

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

Richtlijnen in de GGZ: beter weten of betweten?

Frank Asmus^I
*Frank Asmus is
 psychiater en
 gezinstherapeut,
 werkzaam als
 geneesheer-directeur en behandelend psychiater bij de Bavo RNO Groep, Rotterdam.*

Samenvatting *Vanuit brancheorganisatie GGZ Nederland is momenteel een offensief gaande om multidisciplinaire richtlijnen in de psychiatrie met grote vaart geïmplementeerd te krijgen bij hulpverleners en binnen organisaties. De richtlijnen zijn gebaseerd op zogenaamde evidence based inzichten, die worden afgeleid van randomized clinical trials. Dit artikel beschrijft enkele recente begrippen. Daarna wordt beschreven wat verstaan wordt onder evidence based, welke valkuilen kunnen optreden bij het vertalen naar algemene praktijkrichtlijnen en hoe de recente praktijk van richtlijnontwikkeling zich heeft voltrokken. De auteur concludeert dat de huidige richtlijnen niet geschikt zijn als sturingsmiddel in behandeling en organisatie; hooguit als hulpmiddel, dat gewogen dient te worden. Het heeft bij de richtlijncommissies dan ook ontbroken aan bescheidenheid en relativeringsvermogen. Het artikel wordt besloten met enkele aandachtsggebieden bij de ontwikkeling van behandel-/ zorgaanbod binnen instellingen.*

INLEIDING

De GGZ in Nederland wordt momenteel gedomineerd door de komst van zorgprogrammering, richtlijnen en Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Voor de ene na de andere DSM-IV diagnose wordt een multidisciplinaire richtlijn opgesteld. Brancheorganisatie GGZ Nederland wijst de weg: 'Daarbij zet de GGZ in op *evidence based* behandelen' (GGZ Nederland, 2004). Bewezen effectief, toetsbaar en transparant, dus waar voor uw/ons dure geld. De ziektekostenverzekeraars zijn er ook op gebrand, evenals op DBC's. Wat valt daar tegenin te brengen? U wilt toch ook zo'n goed getoetste behandeling wanneer u wat mankeert?

Het lijkt allemaal prachtig, maar is het dat ook? Welke bezwaren en risico's kleven aan deze ontwikkeling in de zorg? Het is nodig om kritisch stil te staan bij het begrip *evidence based* en bij de huidige

I Correspondentieadres: f.asmus@bavornogroep.nl

praktijk van richtlijnontwikkeling. Mijn conclusie is dat er nogal wat in te brengen is tegen de manier waarop de laatste jaren de richtlijnen zijn ontwikkeld, maar ook tegen het dwingende karakter waarmee die richtlijnen aan de beroepsbeoefenaren worden opgelegd en hun invloed doen gelden op de organisatie en inrichting van de zorg. Naar mijn mening leidt de manier waarop de richtlijnen nu zijn opgesteld er hooguit toe dat ze kunnen worden meegewogen bij het behandelbeleid, maar zeker niet centraal gesteld mogen worden. Die opvatting vraagt om andere keuzes in behandeling en de organisatie daarvan. Ik kom tot enkele uitgangspunten daarvoor die daarbij zouden kunnen helpen. Ook richtlijnen, maar dan van een andere orde.

RICHTLIJNEN
IN DE GGZ:
BETER WETEN
OF BETWETEN?

NIEUWE BEGRIPPEN IN DE GGZ

Begrippen als zorgprogramma's, richtlijnen en protocollen en *evidence-based medicine* zijn de afgelopen jaren bezig aan een duidelijke opmars. Voor een overzicht zie bijvoorbeeld Franx e.a. (2002). Een korte begripsbepaling lijkt mij op zijn plaats.

Zorgprogrammering

Een zorgprogramma is een set afspraken over de zorgverlening aan een omschreven doelgroep (De Boer, 2001). Zorgprogramma's zeggen iets over de organisatie van de zorg alsmede over de inhoud ervan. De doelgroep kan een DSM-categorie zijn, maar ook bijvoorbeeld *multi-problem* families of zwerfjongeren. De vraag die eraan vooraf gaat, kan vanuit cliëntenperspectief luiden: als ik me met die en-die klachten bij jullie zou melden, hoe zou dan een behandeling er uit kunnen zien, wie zou er bij betrokken worden en wat heb ik zelf over mijn behandeling te zeggen? En wat als ik niet tevreden ben over mijn behandeling of na verloop van tijd onveranderd klachten houd? Geen onredelijke vragen, lijkt me, daar moet je helder over kunnen zijn.

Zorgprogrammering betekent op zich niet dat je na het stellen van een DSM-diagnose meteen een vastgesteld behandeltraject moet gaan volgen. Inhoudelijk heb je als hulpverlener alle ruimte om het zo in te vullen als het je goeddunkt in samenspraak met de cliënt. Ook betekent zorgprogrammering op zich niet dat de organisatie opgeknapt moet worden, dat wil zeggen ingericht naar zorgprogramma's, bijvoorbeeld een afdeling angststoornissen en een afdeling depressieve stoornissen. Toch gebeurt dit nu wel op veel plaatsen. Dit wordt vooral vanuit de academische setting aangestuurd omdat men daar veel waarde hecht aan een DSM-stoornisspecifieke behandeling.

Richtlijnen

FRANK ASMUS

Richtlijnen beogen de inhoud van de zorg te sturen. Zij willen aanbevelingen geven voor goede hulpverlening. Protocollen zijn uitwerkingen van richtlijnen gericht op het handelen van de hulpverlener; zij geven stappen aan in het hulpverleningsproces waar hulpverleners zich aan dienen te houden. Vroeger waren richtlijnen vooral *expert* ('eminence') *based*, tegenwoordig wordt daar laatdunkend over gedaan en gaan we uit van *evidence based* richtlijnen, dat wil zeggen gebaseerd op Randomized Clinical Trial-onderzoek. Hulpverleners zouden alleen beredeneerd moeten kunnen afwijken van deze richtlijnen, zo is de wens van de huidige generatie ontwerpers.

Veel beroepsgroepen in de medische zorg hebben monodisciplinaire richtlijnen, dat wil zeggen opgesteld door één enkele beroepsgroep. Sinds 1998 is er een door het ministerie van VWS gefinancierde Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, waarin verschillende beroepsgroepen zijn vertegenwoordigd. Ook cliënten- en familieorganisaties zijn hierbij betrokken. Ondersteuning wordt geboden door het Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut. De eerste multidisciplinaire richtlijnen zijn inmiddels af: Angststoornissen (Landelijke Stuurgroep, 2003), Depressie (Landelijke Stuurgroep, 2005) en Schizofrenie (Landelijke Stuurgroep, 2005). Er zijn ook al samenvattingen gemaakt en cliëntenversies zijn in de maak. Om een indruk te geven: de Richtlijn Angststoornissen heeft een omvang van 276 pagina's en de samenvatting telt 61 pagina's (!).

En het proces van implementatie van de richtlijnen gaat nu ook van start. Het Trimbos-instituut is met grote vaart bezig landelijke basisprogramma's te maken met op de regio's toegesneden zorgprogramma's, gebaseerd op de teksten van de multidisciplinaire richtlijnen.

'Doorbraakprojecten' worden gestart waarin multidisciplinaire teams van hulpverleners samenwerken om onderdelen uit de richtlijn toe te passen, eveneens ondersteund door het Trimbos-instituut. Deze methode is overgekomen uit de VS en er is in Nederland al ervaring mee opgedaan in de somatische geneeskunde, bijvoorbeeld bij het mammacarcinoom. Veel nascholing staat inmiddels in het teken van de richtlijnen en er wordt vanuit gegaan dat werken volgens richtlijnen en protocollen binnenkort steeds belangrijker zal gaan worden.

DBC

Een andere ontwikkeling is de komst van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de GGZ. Een DBC is een geheel van activiteiten en verrichtingen van de instelling en de (medisch) specialist,

voortvloeiend uit de zorgvraag van de patiënt. Per januari 2006 zal met DBC's gewerkt gaan worden. Er zal nog een overgangsfase zijn, maar daarna zal de gehele financieringssysteem binnen de GGZ erop gebaseerd zijn, vergelijkbaar met wat in de somatische geneeskunde al enkele jaren gebruik is. Deze beweging past goed bij een psychiatrische discipline die zich de laatste decennia weer duidelijker als gewoon medisch specialisme is gaan profileren en er de nadruk op legt dat er eigenlijk geen wezenlijk verschil is tussen het hebben van een depressie en bijvoorbeeld diabetes of mammacarcinoom.

De invoering van DBC's gaat samen met de overheveling van de 'op genezing gerichte zorg' uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de zorgverzekeringswet. Op basis van een DSM-IV diagnose zullen ruim vijftig DBC's worden gemaakt. Verschillende aanbieders kunnen zo met elkaar op prijs en inhoud concurreren. Bij deze ontwikkeling speelt de wens mee meer grip te krijgen op de *black box* die de GGZ in de ogen van veel mensen is. Zo zei minister Hoogervorst bij de presentatie van het eerder genoemde visiedocument van GGZ Nederland: '(...) dat therapie geen mysterieuze tovenarij van de psychiater is, maar een helder omschreven geheel van acties die je ook in een DBC kunt vastleggen'. Toetsbaarheid en transparantie zijn ook hier sleutelwoorden.

Op zich is de DBC-ontwikkeling niet per se sturend voor wat betreft de inhoud. Instellingen kunnen geen eigen DBC's maken, maar hebben wel de vrijheid te bepalen wat zij willen aanbieden. Toch ligt centrale sturing op de loer; de hoogleraar richtlijnontwikkeling is tevens voorzitter van de landelijke werkgroep DBC-ontwikkeling.

DE POSITIE VAN DE GEZINSTHERAPIE BINNEN DE RICHTLIJNEN

Het zal wellicht niet verbazen, maar de huidige drie multidisciplinaire richtlijnen geven geen enkele rol aan voor de gezinstherapie. Het gezin of de familie komen hier en daar voor in de inventariserende sfeer en bij psycho-educatieve interventies van verpleegkundigen. Eenmaal wordt gezinstherapie genoemd als voortgezette opleiding van maatschappelijk werkenden. Het woord 'systeem' komt bij angststoornissen voor in de vorm van: serotonerg systeem.

ONTWIKKELINGEN BINNEN DE GEZINSTHERAPIE

Ook binnen het veld van de gezinstherapie worden inmiddels geprotocolleerde behandelingen uitgevoerd en onderzocht op effectivi-

RICHTLIJNEN
IN DE GGZ:
BETER WETEN
OF BETWETEN?

teit. We zien dat bij Functional Family Therapy (Breuk, 2005; Van de Vijfeijke, 2005), bij Multi Systemic Therapy (Van Voorst, 2004), bij een programma als Families First en bij protocollaire gezinsbehandeling bij anorexia nervosa (Van Voorst, 2005). Ook Jones en Asen (2002) werkten met een behandelprotocol bij hun vergelijkend onderzoek tussen partnerrelatietherapie, cognitieve therapie en medicijntoediening.

De mate van *evidence* wordt hierbij nog (lang) niet voldoende geacht; het ontbreekt aan voldoende bij herhaling effectief gebleken en op dezelfde manier uitgevoerde protocollaire behandelingen. Opname in landelijke richtlijnen is dan ook nog niet direct te verwachten. Larner (2004) bezon zich in kritische zin op de relatie tussen gezinstherapie en de strikte opvatting van *evidence based*. In dit tijdschrift besprak Van Voorst (2005) dit artikel en reageerde Rober (2005) daar weer op.

VERSCHILLENDE BELANGEN

De verschillende partijen binnen de GGZ hebben hun eigen belangen bij zorgprogramma's en richtlijnen; deze kunnen (gedeeltelijk) strijdig zijn met elkaar. Zo zullen beleidsmakers en verzekeraars doelmatige zorg willen kunnen onderscheiden van inefficiënte zorg. De verhouding tussen kosten en effectiviteit speelt hierbij een belangrijke rol. Managers willen weten hoe ze hun organisatie het beste kunnen inrichten en welke professionals, met welke expertise voor het verrichten van bepaalde behandelingen, ze dan in huis moeten halen. Professionals zullen zo goed mogelijke zorg willen verrichten; ook willen ze daarbij een behandeling bieden waarvan ze zelf denken dat die passend is en waarin ze wellicht gespecialiseerd zijn, zonder in eerste instantie rekening te houden met de kosten. Beroepsorganisaties willen professionals handvatten geven en sturen bij hun beroepsuitoefening. Daarmee willen ze ook een bijdrage leveren aan het bestrijden van ondoelmatig en eventueel eigengereid gedrag van individuele collega's. En *last but not least*, cliënten willen kunnen meedenken of de behandeling die ze krijgen wel voldoet aan de algemeen gangbare normen. Ze willen hun behandelaren hier op kunnen afrekenen of keuzes kunnen maken welke behandeling ze bij wie gaan zoeken.

VOORDELEN VAN RICHTLIJNEN

Wanneer richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's algemeen geaccepteerd worden, kunnen ze als onderlegger gebruikt worden door de verschillende partijen in de GGZ. Individuele hulpverleners

en organisaties kunnen worden beoordeeld op aangeboden therapievormen, zowel door cliënten als door verzekeraars en beleidsmakers. Zeker bij medicatieverstrekking is duidelijk geworden dat het op een juiste wijze doseren en omgaan met mogelijke bijwerkingen van groot belang is; richtlijnen zijn hierbij onontbeerlijk. Zorgprogrammering kan worden opgezet volgens richtlijnen waarbij er per diagnose een helder aanbod ontstaat. Ook kan door organisaties beter de behoefte aan professionals met een bepaalde opleiding worden bepaald.

Daarnaast bevatten protocollen veelal evaluatieve procedures met cliënten en cliëntsystemen. Dit kan helpen de gedeelde verantwoordelijkheden nadrukkelijker in beeld te krijgen. Ook helpen protocollen bij complexere behandelingen waarbij meerdere behandelaren betrokken zijn; doelen, uitgangspunten en procedures zijn helder voor iedereen. Dit bevordert de teamsamenwerking, waarvan hulpvragers weer kunnen profiteren. Dit kunnen specifieke effecten genoemd worden; ze staan min of meer los van de gekozen therapievorm.

RICHTLIJNEN
IN DE GGZ:
BETER WETEN
OF BETWETEN?

BEDENKINGEN

In de kritiek op de huidige richtlijnen zijn verschillende aspecten te onderscheiden.

1. Bezwaren tegen de (keuze voor) Randomized Clinical Trial als basis voor de te bewijzen *evidence* en tekortkomingen in de uitvoering hierbij.
2. Bezwaren tegen de vertaalslag van Randomized Clinical Trials naar richtlijnen voor de behandelpraktijk.
3. Bezwaren tegen het proces van richtlijnontwikkeling en -toepassing in Nederland.

1. Bezwaren tegen de (keuze voor) de Randomized Clinical Trial

De Randomized Clinical Trial (RCT) wordt beschouwd als de gouden standaard bij het bepalen van de *evidence base*. Dit houdt in dat er sprake dient te zijn van aangetoonde effectiviteit in meerdere onderzoeken, met controlegroepen bij voorkeur met dubbelblinde behandeling, waarbij een behandelprotocol vereist is en gerichtheid op een specifieke cliëntenpopulatie. Hierbij kunnen diverse kanttekeningen worden geplaatst.

– Dubbelblind

De vereiste dat behandelaars niet weten welk middel als therapie toegepast wordt, is met betrekking tot psychotherapeutische metho-

den niet toepasbaar. Wel kan gezorgd worden dat beoordelaars/onderzoekers niet weten wat voor behandeling iemand ondergaan heeft. Het is ook met medicijnonderzoek vaak niet zo dubbelblind als het lijkt; onderzoekers blijken veelal op grond van het bijwerkenprofiel te weten of de cliënt het onderzochte middel gebruikt heeft of niet (Moncrieff, 2001). Evenals cliënten trouwens. Voeg dit bij de gewekte verwachtingen van het nieuwe middel en placebo-effecten zijn niet te vermijden. Dit heeft dus niets met feitelijke werkzaamheid van een middel te maken. Op zich zou deze factor vrij gemakkelijk kunnen worden meegenomen in onderzoek; het is dan ook niet goed te begrijpen waarom dit zo weinig gebeurt.

– *Behandelprotocol*

Aan de eis van het hebben van een behandelprotocol, opdat het onderzoek herhaald kan worden, is veel makkelijker te voldoen bij geneesmiddelonderzoek en cognitief-gedragsmatige en psycho-educatieve interventies, dan bij benaderingen waarbij de relationele context centraal staat. Daarmee zijn deze behandelvormen, onder andere veel vormen van systeemtherapie, fors in het nadeel. Dit geldt trouwens ook voor zelfhulpgroepen.

– *Follow-up duur*

De meeste onderzoeken bestrijken korte perioden. Het op korte termijn doen verminderen van targetsymptomen staat daarbij centraal. Relevantie van bepaalde interventies over langere perioden van een mensenleven is veel moeilijker te meten. Daar zijn analytisch en interactioneel georiënteerde therapieën, waaronder diverse vormen van gezinstherapie, in het nadeel. Deze therapeutische stromingen richten zich meer op de contextgebonden factoren en/of persoonlijke groei, die vooral op de langere termijn effect kan sorteren.

– *Meta-analyses*

Evidence based medicine is in sterke mate afhankelijk van meta-analyses. Deze meta-analyses zijn optimaal wanneer vergelijkbare trials worden vergeleken. In essentie kunnen meta-analyses uit zichzelf geen origineel onderzoek stimuleren of nieuwe richtingen aangeven. Zij concentreren zich op een deel van het onderzoeksveld dat al vrij goed belicht is en zij verwaarlozen het veel grotere gebied dat nog onbekend is (Feinstein, 1995). Bovendien zijn zij zeer gevoelig geblesken voor publicatiebias onder invloed van de farmaceutische industrie. Zo constateren Bekelman e.a. (2003) in hun systematische *review* dat financiële relaties tussen industrie, onderzoekers en academische onderzoekscentra wijdverspreid zijn. En zij concluderen

ook dat onderzoek en publicaties op allerlei manieren daardoor beïnvloed worden. Zo is veel onderzoek farmaceutgestuurd; als er nieuwe geneesmiddelen aan te pas komen, is de kans dat er een toetsend onderzoek uitgevoerd wordt veel groter. En wanneer er sprake is van sponsoring is de kans op een positieve uitkomst voor het nieuwe geneesmiddel duidelijk groter. Baker e.a. (2003) onderzochten dit bij onderzoeken van nieuwere antidepressiva en concluderen dat er een duidelijke associatie tussen sponsoring en kwantitatieve uitkomsten bestaat. Melander e.a. (2003) onderzochten de publicatiebias bij gesponsorde studies veroorzaakt door multiële publicatie, selectieve publicatie en selectief rapporteren, en komen tot vergelijkbare bevindingen. Het debat over de (on)werkzaamheid van antidepressiva is dan ook nog lang niet uitgewoed (Parker e.a., 2003; Treffers e.a., 2005).

Daarnaast is allerlei relevant onderzoek te doen waarvoor financiering ontbreekt, omdat er geen belang voor en dus geen belangstelling van de farmaceutische industrie is. Zo zou het relevant zijn om te weten of bepaalde subgroepen misschien meer baat hebben bij bepaalde medicamenten dan andere. Het is echter niet in het belang van farmaceutische bedrijven te opereren in kleine niches van de markt. Ze willen hun middelen veel liever aan iedereen slijten.

Er is ook een duidelijke publicatiebias ten voordele van positieve resultaten. Negatieve resultaten komen in de toonaangevende bladen niet snel voor plaatsing in aanmerking of verdwijnen al in een eerder stadium in de la van de onderzoeksinstituten (Decullier e.a. 2005). Een verplichte registratie van *clinical trials* is recent op veel plaatsen ingevoerd, wat een deel van dit laatste bezwaar zou kunnen wegnemen.

2. Bezwaren tegen de vertaalslag naar praktijkrichtlijnen

– Cliëntenselectie

Het soort cliënten in onderzoeken is vaak niet vergelijkbaar met gemiddelde klinische populaties. In de cliëntenpopulatie in de meeste onderzoeken mag slechts sprake zijn van één diagnose, terwijl in de praktijk het hebben van meerdere diagnoses eerder regel dan uitzondering is. De onderzoeksresultaten zijn ook om die reden niet zo maar te vertalen naar de praktijk van alledag.

– Gender en cultuur

De meeste onderzoekingen zijn niet seksspecifiek en maken geen onderscheid tussen culturen. De onderzochte cliëntenpopulatie is hoofdzakelijk uit de blanke cultuur afkomstig, waardoor de bevin-

dingen zich slecht laten vertalen naar de multiculturele samenleving (Manna & Bruijnzeels, 2004).

FRANK ASMUS

– De betrekkelijkheid van de diagnostiek

De samenstelling van proefgroepen in het toetsend onderzoek is gebaseerd op diagnostische categorieën die op zich zijn ontwikkeld op basis van consensus, die in een volgende DSM-versie weer anders kunnen uitvallen, met nieuwe criteria en diagnoses als gevolg. Zo staat de validiteit casu quo bruikbaarheid van een heterogene diagnose als schizofrenie nogal ter discussie. Van Os (2003), hoogleraar psychiatrie te Maastricht, noemt de diagnose schizofrenie pure gewichtigdoenerij, die gepaard gaat met een enorme biologische vooringenomenheid. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt schizofrenie samen te hangen met armoede, traumatisering en isolement; factoren die in de richtlijnen nauwelijks een rol spelen.

Ook de huidige diagnose depressie volgens DSM-IV ligt toenemend onder vuur, daar waar het bijvoorbeeld gaat om de afgrenzing van lichtere vormen en van bepaalde angststoornissen. Schoevers e.a. (2005) vonden in een bevolkingsonderzoek bij de door hun onderzochte populatie van ouderen eerder aanwijzingen voor dimensionele verschillen tussen angst en depressie dan het bestaan van categoriale verschillen. Wanneer etiologie en beloop en prognose samenvallen, waarom dan nog spreken van verschillende aandoeningen?

– Aspecifieke factoren

Hubble e.a. (1999) laten ervaren onderzoekers en klinici aan het woord en komen tot de conclusie dat factoren die niet aan een specifieke therapeutische techniek gebonden zijn zeker voor 85% bijdragen aan het resultaat bij psychotherapieën. In de tot heden gepubliceerde richtlijnen wordt op deze factoren niet nader ingegaan.

3. Bezwaren tegen het proces van richtlijnontwikkeling in Nederland

Voor wat betreft de kritiek op de manier waarop in Nederland richtlijnen ingevoerd zijn dan wel gaan worden, heeft Pols (2004) op treffende wijze een aantal zaken op een rijtje gezet.

Pols verzet zich niet tegen de richtlijnen op zich maar wel tegen de pretentie van die richtlijnen. In de richtlijnteksten staat dat er in individuele gevallen beredeneerd van mag worden afgeweken. Op grond van deze en andere formuleringen in de richtlijnteksten komt Pols tot de conclusie dat er gesproken kan worden van paternalisme of repressieve tolerantie. Ook constateert hij dat we in Nederland de

Amerikanen voorbijstreven die het hebben over ‘a set of patient care strategies developed to *assist* physicians in clinical decision making’. Pols zoekt vervolgens naar mogelijk geldige argumenten om van de richtlijnen af te wijken. Hij concludeert hierover dat de ingewikkeldheid van het klinisch beslissingsproces en de bijkomende relationele en individuele contextgebonden factoren maken dat de argumentatie-eisen niet gebaseerd zijn op een realistische interpretatie van de praktijk. Het is zijn vrees dat psychiatrisch handelen met zijn nadruk op conformisme steeds monotoner en saaier zal worden. En zal leiden tot een op de doorsneepatiënt gerichte, ontzielde psychiatrie. Waarvan het nog maar de vraag is of deze effectief zal zijn. Pols: ‘Een van de variabelen die de kans op een gunstige behandelingsovereenkomst sterk beïnvloedt, is immers juist het contact tussen therapeut en patiënt’. Hij besluit dan ook met: ‘Richtlijnen dienen hulpmiddelen te zijn, geen opdrachten’.

RICHTLIJNEN
IN DE GGZ:
BETER WETEN
OF BETWETEN?

Ook binnen de richtlijnencommissies is er niet steeds sprake geweest van consensus en acceptatie van de gepubliceerde richtlijnen. Zo heeft Stichting Pandora, een onafhankelijke stichting die opkomt voor mensen met psychische en psychiatrische problemen (‘Ooit ’n normaal mens ontmoet, en... beviel ‘t?’), zich gedistantieerd van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Knuttel, 2004). Knuttel geeft vele inhoudelijke bezwaren, onder andere:

- de eenzijdige keuze voor effectiviteit van een geïsoleerde interventie gericht op meetbaar verminderen van klachten, in plaats van mede aan te sluiten op doelen die patiënten stellen voor hun behandeling, waarbij bejegening, zingeving en het praktisch ‘nut’ van de therapie van belang zijn;
- duidelijke twijfels aan de vermeende objectiviteit en wetenschappelijkheid van de gehanteerde uitgangspunten en de wijze waarop de richtlijn tot stand is gekomen, onder andere door de eenzijdige aandacht voor RCT’s en de verstrengeling van de farmaceutische industrie met wetenschappelijk onderzoek en de verbinding met leden van de richtlijncommissie;
- er ontbreken handvatten voor het ondersteunen van familie en andere direct betrokkenen;
- er is slechts in de zijlijn aandacht voor aspecten als persoonlijke ontwikkeling, gender, etniciteit, familie- of gezinsstructuur, religiositeit en spiritualiteit.

Knuttel vermeldde ook dat de juridische status van de richtlijnen veel groter blijkt dan aanvankelijk voorzien. Zij noemde hierbij een Invitational Conference ‘Willen, mogen, moeten; juridische en

maatschappelijke aspecten van de multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ' in oktober 2004. Op deze bijeenkomst werd de status van de richtlijn gekarakteriseerd als juridisch bindend, vergelijkbaar met wetgeving. Het moge duidelijk zijn, Stichting Pandora pleit voor een grondige herziening van de richtlijnsystematiek.

FRANK ASMUS

Ook het Nederlands Huisartsen Genootschap, eveneens deelnemende partij in de werkgroep, heeft de richtlijn beoordeeld en onvoldoende bevonden (Timmermans, 2004). Het huisartsgeneeskundig handelen komt nauwelijks aan bod, daar waar het gaat om voorlichting en begeleiding. Er wordt in de richtlijn namelijk pas van behandeling gesproken wanneer er sprake is van pillen geven en psychotherapie. Dit gaat dus uit van een ander concept van behandeling. Daarnaast constateert het Genootschap zwaarwegende bezwaren van methodologische aard; het niveau van de bewijskracht komt niet overeen met de kracht van sommige aanbevelingen, en goede onderbouwing ontbreekt nogal eens.

REACTIES OP KRITIEK OP DE RICHTLIJNEN

Op het afgelopen Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie volgde ik een discussiegroep over de lotgevallen van de stuurgroep bij het ontwikkelen van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Dit vond plaats kort na publicaties in het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv, Treffers e.a., 2005) waarin twijfels over de werkzaamheid en risico's van de veel voorgescreven moderne antidepressiva werden belicht. Professor Swinkels, adviseur van de stuurgroep namens het Trimbos-instituut, liet ons daar weten dat de verhalen in het MGv niet door deskundigen waren geschreven. Hij kon, zo leek me, zijn woede nauwelijks onderdrukken. En dat Stichting Pandora zich tegen de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie had verklaard, was omdat deze door de overheid gesponsorde club er nu eenmaal was om overal op tegen te zijn. Over de huisartsen die ook niet akkoord waren gegaan, deed hij alsof ze een spelletje hadden gespeeld. 'Zogenaamd willen ze geen dure pillen voorschrijven; in de praktijk doen ze niet anders, en toen hadden ze ineens allerlei andere bezwaren.' En hij vertelde ook dat psychiaters weten hoe het zit omdat zij nu eenmaal over de meest uitgebreide literatuurdatabase beschikken.

Verder kreeg ik voorbeelden te horen waarvoor richtlijnen van nut zouden zijn. 'Dan ligt iemand niet meer zomaar vier jaar op bed met een psychotische depressie', 'Dan krijgt iemand geen vier jaar psychoanalyse meer bij een depressie', en 'Kijk maar naar die op handen gedragen kinderarts in Engeland waar kinderen in grote

getale het loodje bleken te leggen'. Verder waren er tegenstrijdige uitlatingen over de status van de richtlijnen. 'Je hoeft je geen zorgen te maken, het gaat er alleen om grote misstanden aan te kunnen pakken.' Maar ook: 'Ze zijn echt niet vrijblijvend. Het zijn de bouwstenen voor zorgprogramma's'.

Ook vanuit de zaal kwam kort de weerstand bij hulpverleners aan bod, bijvoorbeeld bij psychologen die nu, conform de Richtlijn Angststoornissen, zogenaamd effectief gebleken items in de gesprekken moesten gaan inbrengen en daar toch wel moeite mee hadden. Puberaal gedrag van die lui, zo was de strekking van enkele reacties.

Op hetzelfde congres volgde ik ook een minisymposium. Hier besprak Kunneman, filosoof en hoogleraar aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht, de *evidence based* psychiatrie in relatie tot de overige kennisdomeinen, te weten de praktisch-professionele kennis en de 'waardengeladen' interpretaties, ook wel de 'humus' genoemd. Vooral deze 'humus' was volgens Kunneman uit het huidige discours verdwenen. Er klonk forse bezorgdheid door over de recente ontwikkelingen en de manier waarop de huidige eenzijdige benadering reductie pleegt op de beroepspraktijk. Aan het eind was er een reactie uit de zaal van een veelbelovende academische psychiater, die zich werkelijk onder de indruk toonde van het verhaal en daarna vroeg: 'Kunnen we daar (voor de 'humus', FA) de As V (DSM-IV) niet voor gebruiken?' Even ontregeld, maar gelukkig is de oplossing voorhanden: gewoon invoegen in het gangbare classificatiesysteem en het probleem is opgelost.

Toen ik mijn ervaringen bij de depressiestuurgroep in een ingezonden brief verwerkte en opstuurde naar het MGv kreeg ik te horen dat de redactie plaatsing van deze kritiek niet opportuun achtte en dat enkel het andere deel werd geplaatst (Asmus, 2005). Ik kreeg daar wel een vervelend gevoel bij. Het MGv is een uitgave van het Trimbos-instituut en de bijzonder hoogleraar vanwege het Trimbos-instituut is de door mij bekritiseerde Swinkels. Maar wat bleek, in hetzelfde nummer stond een ingezonden brief van Festen, psycholoog-psychotherapeut en lid van de Commissie Cliëntenparticipatie bij Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (Festen, 2005). Hij vertelde over zijn frustraties als lid van deze commissie. Zijn opmerkingen logen er niet om. 'Het is merkwaardig dat welkenkende mensen niet in staat zijn om wetenschappelijke en ervaringskennis bij elkaar te zetten en op grond daarvan genuanceerde aanbevelingen te doen.' Over de adviezen vanuit de cliëntenorganisaties waarvan vrijwel niets in de richtlijnen is opgenomen, zei hij: 'Blijkbaar telt die hulp niet mee omdat ze niet professioneel is.' Over

RICHTLIJNEN
IN DE GGZ:
BETER WETEN
OF BETWETEN?

de richtlijnontwikkeling vroeg hij zich af: ‘Gaaf het niet veel meer om het prestige van de hulpverlening ...?’ En verder: ‘Maar middeleeuws is ook de manier waarop hulpvragers behandeld worden en de hovaardige, haast tirannieke benadering van richtlijnontwikkeling.’

FRANK ASMUS

CONCLUSIES EN BESCHOUWING

Op de bruikbaarheid en algemene geldigheid van de recente multidisciplinaire richtlijnen valt nogal wat af te dingen. Dat zit hem voor een belangrijk deel in de basis voor de *evidence*, de Randomized Clinical Trials. Patiëntenselectie, symptoomgerichtheid, metingen van korte termijn effecten en gevoeligheid voor beïnvloeding door de farmaceutische industrie maken dat deze slechts met terughoudendheid kunnen worden gebruikt voor algemene richtlijnen.

Hoewel er volgens de tekst van de richtlijnen sprake is van bewezen effectieve behandelingen, dient dit volgens meta-analyses die psychotherapeutische behandelingen betreffen ernstig te worden genuanceerd. Zo zegt Spinhoven (2003), naar aanleiding van een meta-analyse van behandelingen voor depressie, paniek en gegeneraliseerde angststoornis (Westen & Morrisson, 2001), ‘Deze meta-analyse maakt in ieder geval duidelijk dat we nog veel te weinig gefundeerde kennis hebben van de effectiviteit van psychotherapie op lange termijn en de generaliseerbaarheid van de resultaten van gecontroleerde en gerandomiseerde studies naar de behandelpraktijk van alledag’. Zou dat een paar jaar later al weer anders liggen? Volgens de richtlijnen wel. Ook de wereldwijde discussie over de beperkte effectiviteit van diverse medicamenten lijkt aan de richtlijncommissie te zijn voorbijgegaan.

Een belangrijk aspect van de huidige richtlijnontwikkeling is dat het in de Nederlandse context heeft ontbroken aan bescheidenheid. Aanhangers van *evidence based* psychiatrie gaan nogal eens uit van de aanname dat wat niet goed door middel van RCT’s is te meten, ook niet waar is. Mede onder invloed van farmaceutische bedrijven en modes ontstaan dan ‘*evidence biased*’ richtlijnen. Gezinsleden en andere betrokkenen worden hierbij gereduceerd tot informatieverstrekkers dan wel ontvangers van psycho-educatie. De samenstelling en werkwijze van de richtlijncommissies draagt hier aan bij: stoornisspecialisten die met verve de (zogenaamde) *evidence* centraal stellen. Andere geluiden, van ervaren clinici en cliëntenvertegenwoordigers, lijken niet gehoord te worden. De manier waarop de commissies de richtlijnen centraal stellen in het professioneel handelen, waarbij er alleen goed beargumenteerd van mag worden afgeweken, zijn een illustratie van de overschatting van de deugdelijkheid ervan.

RICHTLIJNEN
IN DE GGZ:
BETER WETEN
OF BETWETEN?

Belangrijke GGZ-spelers, waaronder GGZ Nederland, zijn nu bezig richtlijnen met een massaal offensief aan de man c.q. instelling te brengen. Hierbij worden zij ondersteund door het officieel onafhankelijke Trimbos-instituut. De motivatie om tot veranderingen te komen binnen de vrij ondoorzichtige bedrijfstaking die de GGZ is, is op zich begrijpelijk. Transparantie is het sleutelwoord. De meest te vrezende combinatie zit hem in overijverige managers tezamen met oppervlakkige hoogleraren psychiatrie en psychologie, die te gemakkelijk met de 'eisen van de moderne tijd' meegaan. Zorgprogramma's, richtlijnen en DBC's zullen naadloos op elkaar gaan aansluiten. Instellingen worden opgeknipt in stoornisteam. De vele protocollen zullen hulpverleners van alle creativiteit ontdoen. Daar zullen cliënten uiteindelijk weer de dupe van worden.

Zo komt men bij uit stoornisteam opgebouwde organisaties nogal eens de volgende situatie tegen. De cliënt komt binnen, vult vragenlijsten in en heeft een screeningsgesprek op grond waarvan de cliënt naar een stoornisteam wordt verwezen waar bijvoorbeeld een cognitief therapeut voor gesprekken zorgt en een psychiater voor de pillen. De groep cliënten die na enkele gesprekken weer verder kan, zal daar op zich niet ontevreden over zijn. Maar zo'n 40 à 50% van de cliënten is daarmee maar kort of niet afdoende geholpen (Westen & Morrisson, 2001). En dan? Angst, depressie, persoonlijkheidsproblematiek, relatie- en gezinsproblemen; hoe vaak komen die niet tegelijkertijd of opeenvolgend voor? De oorspronkelijke diagnose wordt dan veranderd of er komt een nieuwe diagnose bij. En vervolgens vindt doorverwijzing plaats naar een ander team. Of cliënten worden vanuit een nieuwe *business unit*, die volgens de laatste richtlijnen werkt, doorverwezen naar een klassieke GGZ-instelling omdat er 'intensievere behandeling' nodig is. Met alle discontinuïteit van behandeling en behandelingsrelatie die daar uit volgt. En waarom zou je je eigenlijk nog inspannen voor moeilijke cliënten? Laten die maar naar elders gaan, dan kun je zelf weer een volgzame cliënt behandelen die niet meer dan de standaardtijd kost. Want tijd is geld, des te meer in het DBC-tijdperk. Zijn dit neveneffecten die met-tertijd verholpen kunnen worden? Of gevolgen van simplificatie van de klinische praktijk?

De laatste jaren wordt ook onderzoek verricht naar de doelmatigheid van ambulante behandeling bij angst en depressieve klachten. Uit de eerste onderzoeksbevindingen (Van Straten, 2005) werden voorlopige conclusies getrokken: de precieze aard van de stoornis lijkt niet zo relevant te zijn; tijd besteed aan uitgebreid diagnosticeren en indiceren bij binnenkomst leidt niet tot een beter resultaat. Het lijkt vooral belangrijk om snel te beginnen met behandelen en te

zorgen voor continuïteit in de behandelrelatie en bevordering van de zelfredzaamheid van de cliënt, ook bij ernstiger problematiek (geaccepteerd voor publicatie in de *British Journal of Psychiatry*). Dit is fors in strijd met de huidige richtlijnsystematiek. Duncan & Miller (2000) waren ook al tot vergelijkbare conclusies gekomen. Zij stellen de therapeut-cliëntrelatie meer centraal en noemen hun benadering 'client-directed, outcome-informed therapy'.

Misschien dat na verloop van jaren dit en vergelijkbaar onderzoek naar dergelijke benaderingen doorsijpelt naar richtlijncommissies, maar hoeveel professionals zullen er dan in Nederland nog rondlopen die een meer holistische, systemische visie uitdragen?

Richtlijnen, op deze manier gebracht, zijn maar in beperkte mate een oplossing voor het voorkomen van misstanden in de hulpverleningspraktijk. Hulpverleners die zich in hun manier van werken weinig laten leiden door leerboeken maar grotendeels door eigen hobbyïsme en geloof en leunen op hun charisma, zonder interesse voor de uitwerking op hun cliënten, dienen natuurlijk geen *carte blanche* te krijgen. Maar het volgen van de huidige richtlijnen biedt geen echte garantie voor een goede behandeling.

Deze niet milde kritiek is geen roep naar vroeger omdat toen alles nog goed was, of een steun om alles maar bij het oude te laten binnen GGZ-instellingen. Daar valt nog veel te verbeteren. En beschouwingen over de 'humus' mogen geen alibi zijn voor onwetenschappelijkheid en zwakke resultatencontrole. Toch sluit ik graag af met de verzuchting van Festen (2004) (over de huidige richtlijnontwikkeling): 'Hoe zijn we in die fuik beland? En hoe komen we eruit?'

ALTERNATIEVEN

Er is alle reden om ons in ons werkveld nog eens grondig te bezinnen op wat relevante *evidence* is. Het heilig verklaren van RCT-onderzoek leidt tot eenzijdigheid en verarming van zorgprogramma's. Welke *evidence* hebben we nodig en wat is er tegen die achtergrond inmiddels aan materiaal voorhanden? En laten vervolgens 'wijze' commissies dit vertalen in richtlijnen van (zo mogelijk) enkele bladzijden in omvang. Die zullen er dan heel anders uitzien dan de huidige boekwerken.

Tot die tijd gebruiken we richtlijnen als hulpmiddelen en wegen we deze af tegen andere ervaringsargumenten. Zo is de *evidence* voor het voorkomen van ernstige bijwerkingen van een medicament momenteel van een heel andere orde als die voor de eerste keuze voor

behandeling van een depressie of gegeneraliseerde angststoornis.

RICHTLIJNEN
IN DE GGZ:
BETER WETEN
OF BETWETEN?

Onderstaande punten, in willekeurige volgorde, zouden binnen instellingen aandachtsgebieden kunnen zijn en blijven.

- Zorgprogrammering: duidelijkheid voor alle partijen wat ze kunnen verwachten; met goede inbedding in de organisatie. Stoornisgerichte behandelteams alleen bij duidelijke meerwaarde. Aan de voordeur streven naar zo breed mogelijk opererende behandelteams met diverse expertise. En een goede samenhang en samenwerking met huisartsenpraktijken en sociaal-maatschappelijke organisaties.
- Relativering van het belang van uitgebreide diagnostiek, meer inzetten op de kwaliteit van de therapeutische relatie, continuïteit van behandelaren en brede expertise aan de voordeur.
- Procesmatige behandelevaluatie: systematische discussie over voortgang behandeling en de behandelrelatie; andere invalshoeken aan bod laten komen bij stagnerende behandeling. Bij moeilijke therapeutische relaties: intervisie gericht op relationele ontwikkelingen in plaats van de verantwoordelijkheid voor het proces eenzijdig bij de cliënt leggen. Adagium bij stagnerende behandeling: het systeem uitbreiden.
- Investeren in medewerkers: competentieprofielen, breed opgeleide professionals, de toegevoegde waarde die oudere collega's kunnen hebben – klinische ervaring, levenservaring en relativeringsvermogen – ook benutten. Opleiding en bijscholing: mensen leergierig houden, culturele sensitiviteit, kritisch ook ten aanzien van de eigen rol; leren omgaan met machteloosheid en verlies.
- Het familiesysteem als bondgenoot binnenhalen; familie en lotgenoten erbij betrekken.
- De rol van systeemtherapeuten als experts in lastige klanten/systemen en het op tafel helpen brengen van verschillende verhalen.
- Evaluatieonderzoek als kwaliteitstoets; klachtenvermindering, verandering psychosociaal functioneren; cliëntentevredenheid, ook op langere termijn.

Ook gezinstherapie zal zich middels effectonderzoek beter op de kaart moeten zetten, maar wel met vrijheidsgraden om andersoortig onderzoek (niet direct volgens de RCT-methodiek) ook te waarderen als een vorm van *evidence*. Zo kunnen meer procesgerichte psychotherapieën beter worden geëvalueerd. Dat zijn we wel verplicht aan onze cliënten.

Literatuur

Asmus, F. (2005). Vereniging in het nauw (ingezonden brief). *Maandblad*

Geestelijke volksgezondheid, 60, 595-596.

FRANK ASMUS

- Baker, C.B., Johnsrud, M.T., Crismon, M.J., Rosenheck, R.A. & Woods, S.W. (2003). Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 498-506.
- Bekelman, J.E. (2003). Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 289, 454-465.
- Boer, N. de (2001). *Programma's in de GGZ. Handreiking voor zorgprogrammering*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Breuk, R.E. (2005). Functionele gezinstherapie: een goed huwelijk tussen strenge wetenschap en flexibele, creatieve gezinstherapeuten. *Systeemtherapie*, 17.4
- Decullier, E., Lhéritier, V. & Chapuis, F. (2005). Fate of biomedical research protocols and publication bias in France: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 331(7507), 19.
- Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2000). *The Heroic Client: Doing Client - Directed, Outcome - Informed Therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Feinstein, A.R. (1995). Meta-analysis: statistical alchemy for the 21st century. *Journal of clinical epidemiology*, 48, 71-79.
- Festen, Th. (2005). Richtlijnontwikkeling (ingezonden brief). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 593-594.
- Franx, G., Eland, A. & Verburg, H. (2002). Transparante zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 1036-1050.
- GGZ Nederland (2004). *De krachten gebundeld: ambities van de ggz*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Hoogervorst, H. (2004). *Speech*, uitgesproken op 24 november 2004 te Amersfoort ter gelegenheid van de presentatie van *De Krachten Gebundeld: ambities van de ggz* van GGZ Nederland.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999). *The heart & soul of change: what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Jones, E. & Asen, E. (2002). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac books.
- Knuttel, M.W. (2004). Reactie Stichting Pandora op autorisatieverzoek Richtlijn Depressie. *Brief aan de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling dd. 2 december 2004*. Amsterdam: Stichting Pandora.
- Manna, R. & Bruijnzeels, M. (2004). De houdbaarheid van standaarden in de multiculturele samenleving. *Cultuur Migratie Gezondheid* 1(1), 26-34.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

RICHTLIJNEN
IN DE GGZ:
BETER WETEN
OF BETWETEN?

- Larner, G. (2004). Family therapy and the politics of evidence. *Journal of Family Therapy*, 26, 17-39.
- Melander, H. (2003). Evidence b(i)ased medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *British Medical Journal*, 326, 1171-1173.
- Moncrieff, J. (2001). Are antidepressants overrated? A review of methodological problems in antidepressant trials. *Journal of nervous and mental disease*, 189, 288-298.
- Parker, G., Anderson, I.M. & Haddad, P. (2003). In debate: clinical trials of antidepressant medications are producing meaningless results. *British Journal of Psychiatry*, 183, 102-104.
- Pols, J. (2004). Richtlijnen in de psychiatrie: de kwade kanten van het goed bedoelde. In: A. Kaasenbrood, T. Kuipers & B. van der Werf (eds.), *Dilemma's in de psychiatrische praktijk* (pp.15-30). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Os, J. van (2003). Interview Jim van Os: 'Diagnose schizofrenie is puur gewichtigdoenerij'. *Psy*, 7 (10), 11-15.
- Rober, P. (2005). Discussie: Empirische evidentie en de toekomst: een reactie op Van Voorst's bespreking van Larner's artikel 'Family therapy and the politics of evidence'. *Systeemtherapie*, 17, 145-148.
- Schoevers, R.A., Deeg, D.J.H., Tilburg, W. van & Beekman, A.T.F. (2005). Depression and generalized anxiety disorder; co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American journal of Geriatric psychiatry*, 13, 31-39.
- Spinhoven, Ph. (2003). Beproefd. Commentaar op: Streng selecties en uitsluit van cliënten maken gemeten effecten vaak onbetrouwbaar. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 590-591.
- Straten, A. van, Hakkaart, L. & Donker, M. (2004). *Doelmatigheid Ambulante Behandeling: samenvatting*. Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
- Timmermans, A.E. (2004). Multidisciplinaire Richtlijn 'Depressie'. *Brief aan de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ* dd. 8 december 2004. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Treffers, Ph.D.A., Burg, W. van der & Bos, D.J. (eds.) (2005). SSRI's (themanummer). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60 (3).
- Vijfeijke, A. van de (2005). Doen we in onze systeemgesprekken wat we denken dat we doen? *Systeemtherapie*, 17.4.
- Voorst, A.J.P. van (2004). Onderzoek gesignaleerd: multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: replication of clinical outcomes outside the USA. *Systeemtherapie*, 16, 234-236.
- Voorst, A.J.P. van (2005). Onderzoek gesignaleerd: family therapy and the politics of evidence. *Systeemtherapie*, 17, 45-47.
- Voorst, A.J.P. van (2005). Onderzoek gesignaleerd: protocollair werken met gezinnen. *Systeemtherapie*, 17.4.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 875-899.