

Zorgstandaarden: *opinion-based* of *evidence based*?

Begin 2000 verschenen de eerste Multidisciplinaire Richtlijnen (MDR's) voor de ggz, waarin effectieve biologische en psychologische interventies werden beschreven. Ik was blij met de MDR's, want die versterkten de wetenschappelijk-empirische basis van de ggz. Niet iedereen deelde mijn enthousiasme. Sommige therapeuten vonden de MDR-interventies te beperkt. 'Echte' therapie was immers zoveel méér dan protocollen en beslisbomen. Ook sommige patiënten uit vooral de chronische zorg waren ongelukkig met de MDR's, want deze zouden te veel de focus leggen op klachtreductie. Er moest meer ruimte komen voor zorgaspecten als 'samen beslissen', 'betrekken van naasten' en 'herstelondersteuning'. Hoewel deze wensen eerder gebaseerd waren op persoonlijke opinies dan op evidentie voor de werkzaamheid ervan, vonden de critici gehoor bij beleidsmakers. Er werden Zorgstandaarden (ZS'en) opgesteld met aandacht voor deze thema's. 'Herstelgerichte zorg' werd het nieuwe sleutelwoord en zorginstellingen investeerden fors in herstelgericht behandelen. De reeds bestaande MDR's werden in de ZS'en geïntegreerd. In de praktijk werd de *evidence-based* benadering uit de MDR's echter al snel overschaduwd door de *opinion-based* werkwijze die de basis vormde voor de herstelgerichte visie die veel behandelaars en hun managers kennelijk aansprak. Onlangs publiceerde AKWA een onderzoek waaruit blijkt dat therapeuten het best lastig vinden om de theorie van de ZS'en te vertalen naar de praktijk; men heeft behoefte aan meer scholing. Die behoefte bestond minder voor het regulier evalueren van het behandelverloop. Hoewel het reguliere evalueren de behandel-effectiviteit aantoonbaar verhoogt, hechtte slechts de helft van de therapeuten waarde aan zulke evaluaties. Bijscholing voor het toepassen van effectief gebleken (richtlijn-)behandelingen wilde men dan weer wel. Het AKWA-rapport beveelt zowel bijscholing aan voor de *opinion-based* tak van de ZS'en als voor de *evidence-based* tak. Omdat scholingsgeld maar één keer kan worden uitgeven, rijst de vraag waar de prioriteiten zullen liggen. Gezien de populariteit ervan vrees ik dat er relatief veel ruimte komt voor bijscholing in de *opinion-based* tak. Dat zou jammer zijn, want geen patiënt heeft 'samenwerken' of het 'inschakelen van naasten' als primair behandelgoal. Dit zijn hulpmiddelen die soms moeten worden ingezet om de doelstellingen te realiseren die de patiënt wél als eerste nastreeft, te weten klachtreductie en een betere levenskwaliteit. Van *evidence-based* interventies is aangetoond dat ze dit inderdaad kunnen bewerkstelligen, voor herstelondersteunende interventies geldt dat echter niet.

KEES KORRELBOOM

Emeritus prof. dr. Kees Korrelboom, klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkte tot voor kort als behandelaar en onderzoeker bij PsyQ Angststoornissen. Hij is bijzonder hoogleraar bij Tilburg University, opleider, directeur van Westland Workshops en erelid van de VGCT.



GEEN PATIËNT HEEFT 'SAMENWERKEN' OF HET 'INSCHAKELLEN VAN NAASTEN' ALS PRIMAIR BEHANDELDOEL