

Het gebruik van protocollen in de psychiatrie zorg dat je erbij blijft!

door E. van Daalen en A.J.K. Hondius

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een inventariserend onderzoek naar het gebruik van protocollen in de psychiatrie. Nederlandse A-opleiders psychiatrie werden telefonisch (semi-gestructureerd) geïnterviewd over onder andere de voor- en nadelen van protocollen, de verschillen en overeenkomsten met het gebruik in de somatische geneeskunde en hun toekomstverwachtingen. Op basis van hun antwoorden zijn de respondenten te verdelen in drie groepen: de ‘emotionele’, de ‘gemengde’ en de ‘rationele’ groep. Deze groepen weerspiegelen de verschillende fasen van het veranderingsproces dat het invoeren van protocollen met zich meebrengt. In de discussie wordt ingegaan op de ‘achterstand’ op de somatische geneeskunde wat betreft het gebruik van protocollen. Verder wordt er ingegaan op strategieën om de implementatie van protocollen te bevorderen.

Inleiding

Binnen de gezondheidszorg lijkt het gebruik van protocollen steeds meer te worden gezien als hét middel voor verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. Bij het kiezen van een medische interventie bij een specifieke patiënt moet met zeer veel factoren rekening gehouden worden. Het kiezen van een medische interventie kan efficiënter gebeuren wanneer gelet wordt op de overeenkomsten tussen patiënten. Voor een groep patiënten met overeenkomstige eigenschappen kan het beslissingsproces vastgelegd worden in een protocol. Onder een protocol wordt verstaan: het geheel van voorschriften en regels onder andere voortvloeiend uit empirisch onderzoek. In de praktijk gaat het om ‘een stappenplan’ voor het medisch denken en handelen.

In de literatuur (Appelbaum 1992; Eddy 1990; Hovingh 1992; Kaasen- brood en Van Lieshout 1993; Swinkels 1994; Talbott 1990) worden verschillende strategieën genoemd voor het ordenen van de medische praktijk: standaarden, richtlijnen, opties, consensus en protocollen. De eerste, de standaard, moet zeer strikt gevolgd worden. Dat betekent dat de effectiviteit van standaard medisch handelen vrijwel onomstotelijk vast moet staan. Richtlijnen zijn meer flexibel. Variabelen van de patiënt en de behandelingssituatie kunnen meegewogen worden. Opties zijn verschillende mogelijkheden zonder een specifieke aanbeveling. Consensus staat voor overeenstemming tussen beroepsbeoefenaren over medisch handelen bij een meestal controversieel onderwerp. Bij een consensusbespreking worden richtlijnen ontwikkeld, deels op basis van wetenschappelijke kennis en deels op basis van de klinische ervaring van experts. Deze richtlijnen kunnen weer leiden tot een protocol. In het protocol wordt dan de gewenste handelwijze voor een bepaalde situatie schematisch vastgelegd. De Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) adviseert in haar notitie ‘Richtlijn over richtlijnen’ bij voorkeur te spreken over richtlijnontwikkeling (Swinkels e.a. 1995). Aan het begrip protocol wordt vaak een zekere ‘eeuwigheidswaarde’ toegedicht. In dit artikel worden de termen protocol en richtlijn beide gebruikt, maar dan meer als algemene begrippen.

Het ordenen van de dagelijkse praktijk voor de eerstelijns gezondheidszorg binnen Nederland wordt verzorgd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Sinds 1989 publiceert het NHG standaarden en richtlijnen gebaseerd op consensus binnen de beroepsgroep. Voor de tweede lijn is het Centraal Begeleidings Orgaan intercollegiale toetsing (CBO) in 1982 door het organiseren van consensusbijeenkomsten begonnen met de ontwikkeling van richtlijnen op allerlei terrein. Inmiddels hebben er zo'n 45 consensusbijeenkomsten plaatsgevonden.

De ontwikkeling van het gebruik van protocollen in de psychiatrie lijkt minder ver gevorderd te zijn dan de somatische geneeskunde. In de Verenigde Staten zijn er sinds begin 1993 door de American Psychiatric Association (APA) voor drie psychiatrische ziektebeelden officiële richtlijnen gepubliceerd. Deze zijn: 'practice guideline for eating disorders' (APA 1993), 'practice guideline for major depressive disorder in adults' (APA 1993) en 'practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder' (APA 1994). De APA werkt aan zeven nieuwe richtlijnen. Daarnaast bestaan er richtlijnen voor het toepassen van elektroconvulsie therapie (ECT) (APA 1990). Ook de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) heeft een aantal richtlijnen gepubliceerd, te weten: 'practice parameters for the assessment and treatment of conduct disorders' (AACAP 1992), 'practice parameters for the assessment and treatment of anxiety disorders' (AACAP 1993), 'practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia' (McClellan en Werry 1994) en 'practice guidelines for the assessment and treatment of selective mutism' (Dow e.a. 1995). Eerdergenoemde richtlijnen zullen in de Verenigde Staten gebruikt gaan worden bij de registratie en herregistratie van psychiaters. In Groot-Brittannië is men minder ver gevorderd met het gebruik van protocollen. In 1994 is door de 'Royal College of Psychiatrists' (Thompson 1994) een 'Consensus Statement' over het gebruik van hoge doses neuroleptica uitgebracht. Ook hier is nog een aantal protocollen in voorbereiding. Met het gebruik van protocollen binnen de psychiatrie in Nederland is er een voorzichtig begin gemaakt. Er heeft een consensusbespreking over de diagnostiek bij dementie plaatsgevonden op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (Schulte 1989). In 1991 vond een 'Bunnik symposium' plaats met als onderwerp: 'geprotocolleerde behandeling van depressies' (COBO-Bulletin 1991). Er zijn in 1992 richtlijnen ontwikkeld voor de behandeling met ECT (Van Bommel e.a.). De boeken *Behandelingsstrategieën bij depressie* (Nolen e.a. 1992) en *Behandelingsstrategieën bij schizofrenie* (Van den Bosch e.a. 1994) zijn verschenen. In september 1994 handelde de eerste landelijke consensusbijeenkomst binnen de psychiatrie in samenwerking met het CBO over de diagnostiek en behandeling van depressies (De Groot 1995). Ook verscheen een artikel over keuzecriteria voor het gebruik van psychofarmaca in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Gunning 1994). Daarnaast inventariseert de Commissie Kwaliteitszorg van de NVvP alle bestaande protocollen binnen de psychiatrie.

De veranderingen die deze ontwikkeling met zich meebrengt, stuiten bij de beroepsbeoefenaren ook op weerstand. Delamothe (1993) noemt een aantal bezwaren tegen het invoeren van richtlijnen en protocollen, die zowel op rationele als op emotionele argumenten gebaseerd zijn:

- Is de mening van experts wel een goede basis voor de klinische praktijk?
- Is de effectiviteit van door een protocol voorgeschreven medisch handelen voldoende wetenschappelijk onderbouwd?
- Variatie in werkwijze van artsen met behulp van protocollen terugdringen heeft als gevolg dat de gemiddelde behandeling tot standaard wordt. Dat is niet altijd de beste keuze.

- Nieuwe ontwikkelingen binnen de geneeskunde kunnen door het gebruik van protocollen afgeremd worden. Verder kan het invoeren van een richtlijn veel tijd kosten, waardoor nieuwe ontwikkelingen het protocol al ingehaald kunnen hebben.

- Bij veel artsen bestaat een angst voor 'kookboekgeneeskunde'. Het menselijk oordeel zou verloren kunnen gaan, hetgeen door velen gezien wordt als een essentieel onderdeel van het arts zijn.

Hoewel het primaire doel van het ontwikkelen van richtlijnen kwaliteitsverbetering van het medisch handelen is, wordt dit soms pas in gang gezet door allerlei bijkomende redenen. In de Verenigde Staten is de APA begonnen met het maken van richtlijnen, omdat er een ontwikkeling gaande is waarbij door derden beslissingen worden genomen over therapiekeuze en vergoedingssystemen (Zarin e.a. 1993). Binnen de Nederlandse psychiatrie lijkt dit motief voor het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen (nog) niet aan de orde.

Over het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van medisch handelen beweren Eddy en Billings (1988) dat dat bij maar ongeveer 20% van al het medisch handelen is geleverd (Casparie 1991). Verder bestaan er veel vragen over de effectiviteit van de protocollen zelf. Grimshaw en Russell (1993) zetten 59 evaluaties van richtlijnen naast elkaar. In 55 van deze evaluaties werd een significante invloed op de kwaliteit van het medisch handelen gevonden. Dat wil zeggen dat in die gevallen het medisch handelen meer volgens de richtlijnen werd uitgevoerd. Maar de mate van verandering verschilde sterk per evaluatie. In 11 evaluaties werd ook gekeken naar het behandelingsresultaat, waarbij in 9 evaluaties een verbetering werd gevonden. Uit onderzoek van Lomas e.a. (1989) bleek dat het invoeren van richtlijnen, ondanks een positieve attitude bij de onderzochte artsen, weinig verandering in de klinische praktijk oplevert, terwijl de onderzochten overtuigd waren van het tegendeel.

Grol (1990) en Kosecoff e.a. (1987) komen bij vergelijkbaar onderzoek met dezelfde soort resultaten. Zij concluderen dan ook dat het maken van richtlijnen slechts een eerste stap in de richting van kwaliteitsverbetering is. Daarna moeten de richtlijnen zodanig in de klinische praktijk ingevoerd worden, dat er ook een daadwerkelijke verandering optreedt. Vinden Nederlandse psychiaters protocollen een zinnige ontwikkeling ter verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen? Swinkels (1994) vindt richtlijnen in de psychiatrie 'een noodzakelijk goed'. Opvallend is dat er in het betreffende artikel maar vier literatuurverwijzingen worden gegeven, waarvan slechts één uit psychiatrische hoek. Er is nog weinig bekend over de mening van 'de psychiater' in het algemeen en 'de Nederlandse psychiater' in het bijzonder ten aanzien van het gebruik van protocollen. Om hier meer zicht op te krijgen hebben wij een inventariserend onderzoek uitgevoerd.

Materiaal en methoden

Het onderzoek is uitgevoerd onder de A-opleiders psychiatrie. Zij zijn als onderzoeksgroep gekozen, omdat mag worden aangenomen dat zij op de hoogte zijn van belangrijke ontwikkelingen binnen het vakgebied.

In Nederland waren op het moment van onderzoek (november 1993) 25 A-opleiders werkzaam (informatiebron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). Alle opleiders zegden hun medewerking toe, zij het dat vier opleiders zich lieten vertegenwoordigen door de 'protocollen- specialist' uit hun staf.

Het interview was semi-gestructureerd. De antwoorden op de volgende vragen zullen in dit artikel besproken worden:

1. Wat vindt u van het gebruik van protocollen in de psychiatrie? Wat ziet u als voor- en nadelen?
2. Bestaat er volgens u een verschil tussen het gebruik van protocollen in de psychiatrie en de somatische geneeskunde?
3. Wat is uw visie op de toekomst van het gebruik van protocollen in de psychiatrie, bijvoorbeeld in het jaar 2010?

De interviews werden afgenomen door de auteurs. De weergave is in de vorm van citaten.

Resultaten

Op de vraag naar de mening over protocollen kwam een verscheidenheid aan antwoorden. De antwoorden werden door ons onderverdeeld in vier categorieën: 'patiënt', 'communicatie', 'wetenschap' en 'handelen'. Binnen elke categorie werden voor- of nadelen onderscheiden.

Onder de categorie 'patiënt' werden alle uitspraken gerangschikt waarin over de directe belangen van de patiënt wordt gesproken. Als voordeel wordt bijvoorbeeld genoemd: 'Slecht medisch handelen kan voorkomen worden', als nadeel wordt bijvoorbeeld genoemd: 'Het is heel moeilijk echt recht te doen aan een individuele patiënt met een protocol'. Bij de categorie 'communicatie' horen alle uitspraken die iets te maken hebben met de overdraagbaarheid van psychiatrische kennis. Als voordeel bijvoorbeeld: 'De behandeling wordt transparanter, ook voor andere disciplines'. In de rubriek 'wetenschap' zijn uitspraken opgenomen die betrekking hebben op de wetenschappelijke onderbouwing van protocollen. Als voordeel bijvoorbeeld: 'Geeft betere wetenschappelijke onderbouwing'. Als nadeel bijvoorbeeld: 'Protocollen geven schijnzekerheid'. In de rubriek 'handelen' staan de uitspraken over praktische doelmatigheid. Als voordeel bijvoorbeeld: 'De klinische praktijk wordt gestandaardiseerd, minimumeisen worden gewaarborgd'. Als nadeel bijvoorbeeld: 'Kookboekgeneeskunde, eenheidsworst, heiligverklaring van het protocol'.

Achttien van de vijftig respondenten zien in het gebruik van protocollen vooral nadelen voor hun eigen manier van werken (categorie 'handelen') en zeventien van de respondenten zien nadelen voor de patiënt (categorie 'patiënt'). Voordelen voor de eigen manier van werken zien zeventien van de respondenten. Maar voordelen voor de patiënt worden maar door vijf van de respondenten gezien. Voordelen voor de communicatie tussen hulpverleners onderling en met patiënten zien negen respondenten. Met betrekking tot de wetenschappelijke onderbouwing van protocollen zien elf respondenten voor- en acht respondenten nadelen. Tien respondenten noemen in meer categorieën voordelen dan nadelen. Daarnaast noemen tien andere respondenten in meer categorieën nadelen dan voordelen. Maar van deze laatste groep vinden vijf respondenten protocollen een noodzakelijke tot zeer nuttige ontwikkeling.

Bij de vraag naar het verschil tussen het gebruik van protocollen in de psychiatrie en de somatische geneeskunde hebben we in de antwoorden drie categorieën onderscheiden. De categorieën zijn: 'complexiteit', 'historie' en 'individu'. Voorbeelden van uitspraken uit de categorie 'complexiteit' zijn: 'In de psychiatrie lopen verschillende domeinen door elkaar' of 'In de psychiatrie bestaan geen valide entiteiten'. Voorbeelden uit de rubriek 'historie' zijn: 'De somatische geneeskunde heeft al een veel langere traditie van consensusontwikkeling' of 'Psychiatrie is geneeskunde uit de Middeleeuwen'. Een voorbeeld uit de categorie 'individu' is: 'In de psychiatrie wordt het medisch handelen meer door de persoon van de patiënt gedictieerd dan door zijn ziekte. In de somatiek is dat minder'. Achttien van de respondenten zien verschillen tussen het gebruik van protocollen in de psychiatrie en de somatische geneeskunde. De zeven respondenten die vinden dat er geen essentieel verschil bestaat, betogen dat de complexiteit van de diagnostiek en behandeling van psychiatrische ziektebeelden niet groter is dan die van de somatische ziektebeelden.

Op basis van de genoemde voor- en nadelen (vraag 1) en de visie op de toekomst wat betreft het gebruik van protocollen in de psychiatrie (vraag 3) zijn de respondenten te verdelen in drie groepen: de 'emotionele' groep, de 'gemengde' groep en de 'rationele' groep. De 'emotionele' groep is een groep samengesteld uit respondenten die het gebruik van protocollen als (zeer) negatief ziet. Een deel van hun argumenten is sterk emotioneel gekleurd. Een respondent zei 'het een vreselijke ontwikkeling te vinden, die in 2010 zal leiden tot totale automatisering van de psychiatrie met voor psychiaters slechts werkeloosheid in het vooruitzicht'. De 'gemengde' groep is een groep van respondenten waarin de een wat meer voor- en de ander wat meer nadelen noemt. De meesten staan welwillend tegenover de komst van protocollen. Bij sommigen ontbreken de emotionele argumenten soms opvallend. De 'rationele' groep ten slotte ziet het gebruik van protocollen als een proces en niet als een doel op zich. Met rationele argumenten wordt het proces op zijn merites beoordeeld. Emotionele argumenten worden genoemd, maar worden ontrafeld. Uitgesproken voor of tegen is deze groep uiteindelijk niet. Tot de 'emotionele' groep behoren drie respondenten. Zestien respondenten passen binnen de 'gemengde' groep. En tot de 'rationele' groep behoren zes respondenten.

Discussie

De discussie over protocollen binnen de psychiatrie blijkt een levendige te zijn. Uit dit inventariserend onderzoek komen, op basis van de meningen van een aantal 'opinion leaders', trends naar voren binnen de discussie over het gebruik van protocollen in de psychiatrie. Sommige trends zijn opmerkelijk. Er worden voor de patiënt maar weinig voordelen van het gebruik van protocollen gezien. Maar een protocol bevat richtlijnen voor de beste behandeling. Een hypothese over de achtergrond van deze bevinding is dat een aantal respondenten de angst voor verlies van vrijheid van handelen heeft vertaald in een nadeel voor de patiënt. Op grond van het feit dat de respondenten alleen in de categorieën 'patiënt' en 'handelen' meerdere voor- of nadelen noemen, zijn dit belangrijke categorieën. Vijf respondenten noemen meer nadelen dan voordelen van de komst van protocollen, maar zien het toch als een noodzakelijke ontwikkeling. Zij zien het ontwikkelen van protocollen meer als een middel dan als een doel en doen uitspraken als: 'Een protocol is het hedendaagse spook, mensen zijn bang van protocollen' en 'In 2010 zal er misschien veel meer geprotocolleerd zijn en in 2020 kan dat alweer voorbij zijn, omdat er een golfbeweging de andere kant op is'. In de groep respondenten die protocollen meer als een doel op zich opvat, worden uitspraken gedaan als: 'Gouden toekomst voor protocollen' en 'Verzekeringsmaatschappijen zullen protocollen afdwingen: er zal alleen nog geld gegeven worden als er een DSM-IV-diagnose wordt gesteld'.

Op basis van het grote aantal respondenten met een welwillende houding tegenover protocollen is het verbazingwekkend dat de psychiatrie op dit gebied in vergelijking met de somatische geneeskunde achterloopt. Kaasenbrood en Van Lieshout (1993) verklaren dit vanuit het feit dat de behoefte aan het ontwikkelen van richtlijnen door het CBO ontstaan is vanuit de intercollegiale toetsing in de algemene ziekenhuizen. Somatisch artsen zijn daardoor gedwongen hun handelen inzichtelijk te maken voor anderen. Psychiaters zouden in de praktijk minder te maken hebben met hun collegae. Een andere hypothese over het ontstaan van de achterstand binnen de psychiatrie is dat in de psychiatrie de nadelen van het gebruik van protocollen zwaarder worden gewogen dan de voordelen. De meest genoemde en meest zwaarwegende tegenargumenten lijken de angst voor rigiditeit en kookboekgeneeskunde en het verlies aan differentiatie per patiënt. Waarom juist de psychiatrie en bijvoorbeeld niet de huisartsgeneeskunde hierdoor geremd wordt, is de vraag. De complexiteit van de psychiatrische pathologie, diagnostiek en therapie en de gebrekkige wetenschappelijke onderbouwing van de psychiatrische behandelvormen worden door achttien van de respondenten als oorzaak genoemd. Maar volgens de overige zeven respondenten gelden deze bezwaren ook voor de somatische vakken. Het ontwikkelen van richtlijnen zal voor psychiaters een verandering van werkwijze met zich meebrengen. Het zou kunnen dat de drie genoemde groepen van respondenten, de 'emotionele', de 'gemengde' en de 'rationele' groep, reacties vertonen die passen bij de verschillende stadia van een

proces van verandering. De 'rationele' groep zou zich dan in het verste stadium bevinden. In de literatuur (Stocking 1992) zijn deze groepen terug te vinden. De 'emotionele' groep is te vergelijken met de in het artikel beschreven 'late adopters', de 'gemengde' groep met de 'middle majority' en de 'rationele' groep met de 'early adopters'. In de literatuur (Lomas 1991; Grol 1992; Stocking 1992) worden voor eerdergenoemde groepen verschillende strategieën beschreven om de implementatie van een verandering te bevorderen. De 'late adopters' ('emotionele' groep) zal de meeste structuur geboden moeten worden om een verandering tot stand te brengen, terwijl bij de 'middle majority' ('gemengde' groep) het beste gebruik gemaakt kan worden van 'opinion leaders'. En voor 'early adopters' ('rationele' groep) zou wetenschappelijke literatuur voldoende zijn.

Conclusie

Protocollen roepen ambivalente gevoelens op bij behandelaars. Aan de ene kant is er 'de gewone weerzin tegen richtlijnen' (Korzec 1995) en aan de andere kant is er de angst om de boot van een nieuwe ontwikkeling te missen. Voorlichting over protocollen toegesneden op de verschillende fasen van het veranderingsproces dat de behandelaars doormaken, is heel belangrijk. Verder kan eenduidige naamgeving, zoals de Commissie Kwaliteitszorg voorstelt, helderheid bieden. Maar misschien is nog de beste remedie tegen weerzin 'zorgen dat je erbij komt', zodat je erbij blijft.

Met dank aan prof. dr. H.G.M. Rooymans.

Literatuur

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1992), Practice parameters for the assessment and treatment of conduct disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

, 31, 2, IV-VII.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1993), Practice parameters for the assessment and treatment of anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1089-1098.

American Psychiatric Association (1990), *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training and privileging*. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. APA, Washington DC.

American Psychiatric Association (1993), Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 2, 212-228.

American Psychiatric Association (1993), Practice guideline for major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 4, suppl.

American Psychiatric Association (1994), Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 12, suppl.

Appelbaum, P.S. (1992), Practice guidelines in psychiatry and their implications for malpractice. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 341-342.

Bemmel, A.L. van, J.W.B.M. van Berkestijn en P.A. de Groot, (1992), *Electroconvulsie therapie. Aanbevelingen voor indicatiestelling, informed consent en uitvoering*. Rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

- Van den Bosch, R.J., J.W. Louwerens en C.J. Slooff (red.) (1994), *Behandelingsstrategieën bij schizofrenie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.
- Casparie, A.F. (1991), Guidelines to shape clinical practice. The role of the medical societies: The Dutch experience in comparison with recent developments in the American approach. *Health Policy*, 18, 251-259.
- Coördinatiecommissie biologisch psychiatrisch onderzoek. (1991), Geprotocolleerde behandeling van depressies. *COBO-Bulletin*, 24, 2, 1-52.
- Delamothe, T. (1993), Wanted: guidelines that doctors will follow. *British Medical Journal*, 307, 218.
- Dow, S.P., B.C. Sonies, D. Scheib e.a. (1995), Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 836-846.
- Eddy, D.M., en J. Billings (1988), The quality of medical evidence: Implications for quality of care. *Health Affairs*, 19-32.
- Eddy, D.M. (1990), Designing a practice policy: standards, guidelines, options. *Journal of the American Medical Association*, 263, 3077-3084.
- Grimshaw, J.M., en T.M. Russell (1993), Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*, 342, 1317- 1322.
- Grol, R. (1990), National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *British Journal of General Practice*, 40, 361-364.
- Grol, R. (1992), Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care*, 1, 184-191.
- Groot, P.A. de (1995), Consensus depressie bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1237-1241.
- Gunning, W.B. (1994), Keuzecriteria van psychofarmaca in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Acta Neuropsychiatrica*, 6, 36-42.
- Hovingh, M.H. (1992), Protocollering en behandelingsstrategieën. Zie: W.A. Nolen.
- Kaasenbrood, A.J.A., en P.A.H. van Lieshout (1993), Richtlijnontwikkeling in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 45-57.
- Korzec, A. (1995), Laatste keer in de Blijde Wereld. *De Psychiater*, 2, 23.
- Kosecoff, J., D.E. Kanouse, W.H. Rogers e.a. (1987), Effects of the national institutes of health consensus development program on physician practice. *Journal of the American Medical Association*, 258, 2708-2713.
- Lomas, J.M.A., G.M. Anderson, K. Domnick-Pierre e.a. (1989), Do practice guidelines guide practice? *The New England Journal of Medicine*, 321, 1306-1311.
- Lomas, J.M.A., M. Enkin, G.M. Anderson e.a. (1991), Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. *Journal of the American Medical Association*, 265, 2202-2207.

McClellan, J., en J. Werry (1994), Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 616-635.

Nederlands Huisartsen Genootschap (1989 e.v.), NHG standaarden voor de huisarts, *Huisarts en Wetenschap*.

Nolen, W.A., C.A.L. Hoogduin en P. Moleman (red.) (1992), *Behandelingsstrategieën bij depressie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventem.

Schulte, B.P.M. (1989), Consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 133, 981-985.

Stocking, B. (1992), Promoting change in clinical care. *Quality in Health Care*, 1, 56- 60.

Swinkels, J.A. (1994), Richtlijnen in de psychiatrie, een noodzakelijk goed? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 304-309.

Swinkels, J.A., H.J. Dalewijk en A. Steen (1995), De richtlijn over richtlijnen. Ongepubliceerde notitie van de Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Talbott, J.A. (1990), Developing practice parameters: an interview with John McIntyre. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1103-1105.

Thompson, C. (1994), The use of high-dose antipsychotic medication. *British Journal of Psychiatry*, 164, 448-458.

Zarin, D.A., H.A. Pincus en J.S. McIntyre (1993), Practice guidelines. *American Journal of Psychiatry*, 150, 175-177.

Summary: The use of practice guidelines in psychiatry: don't take the back-seat!

This paper reports on a survey on the use of practice guidelines in psychiatry. The survey consists of semi-structured interviews with the heads of the postgraduate programmes in psychiatry in the Netherlands. The respondents have given their opinions among other things on advantages and disadvantages of practice guidelines, the differences and similarities with the use in somatic medicine and their expectations for the future. The respondents were divided into three groups on the basis of their reactions: the 'emotional', the 'mixed' and the 'rational' group. These groups correspond to the respondents' different positions in the process of changing. In the discussion the backwardness of psychiatry in the use of practice guidelines is evaluated. Different strategies for advancing the implementation of practice guidelines are recommended.

De auteurs zijn beiden psychiater in opleiding en waren ten tijde van het onderzoek respectievelijk werkzaam op de polikliniek psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis te Leiden en op de Jelgersma-polikliniek te Oegstgeest. Correspondentieadres: E. van Daalen, Goethelaan 69, 3533 VR Utrecht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 5-7-1995.