereikt. De vraag die hieraan voorafgaat is echter: wat zijn deze doelen?

Uit de motieven is immers af te leiden dat dit onderling verschilt. Bij het CBO blijft het bij de beroepsgroep, maar het NHG hoopt, net als de NIH, ook het publiek te bereiken.

Wat de medici betreft halen de organisaties hun doelen waarschijnlijk niet. Zowel de NIH-richtlijnen (Lomas e.a. 1989), de NHG-richtlijnen (Grol e.a. 1989) als de CBO-richtlijnen (Van Everdingen 1988) blijken de medische praktijk beperkt te beïnvloeden. Dokters weten wel dat er richtlijnen bestaan en kennen vaak ook de inhoud, maar passen ze vaak niet toe. Zo langzamerhand dringt het besef hiervan door en tracht men de redenen voor de slechte implementatie te achterhalen of wegen ter verbetering aan te geven (IOM 1990a; Klazinga 1987; Calltorp 1988; Grol e.a. 1989).

Of men andere doelgroepen dan de medici bereikt, is minder bekend. De publieksweergave van de Amerikaanse richtlijnen blijkt weliswaar goed (Winkler e.a. 1986), maar er ontbreken gegevens over de bekendheid, en de betere profilering van de huisarts is voorlopig meer hoopvol verwacht dan daadwerkelijk bereikt (Tielens 1989). Daarmee sluit de slotbalans van honderddertig richtlijnteksten af met een negatief saldo. Richtlijnontwikkeling is immers bedoeld om de praktijk te veranderen, en dat blijkt nu juist niet meetbaar te gebeuren.

Kritiek

Behalve om de slechte implementatie zijn de richtlijnontwikkelingen ook om andere redenen bekritiseerd (Kaasenbrood 1991). Artsen vrezen bij voorbeeld dat de medische praktijk zal vervallen tot kookboekachtige procedures waarin nauwelijks plaats is voor een eigen oordeel of afwijkende omstandigheden. Ofschoon dit nooit de bedoeling is geweest van de richtlijnontwikkelaars, houdt deze reserve hardnekkig stand. Ook vrezen sommigen voor allerlei corrumperende mechanismen tijdens de voorbereiding van de tekst. Zo zouden de verbaal sterkere deelnemers aan de Townmeeting hun mening vaker terugzien in de eindtekst dan de verbaal minder begaafde deelnemers (Van Everdingen 1988).

Een ander gevolg van de procedure zou kunnen zijn dat '... the consensus statement – which almost by definition, leans toward the moderate, the mainstream, the prudent – can't embrace minority views' (Henig 1985). De teksten zouden explicieter informatie moeten bevatten over de empirische zekerheid van de richtlijn. Bovendien zou de tekst de alternatieven die ter sprake komen met de achterliggende rationale moeten vermelden. Kortom: de tekst zou meer de schriftelijke neerslag van een discussie moeten zijn dan een set zekere aanbevelingen. Hierdoor zouden artsen beter in staat zijn om de verschillende onderdelen van de richtlijn op waarde te schatten en eventuele alternatieven gedocumenteerd te overwegen.

De 'zelfkritiek' van de organiserende instanties is voornamelijk methodologisch. Zo moeten de organisatoren het draagvlak voor de ontwikkeling verbreden door er zoveel mogelijk organisaties bij te betrekken. De verwerking van de gegevens uit de literatuur dient wetenschappelijker te gebeuren en de keuze van de deskundigen moet minder willekeurig plaatsvinden. Bovendien is er geen onderzoek bekend waaruit de waarde van deze methoden blijkt. Zo is het nog maar de vraag of het Townmeeting-model werkelijk openheid garandeert en tot een democratisch eindprodukt leidt. Hier zullen de organisatoren in de toekomst zeker aandacht aan moeten besteden, aangezien ze aan de drie modellen de garantie voor een goede, praktisch toepasbare, richtlijnen verbinden.

Van de richtlijn in z'n geheel zijn de betrouwbaarheid en validiteit nauwelijks onderzocht. Volgens onderzoekers van het IOM (1990a) zijn richtlijnontwikkelingen pas betrouwbaar wanneer een vergelijkbaar, maar uit andere personen bestaand panel luisterend naar dezelfde deskundigen volgens dezelfde methode tot dezelfde eindtekst komt. Tot op heden is dit echter niet onderzocht. In principe mag men bovendien verwachten dat een medische richtlijn tot betere therapeutische resultaten, hogere huisartsenstatus enzovoort leidt dan de huidige praktijk. Hier is echter geen onderzoek naar gedaan en het blijft dan voorlopig ook nog maar de vraag of implementatie ook tot daadwerkelijke zorgverbetering leidt.

Een volgende methodologische kwestie is de status van de informatie waar men de richtlijn op baseert. Binnen de meeste procedures, die van het NHG uitgezonderd, achten de deelnemers de wetenschappelijke onderzoeksresultaten superieur aan de 'collective sense of the profession'. Maar hoe veelzeggend zijn deze wetenschappelijke gegevens? Stone (1990) en Klerman (1990) gaan hierover in discussie naar aanleiding van de therapie voor een depressie. Klerman stelt dat de psychoanalyse geen recht kan doen gelden op erkenning zolang er geen goede effectstudies bekend zijn. Stone bekritiseert de vooraanstaande positie die Klerman aan empirische gegevens toekent. Volgens Stone is de zekerheid die deze gegevens verschaffen betrekkelijk. Wat nu waar is, hoeft dat morgen niet meer te zijn. De enige manier om dit te ondervangen is de 'collective sense of the profession', en niet de 'kale' empirie, als uitgangspunt te nemen. Voorlopig is Stones mening een eenzaam geluid en lijkt Klerman zijn gelijk te krijgen in de huidige ontwikkeling.

Het fundament van de hele richtlijnontwikkeling komt tot nu toe zelden aan de orde: wat is consensus en wat is de zorgvuldigste procedure om dit te bereiken? Ofschoon een definitie van het consensusbegrip voorlopig nog ontbreekt, stelt De Groot (1991): 'Een uitspraak is dan en slechts dan wetenschappelijk waar naar ons beste huidige weten, indien er overtuigende gronden zijn voor de verwachting dat alle nu levende deskundigen inzake de betekenis en de argumentatieve onderbouwing van die uitspraak haar, indien daarover geconsulteerd, zullen ondersteu-

nen, dat wil zeggen de uitspraak als "waar" in deze zin zullen erkennen'.

Het blijft echter bij grensverkenningen. Deze 'waarheidsdefinitie' levert bij voorbeeld weinig uitsluitel op over de beste discussiestrategie. Braaten (1987) vat deze filosofische discussie samen door de twee conflicterende standpunten te personifiëren in Habermas en Lehrer. Kort gezegd is Habermas een voorstander van de pure discussie, die zonder storende invloeden van buiten en zich uitsluitend bedienend van 'het rationele argument' tot overeenstemming zou moeten leiden. Lehrer stelt de reputatie van de discussiepartners centraal en gaat ervan uit dat er consensus is wanneer de groep deskundigen de reputatie van een van haar leden als superieur erkent, en daarmee diens mening als juist. Ofschoon Braaten de voorkeur geeft aan Habermas' standpunt, benadrukt ze dat de discussie nog niet beslist is. In de medische consensusontwikkelingen streven de organisatoren een zo zuiver en rationeel mogelijke discussie na, en volgen daarmee de windrichting die Habermas aangaf.

Toch blijkt uit observatieverslagen (Tong 1991; Veatch 1991; Kaasenbrood 1992a) dat morele oordelen en politieke meningen, ondanks de strenge selectie van panelleden en deskundigen, wel degelijk in de uiteindelijke richtlijnen doorklinken. Zo stelt Veatch dat zelfs besluiten over de doelmatigheid van medische ingrepen waardeoordelen bevatten. Aan wie is het immers om te beslissen of de bijwerkingen van een cytostaticakuur bij de behandeling van maligniteiten opwegen tegen de baten? In feite spreken de consensuspanels zich regelmatig over dergelijke kwesties uit, terwijl de patiënt de enige is die dit dilemma kan oplossen.

Ten slotte: welke plaats krijgen richtlijnen in de toekomst? Voorlopig lijkt het erop dat ze voornamelijk ten goede komen aan de beroepsgroep zelf. Maar het is evenzeer denkbaar dat rechters of tuchtraden de richtlijnen gaan gebruiken voor de toetsing van het medisch handelen. De richtlijnen zijn bovendien te gebruiken als financieringsvoorwaarden voor ingrepen en het naleven ervan kan door de beroepsgroep als voorwaarde gesteld worden voor herregistratie. Alhoewel de huidige wetenschappelijke status van de richtlijnen zich absoluut niet leent voor een dergelijk gebruik, ziet Roscam Abbing (1991) de richtlijnen al als meetlat voor het medisch handelen. Daarmee lijkt enige vrees voor onoordeelkundig gebruik wel gewettigd.

Wanneer we deze methodologische problemen optellen bij de beperkte implementatie, dan blijken de medische richtlijnen pas in het beginstadium van ontwikkeling te zijn. De onderwerpeuze is nog niet uitgekristalliseerd, de methode is op vele onderdelen te verbeteren, het centrale begrippenkader verdient nog nadere uitwerking en de implementatie valt, gezien de doelen, tegen. Het IOM (1990b) gaat er in zijn evaluatie van de NIH-ontwikkeling dan ook van uit dat het nog jaren zal duren voordat de methode geperfectioneerd zal zijn. Daarvoor is echter veel onderzoek nodig en het is de vraag of dit ook werkelijk zal plaatsvinden.

Richtlijnontwikkeling binnen de Nederlandse psychiatrie

Hoe kan de richtlijnontwikkeling binnen de Nederlandse psychiatrie tot een succesrijke onderneming uitgroeien? In ieder geval leren de internationale ervaringen dat te hoog gespannen verwachtingen niet reëel zijn. De stap van richtlijnontwikkeling naar praktijkverandering is groot en de methodologische problemen moeten niet onderschat worden. Toch zijn er enkele lichtpunten. De tekortkomingen van de reeds in gang gezette richtlijnontwikkelingen kunnen bij de ontwikkeling van psychiatrische richtlijnen vermeden worden door de desbetreffende elementen niet in de methode op te nemen. Bovendien verschijnen de eerste methodologische beschouwingen over de besluitvormingsmodellen, die tot waardevolle inzichten in de te volgen procedure leiden (IOM 1990 a en b).

Van een andere orde is de vraag welke specifieke problemen er bij psychiatrische, in vergelijking met somatische, onderwerpen te verwachten zijn. De enige instantie die daar ervaring mee heeft, de NIH, ontkent vooralsnog impliciet het bijzondere karakter van de psychiater. Tot nu toe ontwikkelde het NIH vijf psychiatrische richtlijnen. Die waren echter allemaal sterk biologisch gekleurd: slaapmedicatie, medicamenteuze behandeling van recidiverende depressies, indicaties voor elektroconvulsieve therapie, differentiaaldiagnostiek van het dementieel syndroom en slaapstoornissen bij ouderen.

Het is dus te simpel om zonder verdere beschouwing te stellen dat de psychiatrie 'gewoon medisch' is. Zo is het psychiatrisch ziektebegrip conceptueel zwakker dan het somatische (Kendell 1975) en ook de beleving van het ziek-zijn is anders. Bij veel patiënten ontbreekt het ziektebesef (Hodiamont e.a. 1986) mogelijk doordat 'psychiatrische ziekte' en 'psychiatrische zieke' samenvallen (Schnabel 1987). Wanneer de patiënt geen ziekte ervaart, zijn afwijkende verschijnselen eerder een deel van zijn leven dan klachten waar hij van af wil. Beide fenomenen, de conceptuele zwakte en de afwijkende beleving, werken een onbetrouwbare diagnostiek in de hand.

Dit beeld vindt steun bij een enquête onder medisch directeuren van APZ'en (Kaasenbrood 1992b). Eenderde vreest dat de pluriformiteit van de psychiatrie een vlotte afwikkeling van richtlijnontwikkeling zal doorkruisen, zowel in theorie (de modellenstrijd) als in de zorgorganisatie (de disciplinestrijd). Evenveel respondenten vinden de wetenschappelijke status van de psychiatrie te laag. Observatie van een praktijkexperiment, de ontwikkeling van een richtlijn over de behandeling van de paniekstoornis door de NIH, liet wat dat betreft een gemengd beeld zien. Hier ontstond al in een vroege fase een conflict tussen psychologen en psychiaters over de impact van de beide disciplines op het eindresultaat.

In essentie kwam dit conflict neer op een modellenstrijd. De psycho-

logen opteeden voor een cognitief analysemodel, waarin de patiënt geneigd is om op zich normale lichamelijke en psychische sensaties als fataal te interpreteren. Deze foutieve interpretatie leidt vervolgens tot de paniek. De psychiaters voerden daarentegen paniek terug op een afwijkende prikkeloverdracht in de hersenen. Deze twee standpunten leidden tot grote en moeilijk overbrugbare tegenstellingen binnen het planingscomité (Kaasenbrood 1992a).

Het was echter opvallend dat de moeilijkheden na deze voorbereidende fase afgelopen waren. De Consensus Development Conference zelf verliep vlekkeloos. Eigenlijk voornamelijk omdat men het hete hangijzer vermeed en aan beide therapieën een eerste plaats toekende. Kortom: de interne tegenstrijdigheden binnen de psychiatrie hoeven niet noodzakelijk tot een impasse te leiden, maar helemaal harmonieus verloopt de discussie nu ook weer niet.

Ten slotte

Het is dan ook realistisch de richtlijnontwikkeling in de psychiatrie voorzichtig en stapsgewijs te benaderen: het is nog te vroeg voor de introductie van een uitgekristalliseerd model. Uit de ervaringen tot nu toe blijkt dat geen enkele methode zich definitief bewezen heeft. Wat de betekenis van specifiek psychiatrische problemen is, valt voor een deel te beredeneren maar zal in belangrijke mate ook uit het ontwikkelen van psychiatrische richtlijnen zelf moeten blijken. De uitdaging bestaat erin een programma op te zetten dat zowel steunt op bestaande inzichten over de manieren waarop een goede implementatie te bewerkstelligen valt, als op beredeneerde methodische aanpassingen om aan het specifiek psychiatrische karakter tegemoet te komen. Dit programma zal dan het startpunt moeten vormen van een ontwikkeling die pas over een aantal jaren tot een definitief model zal leiden. Hoe eerder daar echter een start mee gemaakt wordt, des te sneller zullen de contouren zich aftekenen en zal dit tijdschrift richtlijnteksten kunnen afdrukken.

Noot

1. Of men bij de NHG-ontwikkeling een inspraakprocedure onderkent is een kwestie van smaak. In een van de laatste fasen van de richtlijnontwikkeling stuurt het NHG een concept-tekst aan vijftig at random uit het eigen ledenbestand gekozen huisartsen ter beoordeling toe. Het commentaar dat deze huisartsen op de concept-tekst leveren, verwerkt het NHG vervolgens in de tekst. Op zich lijkt deze procedure een willekeurige greep. Gezien echter het hoge responspercentage (ca. 80%) en de persoonlijke benadering van professionals uit de alledaagse praktijk, is de vraag gewettigd of deze procedure in feite niet zinvoller is dan de massale Townmeetings uit de NIH- en CBO-ontwikkeling.

Literatuur

- Everdingen, J.J.E. van (1988), *Consensusontwikkeling in de geneeskunde*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht/Antwerpen.
- Groot, A.D. de (1991), Waarheid, consensus en de kunst van het definiëren. In: J.J.A. van Everdingen (red.), *Consensus in de geneeskunde*. Bunge/CBO Utrecht, maart.
- Institute of Medicine (1990a), *Clinical practice guidelines*. National Academy Press, Washington D.C.
- Institute of Medicine (1990b), *Consensus development at the NIH: Improving the Program*. National Academy Press, Washington D.C.
- Kaasenbrood, A. (1991), Medische richtlijnontwikkeling: de stand van zaken. In: J.J.E. van Everdingen (red.), *Consensus in de geneeskunde*. Bunge/CBO Utrecht, oktober.
- Kaasenbrood, A. (1992a), Behandeling van paniek. *De Psycholoog* 27, 4, 153-156.
- Klerman, G.L. (1990), The psychiatric patients right to effective treatment: implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *The American Journal of Psychiatry* 147, 409-418.
- Lomas, J., K. Anderson, E. Dominick-Pierre e.a. (1989), Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *New England Journal of Medicine* 321, 1306-1311.
- Stone, A.A. (1990), Law, science and psychiatric malpractice: a response to Klerman's indictment of psychoanalytic psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 147, 419-427.

Een volledige literatuurlijst is verkrijgbaar bij de eerste auteur.

Summary: Guideline development in psychiatry

Medical guideline development is a generally accepted quality assuring procedure in health care. Recent research however showed several methodological shortcomings and a disappointing implementation in actual medical practice. Guideline development in Dutch psychiatry might be facilitated by these recent research findings by using them in new development models. It is however unclear if psychiatry, compared to the other medical specialities, will produce its own methodological problems. In view of all these questions it is realistic to expect guideline development to take a long time before a methodologically acceptable model, that will result in practically employable guidelines, will be reached.

A.J.A. Kaasenbrood is psychiater bij de RIAGG Amsterdam-Zuidoost en onderzoeker bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid te Utrecht. Dr. P.A.H. van Lieshout is hoogleraar 'Theorie van Zorg' aan de RU en adjunct-directeur inhoudelijk beleid van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn te Utrecht. Adres: NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-7-1992.