



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

Jammer

De Zorgstandaard Angststoornissen is een hybride geworden van wetenschappelijke kennis en emancipatorische ideologie

KEES KORRELBOOM \oplus MARC VERBRAAK

In navolging van de somatische zorg is ook binnen de ggz de laatste jaren langzaam maar zeker de goede gewoonte gegroeid om het niet meer uitsluitend aan de behandelaars over te laten hoe zij hun therapieën uitvoeren, maar om die uitvoering te sturen en te reguleren via richtlijnen en protocollen. Deze sturingsmechanismen worden zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke bevindingen. De waarde van die wetenschappelijke onderbouwing wordt daarbij genuanceerd door rekening te houden met de omvang en de kwaliteit van de onderliggende onderzoeken, en met de eenduidigheid van de bevindingen. De actuele toepasbaarheid in de praktijk van de richtlijnen en protocollen voor diverse problemen verschilt daarmee. Zo is, in het algemeen gesproken, de wetenschappelijke onderbouwing voor allerlei handelwijzen binnen de curesector van de ggz sterker dan die binnen de caresector. Dus zijn ook de *evidence-based* protocollen in de curesector dominantier.

Sinds enige tijd wordt het instrumentarium om de inhoud van de ggz-zorg te sturen uitgebreid met de zogenaamde Zorgstandaarden. Zorgstandaarden moeten de reeds langer bestaande behandelrichtlijnen incorporeren en uitbreiden. In aanvulling op de behandelinhoudelijke stappenplannen die in de richtlijnen staan beschreven, geven Zorgstandaarden daarom ook aanwijzingen over de wijze waarop de zorg moet worden georganiseerd en over de kwaliteitscriteria die daarbij moeten worden gehanteerd.

Onlangs verscheen de Zorgstandaard Angststoornissen (ZSA; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017), als aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (MDRA; van Balkom et al., 2013). Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz hanteert daarin de volgende definitie van een zorgstandaard:

‘Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten en hun naastbetrokkenen een, op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde, functionele beschrijving van de zorg die gegeven wordt vanuit een netwerk. In dit netwerk zijn meerdere beroepsgroepen vertegenwoordigd, zowel in vrijgevestigde praktijken als in instellingen. Deze zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor alle onderdelen in het zorgcontinuüm voor mensen met angstklachten of een angststoornis: vroege onderkenning en preventie, diagnostiek en monitoring, behandeling en begeleiding, en bevordering van herstel, participatie en re-integratie. Ook de organisatie van zorg en relevante prestatie-indicatoren worden beschreven. De zorgstandaard beschrijft de norm waaraan goede zorg voor mensen met angstklachten of een angststoornis minimaal moet voldoen’ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, p. 5).

En op p. 6:

‘Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om *matched care* en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren. Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.’

De uitgangspunten van *evidence-based practice* zijn hier duidelijk herkenbaar. *Evidence-based practice* wordt immers vormgegeven op

basis van drie bronnen van informatie: informatie uit het wetenschappelijke domein, kennis van experts in het vakgebied en ervaring en inzicht van de beroepsbeoefenaar zelf, en informatie en voorkeuren van de gebruiker(s).

Als groot voorstander van een sterk wetenschappelijk onderbouwde ggz werden wij niet erg enthousiast over deze zsa. De voornaamste oorzaak daarvan is dat juist op het gebied van die wetenschappelijke onderbouwing fors wordt ingeleverd. Naast de vertrouwde wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen uit de reeds bestaande mdra worden nu ook allerlei aanbevelingen gedaan waarvoor geen enkele empirische onderbouwing bestaat, terwijl de kwaliteit van de informatie uit de andere bronnen — namelijk expertise van de beroepsbeoefenaren en informatie en voorkeuren van de gebruikers, de patiënten — ook nog eens onduidelijk is.

In de mdra staat de wetenschappelijkheid nog duidelijk voorop. Niet alleen wordt in de verantwoording van de mdra beschreven aan welke typen van onderzoek de meeste bewijskracht wordt toegekend en hoe men deze onderzoeksgegevens systematisch aan de wetenschappelijke databases heeft onttrokken, per aanbeveling wordt ook telkens aangegeven hoe sterk de bewijskracht voor de betreffende aanbeveling is en op welke literatuur de aanbeveling is gebaseerd. Iedereen kan dus meteen inschatten hoeveel elke aanbeveling waard is.

Dat doet de zsa heel anders. In die tekst staan geen referenties naar wetenschappelijke publicaties en over de bewijskracht van diverse aanbevelingen wordt weinig vermeld. Veelzeggend voor de waarde die de zsa toekent aan wetenschappelijke bevindingen is de volgende zin:

‘De stand van de wetenschap dwingt tot nederigheid. Over het functioneren van de menselijke psyche is nog veel onbekend. Daarom hebben we alle kennis nodig vanuit de wetenschap, de praktijk en de eigen ervaring om stappen vooruit te zetten en de nodige kwaliteitsverbeteringen in de ggz te kunnen realiseren’ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, p. 5).

Vervolgens komen die kennis uit de praktijk en de eigen ervaring uitgebreid en prominent aan bod in de zsa, waar in de mdra aan deze minder wetenschappelijke kennisbronnen nog een veel beperktere, eerder aanvullende waarde werd toegekend.

De achtergrond van de (gedeeltelijke) distantïering van de wetenschappelijke onderbouwing van ggz-behandelingen in de zsa wordt gevormd door de grotere nadruk die men op de patiëntenparticipatie heeft willen leggen. Hoewel patiëntenvertegenwoordigers

ook deel uitmaakten van de werkgroepen die verantwoordelijk waren voor de verschillende MDRA-versies, was men blijkbaar niet tevreden over de invloed van die vertegenwoordigers op de uiteindelijke MDRA-teksten.

Wij hebben geen kritiek op het inschakelen van patiënten bij de ontwikkeling van zorgstandaarden. We zijn zelfs niet onvoorwaardelijk tegen ideologie. Maar we maken wel serieuze bezwaren wanneer in de ZSA aan vooralsnog vooral ideologisch gekleurde (want niet empirisch ondersteunde) opvattingen binnen het patiëntenperspectief evenveel (en ogenschijnlijk zelfs meer) belang wordt toegekend als aan therapeutische handelingen waarvan de waarde uitgebreid in gedegen wetenschappelijk onderzoek is aangetoond.

Het, laten we zeggen, emancipatorisch ideologische aspect in de ZSA komt in onze ogen naar voren in zinnen als:

‘Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Wij functioneren in onze eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij zijn — niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels’ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, p.3).

En:

‘Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels en etiketten, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat’ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, p.3).

Niemand is een voorstander van ‘blindstaren’, vooral niet wanneer dat blindstaren is gericht op ‘diagnostische labels en etiketten’. Kennelijk vinden de samenstellers van de ZSA dat in de ggz minder waarde moet worden gehecht aan dergelijke labels dan nu gebruikelijk is. Aangezien de ZSA de zorg wil helpen verbeteren dringt zich de vraag op of zo’n inperking van het gebruik van labels inderdaad tot betere zorg leidt. Vooralsnog is daarvoor geen enkele aanwijzing. De ZSA helpt ons hierin evenmin verder. Hij veronderstelt die verbetering, hij onderbouwt deze veronderstelling niet.

Als groot voorstander van het werken met duidelijke casusconceptualisaties waarin individuspecifieke aspecten van de problematiek worden meegenomen om te komen tot een zinnig behandelvoorstel, staren wij ons zeker niet blind op diagnostische labels. Maar tegelijk blijkt uit de onderzoeksliteratuur dat die labels nog

steeds uiterst relevante indicatoren zijn voor het opzetten van een effectieve behandeling.

Een vergelijkbare vraag kan worden gesteld bij het andere citaat uit de ZSA: waaruit blijkt dat het 'nadrukkelijk (creëren) van ruimte voor meerdere verklaringsmodellen' tot betere zorg leidt? Binnen de klinische psychologie (en andere wetenschappen) bestaan met regelmaat verschillende verklaringsmodellen naast elkaar. In onderzoek gaat men dan na welke van die verklaringsmodellen door de empirie het beste wordt ondersteund, waarna dat model de leidraad wordt voor het formuleren van praktische richtlijnen.

Waar deze wetenschappelijke gedachtegang in de MDRA nog leidend is, is hij dat in grote delen van de ZSA niet. Daar waar het patiëntenperspectief aan de orde is, is naar onze mening veeleer ideologie het leidende principe geworden. Met betrekking tot de mogelijke waarde voor een verhoogde effectiviteit en efficiëntie van behandelingen bestaat immers (nog?) geen enkele empirische ondersteuning voor de vanuit dat perspectief geformuleerde wensen en ideeën.

De wens om de stem van de patiënt meer gewicht te geven in het therapeutisch proces wordt zeer sterk verwoord binnen de herstelgerichte zorg, waarnaar ook de ZSA geregeld verwijst. Binnen de herstelgerichte zorg wil men de patiënt ondersteunen om zichzelf te helpen. De patiënt 'weer in zijn eigen kracht zetten', hem weer de 'regie geven over zijn eigen leven', het 'inschakelen van ervaringsdeskundigheid' en het benaderen van de patiënt als een 'volwaardige partner in het zorgproces' zijn kenmerkende elementen van de herstelgerichte zorg. Maar we weten helemaal nog niet of het incorporeren van deze 'patiëntwensen' inderdaad leidt tot een effectievere en efficiëntere zorg. Er is nog nauwelijks onderzoek naar gedaan. Het onderzoek dat inmiddels wel is gedaan naar de effecten van de praktische toepassing van het herstelgerichte gedachtegoed is vooralsnog niet erg overtuigend (Korrelboom, 2015; Slade et al., 2015). Daarnaast, en zeker zo belangrijk, weten we zelfs niet goed in hoeverre de 'patiëntwensen' die binnen de herstelgerichte zorg leven, door het merendeel van de patiënten worden gedeeld. Deze wensen komen grotendeels voort uit het bevragen van patiënten en hun naasten. Daarbij is het niet zonder meer duidelijk in hoeverre deze bevraagden een betrouwbare en valide afspiegeling zijn van de totale patiëntenpopulatie. Veelal zijn zij gerekruteerd uit patiëntenverenigingen. Hierbij moet worden bedacht dat ggz-patiënten over het algemeen niet erg sterk zijn georganiseerd en dat de patiënten in patiëntenverenigingen niet namens en vanuit de patiënten zijn gekozen. Dat valt misschien wel het meest op bij de aansporingen tot patiëntenempowerment, waarin erg veel nadruk wordt gelegd op 'het leren leven met' een bepaalde stoornis. Men kent in deze

visie eigenlijk geen genezen (ex-)patiënten, maar uitsluitend patiënten die nog steeds een aandoening hebben. Chronische patiënten dus. Klachtreductie staat doorgaans niet hoog op de prioriteitenlijst van chronische patiënten. Dat valt overigens goed te begrijpen. Het stadium van klachtreductie is men in de chroniciteit op een bepaald moment wel voorbij. In die omstandigheden is het streven naar een zo goed en zinvol mogelijk leven ondanks de aandoening, een zinvolle doelstelling. Maar volgens de zsa moet dat ook de primaire doelstelling zijn van alle angstbehandelingen:

..... 'De belangrijkste functie van deze zorgstandaard is richting geven aan de wijze waarop de zorgvraag van mensen met angstklachten, een angststoornis of een verhoogd risico daarop wordt beantwoord. Het doel is dat zij hun leven als volwaardig burger kunnen inrichten met alle daarbij horende behoeften, maatschappelijke verplichtingen en mogelijkheden' (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, p. 11).

Voor nogal wat patiënten met een chronische depressie, persoonlijkheidsstoornissen, langdurige verslavingen en ontregelende psychotische aandoeningen is een verdere vermindering van symptomen niet meer mogelijk; de maximaal haalbare klachtreductie is bereikt. Het is begrijpelijk dat zij andere doelstellingen hebben om het leven zinvol en waardevol te laten zijn ondanks de ernstige klachten die zij nog steeds hebben. Daarbij blijft het dan overigens wel de vraag of de herstelgerichte benadering daarvoor de aangewezen weg is. Zelfs is het de vraag of die weg naar een zinvoller en waardevoller leven wel binnen de ggz moet worden gezocht. Effectonderzoek zal dat moeten uitwijzen, maar dit ontbreekt op dit moment nog. Voordat het zoeken naar verdere klachtreductie middels in de MDRA beschreven interventies wordt gestaakt, is echter het helpen wegnemen of in ieder geval sterk reduceren van angstsymptomen de beste bijdrage die de ggz kan leveren aan dat waardevolle en zinvolle leven van haar patiënten. Daarvoor bestaat inmiddels al wel enige empirische onderbouwing (Hoffman, Wu, & Boettcher, 2014).

Ook bij angststoornissen komt chroniciteit voor. Maar tegelijk zijn angststoornissen nu juist relatief goed behandelbaar. Volgens een (overigens behoorlijk optimistische) inschatting van de zsa zelf mag 75% van de angstpatiënten bij een goed uitgevoerde behandeling rekenen op een vrijwel volledig herstel van de klachten (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017, p. 11). Leren leven met (inmiddels verdwenen) klachten is dan natuurlijk geen zinvolle doelstelling. Sterker nog: leren leven zonder klachten zou dat veel

eerder zijn, mocht men al een verdere behandeling wenselijk achten.

De zsa hinkt op twee gedachten die niet goed van elkaar worden onderscheiden en evenmin met elkaar worden geïntegreerd. De lezer krijgt gemakkelijk de indruk dat de zsa is samengesteld door twee verschillende auteurs die vergeten zijn om aan onderlinge afstemming te doen. De ene auteur, de wetenschapper, heeft zijn teksten in de geest van de oude MDRA geschreven: wat weten we over angststoornissen; welke aanpak werkt aantoonbaar het beste bij welke angstklachten; en hoe sterk is het bewijs dat we voor die aanpak hebben. De andere auteur is de ideoloog: 'alle angstpatiënten moeten eerst en vooral in hun kracht worden gezet' en worden ondersteund om 'zelf de regie te voeren over hun leven inclusief angstklachten'. Een nadere praktische uitwerking van die ideologie blijft grotendeels achterwege, terwijl een empirische onderbouwing ervan vrijwel geheel ontbreekt. De zsa maakt bovendien geen uitgesproken onderscheid tussen omstandigheden waarin de nadruk primair zou moeten liggen op wetenschappelijk ondersteunde methoden van klachtreductie en die waarin zorg wellicht meer gericht zou moeten zijn op het zinvol leren leven met (niet verder te reduceren) angstklachten. Het lijkt er sterk op dat de zsa bij iedereen zo'n laatste op de herstelgedachte gebaseerde aanpak nodig vindt.

Wij vinden dat jammer en we vinden het een forse stap terug in de professionele ontwikkeling van de afgelopen drie decennia; in ieder geval binnen de curatieve zorg. Tijd, energie en middelen gaan nu zitten in het doorontwikkelen van de herstelgerichte zorg, zonder enig bewijs dat dit tot een betere zorg gaat leiden. Die tijd, energie en middelen hadden beter besteed kunnen worden aan het verder implementeren van empirisch ondersteunde zorg, waarvan al wel is aangetoond dat zij tot betere en efficiëntere zorg leidt (van Dijk, Verbraak, Oosterbaan, & van Balkom, 2014).

Referenties

- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 82, 375-391.
- Korrelboom, K. (2015). Herstelondersteunende zorg binnen de curatieve ggz? Een klinische beschouwing waarom ik het niet zou doen. *Directieve Therapie*, 35, 224-235.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Slade, M., Bird, V., Clark, E., Le Boutilier, C., McCrone, P., Macpherson, P., ... Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (RE-

- FOCUS): A multisite, cluster, randomized, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2, 503-514.
- van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C., namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Dijk, M., Verbraak, M., Oosterbaan, D., & van Balkom, T. (2014). De multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen: De toepasbaarheid en effectiviteit in de dagelijkse klinische praktijk. *Directieve Therapie*, 34, 268-283.