



STUURGROEP

Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling

GGZ

Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen

De *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen* is een uitgave van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.

Inhoud nummer 9

Vijfde jaargang | juni 2006

- 2 Een stap vooruit – De nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen
- 4 **Implementatie van richtlijnen:** Kwaliteitsindicatoren voor depressie en angststoornissen
- 5 **Vraaggesprek met:** Ad Kaasenbrood – Richtlijnen in de praktijk

Nieuwe producten

Te bestellen bij het Trimbos-instituut: via www.trimbos.nl/producten of via www.ggzrichtlijnen.nl/overzicht_richtlijnen of per email naar bestel@trimbos.nl, onder vermelding van titel en bestelnummer.

- *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen*
Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (onder auspiciën van). Utrecht: Trimbos-instituut, 2006. Bestelnummer AF0636.
- *Landelijk Basisprogramma Eetstoornissen* Leidraad voor regionale zorgprogrammering.
Wamel A. van, Wassink M. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006. Bestelnummer AF0660.

Van de redactie

Op 14 maart jl. werd in het Spoorwegmuseum te Utrecht de richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van Eetstoornissen aan het veld gepresenteerd. Het document werd, middels een traditie in wording, ten doop gehouden door een overvloedige bespreking met champagne.

In deze Nieuwsbrief dan ook aandacht voor de richtlijn Eetstoornissen in de vorm van een interview met Eric van Furth, die als voorzitter van de werkgroep nauw betrokken was bij de totstandkoming van deze multidisciplinaire richtlijn. Wat vindt hij van het eindproduct en hoe kan de richtlijn binnen 'zijn' Centrum Eetstoornissen Ursula gebruikt gaan worden.

Daniëlle van Duin bespreekt het vorig jaar verschenen onderzoeksrapport 'Kwaliteitsindicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen; factoren die het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen beïnvloeden'.

Verder geeft Ad Kaasenbrood, psychiater en opleider bij de Gelderse Roos, ons zijn kritische visie op (multidisciplinaire) richtlijnen en hun plaats binnen zijn instelling en meer algemeen binnen de beroepsuitoefening. Voor hem zijn richtlijnen een startschot voor verdere ontwikkeling van expertise in de behandeling van een stoornis.

Deze Nieuwsbrief zal voortaan 2 maal per jaar verschijnen. De volgende editie kunt u tegemoet zien in december. Rest ons nog u een mooie zomer(vakantie) toe te wensen.

Een stap vooruit – De nieuwe richtlijn Eetstoornissen

Op 14 maart jl. werd de richtlijn Eetstoornissen officieel gepresenteerd aan het veld. Reden om in gesprek te gaan met iemand die zeer nauw betrokken was bij de totstandkoming ervan: Eric van Furth, lid van de werkgroep en in het laatste jaar voorzitter van de richtlijnwerkgroep. Ook in het dagelijks leven houdt hij zich bezig met de behandeling van Eetstoornissen als directeur behandelen bij het Centrum Eetstoornissen Ursula in Leidschendam en als President-Elect van de Academy for Eating Disorders.



De 'doop' van de richtlijn Eetstoornissen op 14 maart jl. Links: Eric van Furth, vz. richtlijnwerkgroep Eetstoornissen; rechts: Rob Smeets, vz. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.

Wat was de aanleiding tot het opstellen van een richtlijn?

De richtlijn is voortgekomen uit de behoefte van de overheid en beroepsorganisaties om de kwaliteit van de behandelingen te kunnen toetsen en daarmee te verbeteren. Alhoewel behandelaars en verwijzers er dus niet om hebben gevraagd is de richtlijn juist voor hen een stap vooruit. Voor het eerst is er een consensus document waarin alle beschikbare kennis en ervaring is gebundeld.

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

Om te beginnen zijn er knelpunten geformuleerd door een groep van psychologen, psychiaters, kinderartsen, huisartsen, non-verbale therapeuten en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties (e.a.). Vervolgens hebben deskundigen uit de werkgroep het wetenschappelijk onderzoek dat op dit gebied is



verschenen is beoordeeld. De conclusies hieruit hebben samen met ervaringen uit het veld en andere overwegingen geleid tot de aanbevelingen die in de richtlijn zijn opgenomen. In de richtlijn is ook een onderzoek verwerkt onder 300 (ex)cliënten.

Voor wie is de richtlijn bedoeld?

De richtlijn is bedoeld voor alle beroepsgroepen die te maken hebben met de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Dus niet alleen voor behandelaars in de GGZ, maar ook voor de huisarts, internist, jeugdarts en diëtist.

Het zou mooi zijn als er een cliëntenversie van de richtlijn komt die beter toegankelijk is voor cliënten. Daarnaast kunnen er natuurlijk ook allerlei monodisciplinaire richtlijnen uit het document gedistilleerd worden. Bijvoorbeeld een richtlijn voor diëtisten of voor huisartsen en internisten.

U bent een gespecialiseerde behandelaar. Wat steekt u er zelf nog van op?

De richtlijn laat goed zien waar de hiaten zitten in de kennis over eetstoornissen. Zo is er over de behandeling van Anorexia Nervosa betrekkelijk weinig bekend, in tegenstelling tot de behandeling van Boulimia Nervosa. Wat mij zelf verbaasde was bijvoorbeeld dat er nog onderzoek moet komen naar een meer betrouwbare formule waarmee diëtisten de energiebehoefte kunnen bepalen. Ik dacht dat zulke informatie al lang bekend zou zijn.

Uit de richtlijn kun je ook veel informatie halen over andere beroepsgroepen. De huisarts, internist en kinderarts hebben bijvoorbeeld alles rond de somatiek, somatisch labonderzoek en somatische gevolgen beschreven. Dit is een waardevolle bundeling van kennis die verschillende beroepsgroepen dichter bij elkaar brengt.

Hoe moet de richtlijn gebruikt worden?

Het is minimaal de bedoeling dat mensen de richtlijn lezen en aan het denken gezet worden. De behandelaars kunnen hun eigen behandelmethodes eens kritisch bekijken. Zelf heb ik mijn collega's van Centrum Eetstoornissen Ursula gevraagd om de richtlijn goed door te nemen, met de boodschap 'laten we dit lezen, erover praten en onze dagelijkse praktijk toetsen'. In de richtlijn wordt bijvoorbeeld aanbevolen om cliënten met Boulimia Nervosa een individuele



De bijeenkomst rond de nieuwe richtlijn Eetstoornissen 14 maart 2006 in het Spoorwegmuseum te Utrecht.



behandeling te geven. Wij geven een groepsbehandeling. Samen kunnen we bekijken of we het nodig vinden om onze handelwijze te veranderen. De richtlijn bevat veel praktische informatie. De huisarts of internist kan er bijvoorbeeld in terugvinden welke vragen je kunt stellen om te kijken of er sprake is van een eetstoornis, en welke laboratoriumtests nodig zijn.

Zijn er naast de richtlijn ook nog andere behandelingen mogelijk?

Uiteraard gaat het om een richtlijn en is het geen voorschrift. Hoe de behandeling precies vorm zal krijgen wordt uiteindelijk door cliënt en behandelaar in onderling overleg bepaald.

De richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, en kan daarom een soort *selffulfilling prophecy* worden. Als een bepaalde behandeling vaak wordt toegepast, vaak wordt onderzocht en ook nog enige effectiviteit heeft dan kom je daar vanzelf op uit. We hebben dan ook aanbevelingen gedaan om bepaalde behandelingen nader te onderzoeken.

Doet de richtlijn geen afbreuk aan het individuele beoordelingsvermogen van de behandelaar?

Het is niet de bedoeling dat iedereen op dezelfde manier gaat werken, maar men moet zich wel richten

naar de criteria die door professionals en beroepsverenigingen zijn vastgesteld. Als er een klacht wordt ingediend kan de inspectie vragen of de behandelaar zich aan de richtlijn heeft gehouden. Een behandelaar mag best afwijken, maar dan moet hij of zij dit wel goed kunnen onderbouwen.

Wordt er in de richtlijn rekening gehouden complexe problematiek?

Mensen met een complexe problematiek vallen al snel tussen wal en schip. Ook in de richtlijn wordt er relatief weinig aandacht aan besteed, maar dat komt ook omdat het de eerste versie is. Het is wel een belangrijk onderwerp. Ik denk bijvoorbeeld aan vrouwen met een posttraumatische stressstoornis en Anorexia Nervosa. Wanneer aan gewichtsherstel wordt gewerkt kan het trauma naar boven komen. De vraag is dan of de eetstoornis als prioriteit van de behandeling moet worden genomen.

Wat is er nodig in de toekomst?

Het schrijven van de richtlijn is maar een eerste stap in het proces. De volgende stap is de implementatie ervan. Ik zie dat op dit moment als een knelpunt. Om te zorgen dat de richtlijn echt gebruikt gaat worden, zijn trainingen nodig waarin de aanbevelingen uit de richtlijn worden vertaald naar de dagelijkse

praktijk. De vraag is wie deze taak op zich gaat nemen en hoe dit gefinancierd kan worden. De richtlijn is een prachtig startdocument voor deskundigheidsbevordering dat niet op de plank mag blijven liggen.



Nynke Weidema, lid richtlijnwerkgroep Eetstoornissen, tijdens haar presentatie over 'Een Wehkamp voor cliënten'.



Greta Noordenbos, lid richtlijnwerkgroep Eetstoornissen sprak over 'Chronische eetstoornissen: gevalbeschrijvingen uit de praktijk en de implicaties van de richtlijn'.



Jan Swinkels, hoogleraar en adviseur Landelijke Stuurgroep gaf zijn visie op de 'Toekomst van richtlijnen in de veranderende zorg'.

Gesineke Veerman

Kwaliteitsindicatoren voor depressie en angststoornissen

Met welke indicatoren kan de kwaliteit van zorg voor patiënten met depressie en angststoornissen op valide en betrouwbare wijze worden gemeten?

Deze vraag werd gesteld door de Commissie Implementatie (een adviesorgaan van de Landelijke Stuurgroep), naar aanleiding van het verschijnen van de multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen. De commissie vroeg de afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK, UMC St. Radboud, Nijmegen) om deze vraag te onderzoeken. Onlangs verscheen het onderzoeksrapport van de studie.

Drie stappen

De onderzoeker, Mirrian Smolders, richtte zich op de beroepsgroepen psychiaters en psychologen/psychotherapeuten. Zij koos hiervoor omdat biologische en psychotherapeutische behandelvormen in de richtlijnen centraal staan. Huisartsen zijn in deze studie niet benaderd omdat het WOK, in het kader van de 'Evaluatie kwaliteitsbeleid GGZ huisartsenzorg', al eerder indicatoren ontwikkelde waarmee de kwaliteit van de huisartsenzorg voor patiënten met angststoornissen en depressie wordt gemeten (Laurant, 2005). Het onderzoek werd over drie stappen verdeeld. In de eerste stap werden zes experts op het gebied van angststoornissen en depressie gevraagd een voorselectie van onderwerpen voor indicatoren te maken uit de aanbevelingen in beide richtlijnen. De tweede stap bestond uit een schriftelijke ronde waarin 203 psychiaters en 405 psychologen/-therapeuten werden gevraagd te beoordelen in hoeverre deze onderwerpen goede indicatoren zijn voor de kwaliteit van zorg en de lijst zonodig aan te vullen. In de derde stap destilleerde de onderzoeker, op basis van vooraf vastgestelde criteria, de meest relevante onderwerpen en stelde een voorbeeldset van indicatoren samen. Een klein aantal professionals heeft de meetbaarheid van de onderwerpen beoordeeld en een kwaliteitsnorm (streefniveau) voor de geselecteerde onderwerpen geformuleerd.

Selectie van onderwerpen

Van de 608 professionals die schriftelijk werden benaderd wilden uiteindelijk 38 psychiaters en 114 psychologen/-therapeuten deelnemen aan het onderzoek.

Tijdens de voorselectie selecteerden de experts op het gebied van depressie bijna de helft van de blokken met aanbevelingen uit de richtlijn. De experts op het gebied van angststoornissen selecteerden ongeveer driekwart van de blokken. De overeenstemming tussen professionals binnen de beroepsgroepen was voor beide richtlijnen groot. Tussen de beroepsgroepen waren verschillen in de beoordeling zichtbaar, die vooral samenhangen met het type behandeling dat in de aanbevelingen centraal stond.

Deze verschillen tussen beroepsgroepen waren ook zichtbaar in de schriftelijke ronde. Voor de richtlijn Depressie beoordeelden de psychiaters ongeveer 43% van de voor hen geselecteerde onderwerpen als geschikt (29 stuks), terwijl de psychologen/-therapeuten ongeveer 26% van de onderwerpen als geschikt beoordeelden (16 stuks). Voor de richtlijn Angststoornissen beoordeelden de psychiaters ongeveer 72% van de voor hen geselecteerde onderwerpen als geschikt (62 stuks), terwijl de psychologen/-therapeuten ongeveer 26% van de onderwerpen als geschikt beoordeelden (22 stuks). De onderzoeker concludeert dat het grote aantal onderwerpen dat door de deelnemers als goede indicator voor de kwaliteit van het professioneel handelen wordt beoordeeld betekent dat deze richtlijnen door hulpverleners in de praktijk als relevant worden beschouwd. Gezien de percentages onderwerpen die door de verschillende beroepsgroepen werden geselecteerd, gaat deze conclusie wellicht meer op voor de psychiaters dan voor de psychologen.

Op de vraag of er in de schriftelijke ronde onderwerpen onterecht zijn vervallen, antwoordden de psychiaters dat alle relevante thema's in hun ogen zijn geselecteerd. Sommige psychologen/-therapeuten gaven echter aan dat zij onderwerpen misten in de uiteindelijke set. Zo lieten ze weten dat er aandacht zou moeten zijn voor het tot stand brengen en onderhouden van een goede therapeutische relatie bij doorverwijzing. Ook het onderwerp EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*) wordt meerdere malen genoemd als thema dat onterecht verviel.

Streefniveau en Meetbaarheid

Bij het bepalen van de norm voor de verschillende onderwerpen bleek dat beide beroepsgroepen een hoger streefniveau stelden voor de onderwerpen rondom depressie dan voor de onderwerpen rondom angststoornissen. Ook was er bij de onderwerpen rondom depressie een grotere mate van overeenstemming. Voor de richtlijn Angststoornissen viel op dat de psychologen/-therapeuten aanzienlijk minder hoge normen stelden dan de psychiaters en dat er in deze



groep minder onderlinge overeenstemming was. De professionals die de meetbaarheid van de onderwerpen beoordeelden, concludeerden dat zowel voor depressie als voor angststoornissen de meeste gegevens voor het vaststellen van de kwaliteit uit het (elektronisch) patiëntendossier te verkrijgen zijn. Een paar aspecten, zoals het onderscheiden van onthoudingsverschijnselen en recidiefklachten, blijken echter niet meetbaar. Deze thema's zijn daardoor niet geschikt als indicator. Daarnaast meldt de onderzoeker dat bij kwaliteitsmeting op basis van deze indicatoren een aantal begrippen, zoals 'frequent', 'goede afspraken', en 'dreigende terugval', nog verder geoperationaliseerd moeten worden.

Voorbeeldset

Als laatste stap heeft de onderzoeker, op basis van vooraf vastgestelde criteria, een voorbeeldset van indicatoren samengesteld. Deze set bestaat voor de psychiaters uit 12 onderwerpen voor depressie en 17 voor angststoornissen. Voor psychologen/-therapeuten telt de set 7 onderwerpen voor depressie en slechts 3 voor angststoornissen. Deze uitkomst roept de vraag op in hoeverre psychologen/-therapeuten zich breed kunnen vinden in de aanbevelingen binnen de richtlijn Angststoornissen. De psychiaters lijken met deze set een aardig eind op weg om in maat en getal na te kunnen gaan in hoeverre het handelen van de professionals in overeenstemming is met de aanbevelingen in de richtlijnen. Voor de psychologen/-therapeuten lijkt hier nog een weg te gaan.

Literatuur (te downloaden/bestellen via www.wokresearch.nl):

- Laurant M., Schattenberg G., Van Lin N., Grol R. *Het handelen van huisartsen inzake psychische aandoeningen*. Nijmegen: WOK, 2005.
- Smolders, M., Laurant, M., Wensing, M., Grol, R. *Kwaliteitsindicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen; factoren die het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen beïnvloeden*. Nijmegen: WOK 2005.

Daniëlle van Duin
Wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut



Vraaggesprek met: Ad Kaasenbrood Richtlijnen in de praktijk



Wie is Ad Kaasenbrood?

Ad Kaasenbrood werkt als psychiater en hoofdopleider bij de Gelderse Roos, locaties Wolfheze en Arnhem. In 1995 promoveerde hij op het proefschrift 'Consensus als criterium' over de ontwikkeling van richtlijnen in de psychiatrie.

Wat is de plaats van richtlijnen in de Gelderse Roos?

Momenteel gebruiken we twee kanalen om richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen onder de aandacht van de professionals in de Gelderse Roos te brengen. In de eerste plaats brengen we richtlijnen via de opleiding aan de man. We leren de aio's (assistenten in opleiding tot specialist), dat richtlijnen belangrijke documenten zijn en waar ze zich toe hebben te verhouden. En omdat we gebruik van de richtlijn – let wel 'gebruik' en niet 'klakkeloze toepassing' – in de dagelijkse praktijk kunnen toetsen is dit een ideaal kanaal om nieuwe professionals te leren dat het hier om een relevante kennisheuristiek gaat. Dit is overigens niet een regionale smaak; het belang van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen is algemeen erkend in de Nederlandse opleidingen tot psychiater. Deze centrale plaats van richtlijnen in de opleiding heeft een uitstralende werking naar de instelling. Wij organiseren binnen de instelling van alles om de richtlijnen heen. Zo nemen we de richtlijnen op in het programma voor de cyclus van tweewekelijkse referaten; alle relevante richtlijnen komen daardoor ieder jaar aan de orde. Op dit moment zijn dat er vijf: psychotische stoornissen, angst, depressie, bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Als er meer richtlijnen komen, zullen we die ook jaarlijks gaan refereren. De voorkeur gaat daarbij uit naar de multidisciplinaire richtlijnen – ons nationaal product dus – vooral omdat die completer zijn dan de monodisciplinaire. Daarnaast komen de richtlijnen indirect aan de orde tijdens de tweewekelijkse *evidence based mental health* (EBMH) bijeenkomsten. Tijdens zo'n bijeenkomst refereert een aio's over zijn zoektocht naar de oplossing voor een klinisch probleem waar hij tegenaan is gelopen. Daarbij zijn de richtlijnen naast *systematic reviews* primaire kennisbronnen; voordat aio's gaan zoeken naar *randomized controlled trials* kijken ze eerst of er primaire kennisbronnen ter beschikking



staan. Richtlijnen spelen ook een rol in het regionale onderwijs voor de aio's. Het is een vast onderdeel in het curriculum van de assistenten in het eerste semester van het eerste jaar. Alle aio's worden geacht de relevante richtlijnen te kennen en ze worden hierin ook geëxamineerd in de jaarlijkse landelijke voortgangstoets die alle aio's in Nederland afleggen in december.

Het tweede kanaal is dat van de monodisciplinaire vakgroep. Dit kanaal 'stroomt slechter door' dan dat van de opleiding. Binnen de Gelderse Roos zijn er vijf van die vakgroepen; psychiaters en artsen, psychologen, verpleegkundigen, agogen (waaronder maatschappelijk werkers) en vaktherapeuten. Het bestuur van een vakgroep staat minder middelen ter beschikking om bij de leden op het gebruik van richtlijnen aan te dringen en dus moet dat bestuur meer verleiden dan de opleiders. Psychiaters hebben na verloop van tijd een eigen manier ontwikkeld om de klinische problemen waarvoor ze zich geplaatst zien op te lossen en hechten aan hun autonomie. Voor het opgeven van een eigen werkwijze en van de professionele autonomie is meer nodig dan een poging tot overreding en voor dat 'meer' ontbreekt het aan middelen. We staan nu op het punt om met de andere vakgroepen te gaan samenwerken rond de implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen die onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep worden uitgebracht. We hopen het gebruik van richtlijnen in de Gelderse Roos op de kaart te zetten. We hebben eerst geprobeerd dit op het niveau van de directies te organiseren, maar dat is helaas niet gelukt. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat het te vrijblijvend onder de aandacht is gebracht en dat men er te gemakkelijk omheen kon. Verandering van medische besluitvorming – want dat is toch in feite wat we vragen – vraagt veel van de professionals en ik vraag me af of het toepassen van richtlijnen dan als eerste op het verlanglijstje staat.

Werken jullie ook met zorgprogrammering?

Op dit moment niet. In Arnhem is de polikliniek enige tijd naar de lijnen van zorgprogrammering georganiseerd geweest maar dat heeft niet goed gewerkt. Dit is mede gestrand in de bureaucratie en dit zie je op meer plekken in Nederland gebeuren. Het is overigens helemaal niet slecht dat het geprobeerd is en het is zeker een stap in de goede richting geweest. Een tweede reden waarom het volgens mij moeilijk is geweest om zorgprogrammering in de Gelderse Roos strak te trekken, heeft te maken met de aard van perifere zorgverlenende instellingen in het algemeen. In feite zijn die in eerste instantie bedoeld voor het leveren van generalistische specialistische zorg.

Kiezen voor superspecialistische zorg is dan al gauw een antwoord op een vraag die niet leeft. Op dit moment gaan we in Arnhem met kleine expertgroepjes van start en daar verwacht ik veel meer van. Ik denk overigens wel dat zorgprogramma's heel goed kunnen werken als je organisatie ertegen kan en het is volgens mij zo langzamerhand een voorwaarde voor wetenschappelijk onderzoek naar specifieke stoornissen. En bij de Gelderse Roos doen we steeds meer onderzoek, maar slechts in beperkte mate naar specifieke psychiatrische stoornissen.

Hebben jullie zicht op factoren die het toepassen van de richtlijnen bevorderen of belemmeren?

Je kunt naar allerlei sociologische en organisatorische aspecten kijken, maar het echte centrale probleem zit mijns inziens tussen de oren van de professional. Natuurlijk is de organisatie binnen een instelling ook een belangrijk factor, maar het toepassen van een richtlijn gebeurt in de spreekkamer. De reden voor die problemen met de implementatie bij de afzonderlijke professional heeft onder andere te maken met wat ik al eerder zei: gewoontevorming en vertraging. Elke professional heeft een eigen stijl, gebaseerd op kennis en professionele ervaringen in het verleden. Dan kan ik me goed voorstellen dat die professional er moeite mee heeft om gedragsvoorschriften toe te passen, zeker als hij maar matig van de meerwaarde overtuigd is. En al helemaal als je bedenkt dat deze richtlijnen 'levende documenten' zijn die regelmatig herzien worden en dus een vernieuwing al in het verschiet ligt.

Daar komen nogal wat formele argumenten bij. Als je kijkt naar de werkzaamheid van antidepressiva bijvoorbeeld, dan wordt een groot gedeelte bepaald door wat we specifieke factoren zijn gaan noemen, bijvoorbeeld de overtuigingskracht van de professional. Hier zit een groot, systematisch onderschat, probleem. Kennelijk zijn die therapeutvariabelen erg belangrijk en daar dreigen we het bijna niet meer over te hebben. Ik kan me goed voorstellen dat professionals die hun professioneel repertoire steeds moeten omgooien slecht scoren op overtuigingskracht en dus minder depressieve patiënten beter maken dan professionals die dat omgooien maar sporadisch doen. De instelling krijgen van bovenaf, door de verzekeraars, opgedragen de richtlijnen te gebruiken en die zorgen er dus wel voor dat ze op de boekenplank komen te liggen, maar daarmee is het handelen van de professional nog lang niet veranderd.



Maar een richtlijn is toch geen kookboek en een professional mag er toch beargumenteerd vanaf wijken?

Richtlijnen zijn samenvattingen van hoe wij als professionals vinden dat een behandeling eruit zou moeten zien. Ik vind zonder meer dat professionals zich tot die richtlijnen hebben te verhouden. Maar dat betekent niet dat alleen afwijken van de richtlijnen toelichting behoeft. Afzonderlijke behandelingen zijn zo bijzonder dat de professional ook het toepassen ervan heeft te legitimeren. Mede omdat richtlijnen methodologisch te zwak en door de verzamelde deskundigenoordelen te subjectief zijn om ze als professioneel imperatief te accepteren. Daarbij zijn richtlijnen op het moment dat ze uitkomen alweer verouderd. Het proces van ontwikkeling duurt zo lang dat de uitgave van de richtlijn een jaar of langer na de laatste literatuursearch plaatsvindt. Tot slot hebben richtlijnontwikkelaars nog nooit overtuigend aangetoond, dat een behandeling volgens de richtlijn meer klinische winst opleveren dan *treatment as usual*. Wat ze kortom eisen van professionals aan onderbouwing van hun handelen, kunnen ze ter legitimering van die eis niet overleggen. Misschien een beetje flauw, maar toch wel een basaal puntje.

Met die richtlijnen is er een heel nieuw fenomeen in de wereld van de professional gekomen, namelijk dat er van bovenaf wordt opgelegd hoe je praktijk dient te voeren. Het probleem is dat de richtlijn daarmee de status krijgt van algemene regel en een rol krijgt in tuchtprocedures, en in de toekomst mogelijk ook in strafprocedures, terwijl ze daar helemaal niet krachtig genoeg voor zijn. Dat vind ik geen goede ontwikkeling. De bewijskracht van de aanbevelingen is vaak niet zo sterk als het lijkt en daarbij is er voor sommigen aanbevelingen, bijvoorbeeld over de volgorde van behandelstappen, vrijwel geen bewijs. Maar naar de onderbouwing van de aanbevelingen wordt tijdens een tuchtprocedure nauwelijks gekeken.

Op welke wijze zou je er als richtlijnontwikkelaar dan voor kunnen zorgen dat de richtlijnen krachtiger worden? Moet het principe van EBMH waarop de richtlijnen gestoeld zijn verder aangescherpt en ontwikkeld worden?

Als je het hebt over EBMH dan vind ik dat van heel andere orde dan richtlijnen. EBMH is een kennisheuristic waarin richtlijnen een plaats hebben, naast bijvoorbeeld *systematic reviews*, *randomized controlled trials* en *case control studies*. Wat ik merk tijdens het geven van de cursussen EBMH is dat deze methode meer aanspreekt dan die richtlijnen, omdat je bronnen van kennis (waaronder richtlijnen) zelf opzoekt, op geldigheid en toepasbaarheid beoordeelt en vervolgens bij een patiënt toepast. Het idee dat het van

bovenaf opgelegd is, verdwijnt hiermee en de professional staat weer aan het roer. Meer autonomie dus.

Moeten we dan maar stoppen met richtlijnen ontwikkelen en zorgen dat alle professionals geschoold worden in het werken via EBMH principes?

De richtlijn is het beeld van de professie op dit moment en als zodanig zijn het hele goede documenten. Ik denk dat het heel goed is dat de professie richtlijnen formuleert en al helemaal als dit multidisciplinair gebeurt. Richtlijnen geven voor 'de zittende' professionals een evenwichtig beeld van hoe de stand van zaken over de behandeling van de betreffende stoornis is. Voor de aankomende professional is het een kennismaking met de betreffende behandeling. Maar voor beide geldt dus: een richtlijn is wel een belangrijk document, maar niet meer dan een startschot voor het verder ontwikkelen van expertise in het behandelen van de betreffende stoornis.

De professional van de toekomst zal anders moeten zijn dan die van het verleden. Die nieuwe professional zal explicieter moeten zijn in wat hij doet, waarom hij dat doet, wat hij aan bronnen van kennis gebruikt, hoe hij die bronnen tegen elkaar afweegt, in de overwegingen die tot een behandeling leiden enzovoorts. Ik zei daarstraks dat als er dan toch iets moet veranderen in het denken van de professional, ik de implementatie van richtlijnen niet bovenaan mijn verlanglijstje zou zetten. Ik denk dat we als professie niet ontkomen aan een wellicht ingrijpendere verandering. En dan bedoel ik de noodzaak om zich een kennisheuristic als EBMH eigen te maken. Daarmee raakt verandering van het professionele handelen verankerd in de structuur van het denken en komt het niet als ongenode gast van boven, zoals bij richtlijnen. Daarbij passen begrippen als 'lerende professional' en *education permanente* en daar moeten in een andere traditie ervaren geworden professionals nog even aan wennen. Of die professional vervolgens richtlijnen toepast of niet is dan nog slechts van afgeleid belang, maar ligt wel logisch in het verlengde.

Eva Fischer
Richtlijnadviseur, Trimbos-instituut



De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn- ontwikkeling in de GGZ

Taakstelling

De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ is in 1999 door het ministerie van vws ingesteld en heeft een drietal taken:

- 1 Het creëren van een breed draagvlak voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ
- 2 Het vaststellen van de onderwerpen voor deze richtlijnontwikkeling
- 3 Het initiëren en coördineren van bestaande en toekomstige trajecten van richtlijnontwikkeling

Samenstelling

Voorzitter is dhr. R.M.W. Smeets.

De overige leden zijn:

- ir. T. van Barneveld, *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO*
- dr. H.H.G.M. Lendemeijer, *Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGZ)*
- dr. A.N. Goudswaard, *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*
- dr. P.M.A.J. Dingemans, *Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)*
- dr. P.A. de Groot, *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)*
- prof. dr. G. Hutschemaekers, *Katholieke Universiteit Nijmegen (KUN)*
- prof. dr. J.A. Swinkels, *adviseur namens Trimbos-instituut*
- prof. dr. R.W. Trijsburg, *Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)*
- drs. H. Verburg, *Trimbos-instituut*
- Secretaris: dr. A.L.C.M. Henkelman, *Trimbos-instituut, telefoon (030) 295 9297, e-mail lhenkelman@trimbos.nl*

Naast de Landelijke Stuurgroep is een begeleidingscommissie ingesteld met daarin vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van vws, GGZ Nederland en ZonMw (samenwerkingsverband van Zorg-Onderzoek Nederland zon en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, gebied Medische Wetenschappen NWO-MW).

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut zorgen in het hele traject van de richtlijnontwikkeling voor methodologische en organisatorische ondersteuning. Daarnaast verzorgt het Trimbos-instituut deze Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen en de bijbehorende website www.ggzrichtlijnen.nl.

Meer Informatie

Informatie over de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ kunt u krijgen bij:

Secretariaat Programma's en Richtlijnen,
Trimbos-instituut
Telefoon (030) 2971131
E-mail lmuis@trimbos.nl

Colofon

Redactie

Lourens Henkelman, Trimbos-instituut
Liesbeth Muis, Trimbos-instituut
Telefoon (030) 2971100
E-mail ggzrichtlijnen@trimbos.nl
Postbus 725
3500 AS Utrecht



Lourens Henkelman



Liesbeth Muis

Vormgeving

Conefrey/Koedam BNO, Zeist

Drukwerk

PlantijnCasparie, Den Haag

Overname van gedeelten van de inhoud is toegestaan, mits de bron wordt vermeld. Toezending van twee bewijs-exemplaren stelt de redactie zeer op prijs.

ISSN 1570-8136

© Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2006.

Deze nieuwsbrief verschijnt tweemaal per jaar.

Nog geen abonnee?

Een gratis abonnement op deze Nieuwsbrief ontvangt u door u op onderstaand webadres aan te melden:

www.ggzrichtlijnen.nl

of door per e-mail een verzoek te sturen aan:

ggzrichtlijnen@trimbos.nl

