



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

KEES HOOGDUIN

Sweder op één

In de Volkskrant van 15 september 2010 gaf econoom Sweder van Wijnbergen, oud-secretaris-generaal van het Ministerie van Economische Zaken en nu werkzaam als hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam, zijn visie op de bezuinigingen in de zorg: 'Voor de korte termijn kun je denken aan protocollering van behandelingen – graag door de beroepsgroep zelf, of het opleggen van restricties aan ziekenhuizen behandelingen uit te voeren waar ze niet goed in zijn. En bijvoorbeeld bepaalde behandelingen alleen door gespecialiseerde ziekenhuizen te laten uitvoeren. Voor de lange termijn moeten we ons afvragen waarom we de zorg als kostenpost blijven zien in plaats van als investering in een langer en beter leven en dus in werk.'

In een paar regels wordt hier een aanzet gegeven tot een nieuw beleid in de zorg. Waar Van Wijnbergen niet over praat, is dat als gevolg van dat niet geprotocolleerd werken en het inadequaat behandelen van patiënten met gecompliceerde klachten, er onnoemelijk veel leed als onnodige complicaties, verhoogde invaliditeit en grotere sterfte-kans wordt veroorzaakt.

Op dit moment wordt in de huisartsengeneeskunde ongeveer bij zestig procent van de patiënten

protocollair gewerkt, en ziekenhuisartsen gebruiken bij vijftig procent van de gevallen protocollen bij farmacologische behandeling.

Berucht zijn de cijfers over de mortaliteit bij galgangreconstructies na galgangletsel als complicatie van een galblaasoperatie. Het verhaal is werkelijk droevig. Wanneer deze correctie in een perifere ziekenhuis met een lage frequentie van uitvoering plaatsvindt, zijn na vijf jaar de meeste patiënten dood; in een gespecialiseerd academisch centrum leeft na ruim drie jaar nog 97 procent! Uit een analyse van de oorzaak van de complicaties bleek dat in de perifere ziekenhuizen bij een galgangoperatie het operatie-protocol meestal niet werd gevolgd.

In Nederland wordt sinds enige tijd de relatief niet vaak voorkomende operatie van alvleesklierkanker geconcentreerd in een beperkt aantal ziekenhuizen. Uit eerste berichten na enige jaren bleek een afname van de mortaliteit met 75 procent(!).

► Ggz Wanneer we dit overzien, rijst de vraag hoe het met de protocollering in de ggz en met de behandeling van laagfrequente stoornissen is gesteld. Er zijn organisaties in de ggz waar psychologische interventies maximaal geprotocolleerd

worden uitgevoerd. De behandelingsresultaten laten een relevante klachtenreductie zien bij de meeste cliënten (bijvoorbeeld met een angst- of depressieve stoornis). Therapeuten die behandeling op maat geven, wekken vaak de indruk dat hun resultaten mogelijk nog beter zijn; immers, op maat geleverd. Data die dergelijke uitspraken ondersteunen, zijn echter werkelijk niet voorhanden.

Het propageren van protocollen wordt in het algemeen niet in dank afgenomen. Zelfs bij de gestructureerd werkende gedragstherapeuten blijkt bij analyse zeer vaak sprake te zijn van 'therapiedrift'. Hierbij wordt het oorspronkelijke behandelplan verlaten en vinden er gesprekken plaats die samen te vatten zijn als klessebessen over lastige kinderen, lastige echtgenoot, de gladheid, automerken, enzovoort.

Over de *high frequency* en *low frequency* kunnen we kort zijn. Van therapeuten die bijvoorbeeld eens per jaar gecompliceerde cliënten met relatief weinig voorkomende aandoeningen behandelen, is echt niet te verwachten dat hun resultaten net zo goed zullen zijn als die van specialisten die het grootste

deel van hun tijd aan behandeling van deze cliënten besteden. Borderlinecliënten, cliënten met OCD of een *body dysmorphic disorder* zullen weinig verbeteren bij een dergelijke therapeut. Dit terwijl de prognose van een cliënt met OCD, behandeld door een specialist, zeer goed is.

Gelukkig speelt een verhoogde sterftেকans in de ggz geen grote rol, hoewel zinloze therapie bij borderlinecliënten zeker dodelijke slachtoffers door zelfmoord tot gevolg zal hebben. Veel belangrijker is de levenslange invaliditeit. Wanneer cliënten enkele malen zonder succes behandeld zijn, raken zij verder gedemoraliseerd en geven ze de hoop op ooit nog eens beter te worden.

In de ggz lopen we ver achter bij de reguliere geneeskunde. Benchmarking is daar binnen bepaalde specialismen routine. Dat heeft geleid tot grote veranderingen in de behandeling van voorkeur. Het is te hopen dat de benchmarkstrategie die in Nederland nu wordt opgetuigd, de discussie over de te volgen behandelstrategie doet ophouden. Als je laag staat op de benchmark is het, na een grondige analyse van de data, bijscholen geblazen.