

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk?¹

Ton van Balkom² en Désirée Oosterbaan³

SAMENVATTING

Nadat in dit literatuuroverzicht is gebleken dat een zeer aanzienlijk deel van onze patiënten een evidence-based behandeling onthouden wordt in de dagelijkse psychiatrische praktijk, wordt aangetoond aan de hand van Australisch theoretisch onderzoek dat wanneer in de GGZ alleen nog evidence-based behandelingen zouden worden gegeven, er significant betere behandelresultaten zouden worden geboekt. Deze conclusie wordt bevestigd door diverse Randomised Controlled Trials waarin het effect van evidence-based behandeling volgens richtlijnen vergeleken wordt met 'treatment as usual'. De literatuur onderstreept de complexiteit van kwaliteitsverbetering in de zorg. Implementatieonderzoek laat zien dat samengestelde en op maat gesneden interventies nodig zijn om trouw van de behandelaar aan richtlijnen te bewerkstelligen. Er moet meer onderzoek verricht worden naar effectieve manieren om richtlijnen adequaat te implementeren.

INLEIDING

Het ontwikkelen van richtlijnen heeft de bedoeling om de kwaliteit van zorg te verbeteren door de diagnostiek en behandeling te rationaliseren en verwetenschappelijken. Het einddoel is een optimale zorg aan patiënten te bieden door middel van behandelingen waarvan op grond van onderzoeksresultaten het hoogst haalbare effect mag worden verwacht. Het gebruik van richtlijnen

1 Dit artikel is met toestemming geactualiseerd en bewerkt (Van Balkom, A.J.L.M. & Oosterbaan, D. (2008). Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk? Tijdschrift voor Psychiatrie, 50, 323-328).

2 A.J.L.M. van Balkom, psychiater en hoogleraar evidence-based psychiatrie, afdeling Psychiatrie en EMGO+ Instituut, VU-MC en GGZ inGeest, Amsterdam

3 D.B. Oosterbaan, psychiater, afdeling psychiatrie UMCN en Angstcentrum Overwaal, Nijmegen

zorgt er eveneens voor dat procedures die gevolgd worden bij verschillende behandelaars meer gelijkvormig zijn. Hierdoor wordt de ingestelde behandeling minder afhankelijk van de behandelaar bij wie een patiënt terecht komt.

Hoewel behandelaars in enquêtes aangeven positief te staan tegenover richtlijnen (Van Everdingen, 2003), worden deze richtlijnen in de klinische praktijk nog nauwelijks toegepast (Van Balkom, 2005). In dit artikel wordt eerst ingegaan op onderzoek naar de inhoud van de huidige zorg in de GGZ. Vervolgens wordt besproken in welke mate het behandel-effect groter zou worden als in de GGZ alleen nog evidence-based behandelingen zouden worden gegeven. Daarna komt literatuur aan bod die het effect van richtlijnen evalueert die uitgevoerd zijn onder optimale omstandigheden en dit effect vergelijkt met de normale klinische praktijk. Tenslotte wordt ingegaan op het effect van implementatie van deze richtlijnen in de dagelijkse praktijk. Vanwege de beperkte ruimte is het niet mogelijk een uitputtend literatuur overzicht te geven. Er is getracht een globaal en breed beeld te schetsen van de wetenschappelijke stand van zaken van onderzoek bij patiënten met angst- en unipolaire stemmingsstoornissen

ZIJN RICHTLIJNEN NODIG?

Om deze vraag te beantwoorden moeten we eerst meer weten over de kwaliteit van de huidige zorg. Om ons hierover een beeld te vormen maken we gebruik van gegevens afkomstig uit diverse soorten onderzoek. Veel gepubliceerd onderzoek op dit gebied betreft retrospectief onderzoek binnen grote databases van ondermeer verzekeraars. Op basis van vooraf gedefinieerde criteria wordt onderzocht welke in potentie effectieve of ineffectieve behandelingen verstrekt zijn door de behandelaars. Voordeel van dergelijk onderzoek is dat het om gegevens van grote aantallen patiënten uit de reguliere praktijk gaat, nadeel is dat het weinig inzicht geeft in belangrijke klinische variabelen en niet inzichtelijk kan worden gemaakt welke behandelingen wel aangeboden zijn, maar door de patiënt geweigerd.

De meeste studies gebruiken criteria voor adequate zorg waarbij minimaal aan een aantal basale eisen moet zijn voldaan, bijvoorbeeld het voorschrijven van een voor de betreffende indicatie juist medicament, zowel in de juiste dosering als voor een voldoende lange periode. Vervolgens wordt het percentage adequaat en niet-adequaat behandelde patiënten tegen elkaar afgezet. De criteria voor adequate zorg zijn in de diverse studies niet eenduidig, wat directe vergelijking bemoeilijkt.

Het beschikbare onderzoek over de kwaliteit van zorg levert nagenoeg unaniem een pessimistisch beeld op van onze reguliere behandelpraktijk. Veelal worden percentages van adequaat behandelde patiënten vermeld tussen de 20 en 66%. Mede gezien de minimale criteria die meestal gebruikt zijn om een adequate behandeling aan te merken, mag dit te denken geven. Over

het algemeen hebben patiënten die in de eerste lijn worden behandeld, man zijn, allochtoon, ouder dan 65 jaar, minder hoog opgeleid of die buiten de stad wonen, minder kans op het ontvangen van adequate zorg (o.a. Wang et.al., 2005). Dit betekent dat het ontvangen van een adequate behandeling niet alleen afhangt van de behandelaar. Het gaat eerder om een complex samenspel van factoren dat zich ook op het niveau van de patiënt (bijvoorbeeld compliance en behandelvoorkeur) en de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld tijdsdruk en wachtlijsten) afspeelt. Hieronder worden enkele relevante studies besproken.

In de Amerikaanse National Comorbidity Survey Replication studie uitgevoerd tussen 2001 en 2003 blijkt iets meer dan helft van de patiënten met een angst- of depressieve stoornis in de tweede lijn adequaat behandeld te worden. In de eerste lijn is dit met slechts circa 14% erg laag (Wang et.al., 2005). Ook uit Europese studies blijkt ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg. In de ESEMed studie zijn in de periode van 2001-2003 epidemiologische gegevens in zes West-Europese landen verzameld, waaronder Nederland en België. Van patiënten met een angst- of depressieve stoornis bleek 57% in de tweede lijn en 23% in de eerste lijn een adequate behandeling te krijgen (Fernandez et al., 2007).

De kwaliteit van zorg lijkt met de tijd beter te worden. In de recent uitgevoerde basismetende van de NESDA studie bleek dat de cijfers voor de eerste lijnszorg in Nederland sterk verbeterd waren: tweederde van de 413 patiënten met angst- en stemmingsstoornissen werd conform de passende NHG Standaard behandeld (Prins et al., 2010). Patiënten met ernstiger klachten werden vaker richtlijnadherent behandeld. Een laag opleidingsniveau, een lage behoefte aan behandeling en een slechte bereikbaarheid van de zorg bleken gerelateerd te zijn met niet adequate behandeling. De trouw aan de NHG Standaard bleek te kunnen worden verbeterd wanneer huisartsen getraind waren in het stellen van de diagnose en deze in het patiëntdossier documenteerden (Smolders et al., 2009).

In een Engelse studie in de huisartspraktijk kreeg 39% van de patiënten met een depressie en 21% van de patiënten met een angststoornis die een indicatie voor medicatie hadden deze niet voorgeschreven. Zoals in meerdere studies het geval blijkt, zijn de cijfers met betrekking tot een psychotherapeutische behandeling minder gunstig dan voor een medicamenteuze behandeling. Circa 70% van de patiënten met een depressieve- of angststoornis die een indicatie voor cognitieve gedragstherapie (CGT) hadden, kreeg dit niet aangeboden. Interessant is dat in beide groepen patiënten circa 10% medicatie en 10% CGT als behandeloptie weigert (Boardman et al., 2004).

Uit dit beknopte overzicht van de literatuur blijkt dat een zeer aanzienlijk deel van onze patiënten een evidence-based behandeling onthouden wordt. De vraag is of dit een probleem is. Met andere woorden: geven evidence-based behandelingen een beter effect dan overige behandelingen?

WAT ZIJN DE GEVOLGEN ALS IN DE GGZ ALLEEN NOG EVIDENCE-BASED BEHANDELINGEN Zouden WORDEN GEGEVEN?

Om deze vraag te beantwoorden gebruiken we gegevens van de 'Australian National Survey of Mental Health and Well-being' (Andrews et al., (2004); Issidakis et al., (2004)). In deze studie werd op basis van epidemiologische gegevens berekend wat de verlichting is van de ervaren ziektelast van allerlei psychiatrische stoornissen door de gegeven behandelingen. Daarnaast werd berekend hoe sterk de verlichting van deze ziektelast bij deze patiënten zou zijn geweest als in plaats van de werkelijk verstrekte behandelingen alleen evidence-based behandelingen zouden zijn verstrekt. Bij deze berekeningen werden "Years Lived with Disability" (YLD's) als maat voor ziektelast gebruikt.

De resultaten geven voor alle groepen stoornissen een eenduidig beeld: wanneer alleen nog evidence-based behandelingen verstrekt zouden worden, zou de ziektelast significant verminderd worden ten opzichte van de huidige praktijk. Voor de groep angststoornissen, bijvoorbeeld, werden de volgende cijfers berekend: In de Australische bevolking hebben 1.086.331 mensen een of meer angststoornissen. Deze groep mensen heeft een totaal aantal YLD's van 201.547. Hieruit volgt dat angststoornissen ernstige gevolgen hebben voor het sociale functioneren, maar dat patiënten vaak nog een deel van hun sociale rollen kunnen vervullen en van de aandoening kunnen herstellen (als alle 1.086.331 patiënten gedurende het gehele onderzochte jaar een volledige ziektelast zouden hebben, was de hoogte van de YLD's namelijk 1.086.331 geweest). Door de huidige psychiatrische behandeling werd de ervaren ziektelast met 26.059 YLD's verlicht, terwijl dit cijfer bijna zou verdubbelen tot 40.101 YLD's wanneer alle patiënten met angststoornissen evidence-based behandeld zouden worden. Voor de stemmingsstoornissen geldt eenzelfde conclusie. Uit deze studie blijkt dat de ervaren ziektelast verbetert door de huidige psychiatrische praktijk, maar dat bijna een verdubbeling in reductie van deze ziektelast bereikt zou kunnen worden wanneer alleen nog evidence-based behandelingen zouden worden toegepast. Nadeel van deze studie is dat de aannames weliswaar gedaan zijn op basis van een grote bevolkingsstudie, maar dat de berekeningen van theoretische aard zijn. Van belang is dan ook om te kijken of deze bevindingen door klinisch onderzoek worden ondersteund.

KLINISCH ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN RICHTLIJNEN EN ALGORITMEN

Er is een aantal grote projecten waarin behandelingen werden geëvalueerd die gegeven worden volgens een bepaald algoritme of richtlijn onder -relatief- optimale omstandigheden. Deze behandelingen worden vergeleken met behandelingen die gegeven worden volgens de normale praktijk. Dit type onderzoek is grotendeels uitgevoerd bij patiënten met een depressieve stoor-

nis in eerste en tweede lijn die behandeld werden met richtlijnen voor de medicamenteuze behandeling. We bespreken een systematische review van deze literatuur (Adli et al., 2006) en twee recente randomized controlled trials (RCT's; Bauer et al., 2009; Yoshino et al., 2009).

De systematische review van Adli et al. (2006) vergelijkt de effectiviteit van algoritmes bij de depressieve stoornis met treatment as usual. In de behandelingen volgens de onderzochte algoritmes werd naast informatie en educatie over de richtlijn bijvoorbeeld gewerkt met feedback op trouw aan de richtlijn door de behandelaars reminders op papier of per computer te geven of door consultatie met een expert mogelijk te maken. Zeven omvangrijke studies werden in het literatuuroverzicht geïnccludeerd. Uit al deze 7 studies bleek dat behandeling volgens het algoritme significant vaker leidde tot remissie en respons van de depressieve stoornis. Daarbij bleek dat patiënten die volgens het algoritme behandeld werden meer tevreden waren dan patiënten die behandeld werden in de controle conditie.

In een RCT van Bauer et al. (2009) werden 128 opgenomen patiënten met een depressieve stoornis toegewezen aan een medicatie algoritme (n=74) of aan 'treatment as usual' met medicatie. De patiënten die volgens het algoritme werden behandeld, knapten significant sneller op, ondergingen significant minder vaak een wisseling in de behandelstrategie en gebruikten significant minder psychotrope medicatie. Een studie van Yoshino et al. (2009) bij 210 poliklinische depressieve patiënten bevestigt de superieure resultaten van een medicatie algoritme zoals gevonden in de studie van Bauer et al. (2009). Opvallend was in deze studie dat de latere stappen van het algoritme weinig gebruikt werden, omdat de non-responders vroegtijdig uitvielen.

De vraag die deze resultaten oproept is welk element van een richtlijn nu verantwoordelijk is voor dit superieure effect. Het is waarschijnlijk dat hierbij niet alleen de effecten van de individuele behandelingen waaruit het algoritme of de richtlijn is opgebouwd een rol spelen. Een essentieel verschil ten opzichte van de huidige praktijk is dat ook het proces van behandelen wordt verbeterd. In de richtlijn-condities werden de klachten van patiënten systematisch gevolgd door op vooraf bepaalde momenten vragenlijsten af te nemen. Bij non-respons werd een andere behandeling ingezet of werd de behandeling anderszins aangepast. Deze vorm van behandeling wordt ook wel 'measurement-based care' of 'routine outcome monitoring' genoemd. Mogelijk dat deze monitoring een zelfstandige bijdrage levert aan het superieure effect van de geëvalueerde algoritmes. Patiënten worden dermate frequent onderzocht dat effectiviteit, bijwerkingen en hun mening over de behandeling beter bekend is en door de behandelaars meegewogen worden in het te volgen behandelbeleid. In de meeste studies is het verschil tussen het behandelen volgens een richtlijn en de gebruikelijke zorg vooral op korte termijn groot. De richtlijn-conditie verbetert als het ware sneller. In deze studies wordt de richtlijn-conditie onder min of meer optimale omstandigheden gegeven. De vraag is of het

superieure effect van de richtlijn ook overeind blijft als we kijken naar praktijkonderzoek: onderzoek, waarin de richtlijn in de routine praktijk werd geïmplementeerd.

EN NU: IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJNEN?

Op basis van de bovenstaande gegevens zouden we moeten concluderen dat de evidence-based richtlijnen die in Nederland zijn ontwikkeld voortvarend geïmplementeerd zouden moeten worden om zo de resultaten van ons klinisch handelen te verbeteren. Diverse reviews geven inzicht in de effectiviteit van verschillende implementatiestrategieën in de algemene gezondheidszorg (o.a. Grol & Grimshaw, 2003). Over het algemeen blijkt uit implementatieonderzoek dat de routine van behandelaars moeilijk te beïnvloeden is en enkelvoudige interventies hiervoor onvoldoende zijn. Weinmann et al. (2007) beschrijven in een meta-analyse 9 RCT's die het effect van implementatiestrategieën bestudeerden op het voorschrijfgedrag van behandelaars en ernst van psychische klachten bij patiënten. Het betreft voornamelijk studies verricht bij depressieve klachten en bij patiënten die willen stoppen met roken. In tegenstelling tot de in de vorige paragraaf genoemde RCT's gaat het hier om onderzoek naar de effectiviteit van richtlijnen in de praktijk van alledag.

Uit deze studies bleek dat het gedrag van behandelaars in de GGZ slechts moeilijk te veranderen valt en dat men snel geneigd is terug te vallen in oude routine. Met name bleken interventies effectief die specifiek op een bepaalde concrete behandel situatie waren toegesneden, zoals individuele feedback en scholing. Dit maakt dat de effectieve interventies in de ene behandelsetting niet automatisch toepasbaar zijn in de andere. Het effect van het correct uitvoeren van de richtlijn op de ernst van de depressieve klachten was nauwelijks onderzocht, en bleek voor zover wel bekend in deze setting slechts marginaal te zijn.

Duidelijk is dat van het simpelweg rondsturen van richtlijnen niet te verwachten is dat dit zal leiden tot een betere behandelpraktijk. Na identificatie van belemmerende en bevorderende factoren zijn specifiek hierop gerichte interventies nodig om het gedrag van behandelaars te veranderen. Hiernaast moeten interventies zich ook richten op belemmerende factoren op het niveau van de patiënt en de organisatie van de zorg.

Toekomstig onderzoek zal duidelijk moeten maken hoe implementatie van richtlijnen het meest effectief kan plaatsvinden en welke elementen van zorg volgens evidence-based richtlijnen en algoritmen het beste effect teweeg brengt op de klachten van de behandelde patiënten. Daarvoor moeten in onderzoek de belemmerende en bevorderende factoren voor het toepassen van evidence-based richtlijnen beter in kaart gebracht worden. Ook onderzoek dat de toepasbaarheid van richtlijnen in de dagelijkse praktijk kan vergroten door leemtes in kennis over behandeling van bijvoorbeeld comor-

biditeit en bijzondere groepen als allochtonen en ouderen te vergroten is hard nodig. Duidelijk is dat dit onderzoeksgebied nog in zijn beginfase is. Met Leucht (2007), de gastredacteur van de aflevering van de *Acta Psychiatrica Scandinavica* waarin de meta-analyse van Weinmann et al (2007) werd gepubliceerd, concluderen wij dat deze tegenvallende conclusies niet betekenen dat de evidence-based GGZ omgebogen moet worden, maar dat we verder moeten gaan met onderzoek naar manieren om de evidence-based benadering in onze klinische praktijk te optimaliseren.

SUMMARY

The effectiveness of evidence-based guidelines for psychiatric patients

From this literature review it appears that a major part of our psychiatric patients are not currently treated with evidence-based treatments. It has been theoretically shown that when these patients would be treated along the lines of evidence-based guidelines, the severity of their psychiatric complaints would decrease significantly and they would suffer from less adverse consequences. These results are corroborated with RCTs comparing the efficacy of evidence-based guidelines with treatment as usual. Effectiveness research yields, however, less optimistic results. Research into the methods of successfully implementation has shown that the effect of implementation of guidelines has limited effect on the change of the behaviour of professionals and subsequently on the improvement of psychiatric complaints of the patients. More research into this area is needed.

Key words: evidenced-based guidelines, effectiveness-research, psychiatric complaints

LITERATUURLIJST

- Adli, M., Bauer, M.S., & Rush, J. (2006). Algorithms and collaborative-care systems for depression: Are they effective and why? A systematic review. *Biological Psychiatry*, 59, 1029-1038.
- Andrews, G., Issidakis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsey, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Bauer, M., Pfennig, A., Linden, M., Smolka, M.N., Neu, P., & Adli, M. (2009). Efficacy of an algorithm-guided treatment compared with treatment as usual: a randomized controlled study of inpatients with depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29, 327-333.
- Boardman, J., Henshaw, C., & Willmott, S. (2004) Needs for mental health treatment among general practice attenders. *British Journal of Psychiatry*, 185, 318-327.
- Fernandez, A., Haro, J.M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T.S., Autonell, J., de Girolamo, G., Bernert, S., Lepine, J.P., & Alonso, J. (2007) Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry* 190, 172-173.

- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 362 (9391), 1225-1230.
- Issidakis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G., & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34, 19-35.
- Leucht S. Psychiatric treatment guidelines: doctors' non-compliance or insufficient evidence? Editorial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007, 115, 417-419.
- Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Smolders, M., Laurant, M.G.H., van Marwijk, H.W.J., Bensing, J.M., van der Meer, K., & Penninx, B.W. (2011). De zorg voor mensen met angst en depressie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, A2360.
- Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., Prins, M., van Marwijk, H., Penninx, B.W., Wensing, M., & Grol, R. (2009). Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnoses. *General Hospital Psychiatry*, 31, 460-469.
- van Balkom, A.J.L.M. (2005). Imago. Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 825-826.
- van Everdingen, J.J.E. (2003). Een hoop gedoe, maar wel de moeite waard. Oordelen van artsen over richtlijnen. *Medisch Contact*, 58, 473-476.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005) Twelve-months use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-40.
- Weinmann, S., Koesters, M., & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 420-433.
- Yoshino, A., Sawamura, T., Kobayashi, N., Kurauchi, S., Matsumoto, A., & Nomura, S. (2009). Algorithm-guided treatment versus treatment as usual for major depression. *Psychiatry Clinics Neuroscience*, 63, 652-657.