

Richtlijnen voor behandelaars

C. Witteman en L. de Kwaadsteniet

Samenvatting

Het is een illusie te denken dat richtlijnen in de gezondheidszorg (GZ) door iedere hulpverlener op dezelfde manier worden toegepast en, belangrijker nog, dat iedere hulpverlener dezelfde richtlijn zal toepassen: voor eenzelfde cliënt(e) komen verschillende hulpverleners al tot verschillende classificerende diagnoses. Wij betogen dan ook dat er behalve richtlijnen voor de behandeling ook richtlijnen voor de behandelaar nodig zijn, waarin staat hoe kritisch te denken en de eigen vooringenomenheden te vermijden.

Trefwoorden: diagnostische beslissingen, *evidence-based practice*, richtlijnen

In de gezondheidszorg (GZ) wordt in toenemende mate gestreefd naar het toepassen van richtlijnen voor de behandeling van cliënten. In deze context wordt een richtlijn opgevat als een verzameling systematisch ontwikkelde en op wetenschappelijke inzichten gebaseerde uitspraken ter ondersteuning van beslissingen van behandelaars en cliënten over passende zorg (zie bijvoorbeeld www.ggrichtlijnen.nl). Het idee is dat toepassing van een richtlijn leidt tot de best passende interventie, gegeven een specifieke set kenmerken en voorkeuren van de cliënt(e). De opvatting dat richtlijnen een dergelijke kwaliteitsverhogende rol kunnen spelen, is gebaseerd op een aantal impliciete vooronderstellingen. Zo neemt men aan dat de beslisregels die zijn opgenomen in de richtlijn zonder aanzien des persoons worden toegepast, dat wil zeggen zonder verder nadenken over de specifieke situatie van de cliënt(e). Een andere vooronderstelling is dat er weinig tot geen interpersoonlijke variantie is tussen hulpverleners. Iedere hulpverlener wordt geacht hetzelfde te doen, en op dezelfde manier.

Echter: de ene hulpverlener is de andere niet. Hulpverleners kunnen onderling sterk verschillen in hun aanpak van een behandeling, en deze individuele verschillen tussen hulpverleners vormen een zeer belangrijke zogenaamde 'non-specifieke factor', die bijna de helft van de variantie in therapie-uitkomsten verklaart (Lambert, 2004). Belangrijker misschien nog dan de verschillen tussen hulpverleners in het hoe, dat wil zeggen de manier waarop ze richtlijnen toepassen, zijn voorafgaande verschillen in het wat, dat wil zeggen de vraag welke richtlijn ze toepassen. Die keuze voor een bepaalde richtlijn baseren behandelaars op een voorafgaande classificerende (DSM-)diagnose, waarin zij antwoord formuleren op de vraag wat er aan de hand is met de cliënt(e). Uit onderzoek blijkt dat de klinische oordelen sterk uiteen lopen bij dat diagnosticeren (Garb, 2005). De vraag

dringt zich dan ook op of er behalve richtlijnen voor de behandeling niet ook richtlijnen voor de behandelaar nodig zijn, om aan die grote verschillen iets te doen. Per slot van rekening blijft het anders zo dat het van de behandelaar afhangt welke behandeling een cliënt(e) krijgt en hoe die wordt uitgevoerd – iets dat men juist door het introduceren van richtlijnen poogt te voorkomen.

Variantie in diagnostiek

In een diagnose wordt een grote hoeveelheid heterogene informatie over een cliënt(e) samengenomen. Het gaat om gegevens uit interviews, observaties en testuitslagen, met informatie over de klachten, de omstandigheden en de hulpvraag van de cliënt(e). Dat integreren in een diagnose is geen eenvoudige opgave. Ook in de richtlijnen die vanuit *evidence based practice* worden voorgesteld, wordt dan ook in deze fase een centrale rol toebedacht aan klinische expertise (APA, 2006). Daarin schuilt een probleem: 'klinische expertise' blijkt feilbaar. Overeenstemming tussen hulpverleners in de gestelde DSM-diagnose is laag, zeker als geen gebruik wordt gemaakt van standaardinterviews (Jensen & Weisz, 2002; Witteman, Harries, Bekker & Van Aarle, 2007). Dat kan vanuit de beslis-kunde verklaard worden. Bij beslissingen onder onzekerheid en op basis van veel, heterogene data, zoals die van de behandelend psycholoog, weegt men niet alle informatie mee. Dat kan niet: daarvoor heeft men geen tijd en geen cognitieve capaciteit. Men maakt – onbewust en automatisch – een selectie uit de informatie; men past heuristieken toe. Die heuristieken stellen klinici in staat snel te oordelen, maar leiden vervolgens mogelijk tot vertekeningen in dat oordeel. Een voorbeeld van een heuristiek is representativiteit. Daarbij beoordeelt men een situatie of persoon op hoezeer die lijkt op (representatief is voor) een bepaalde groep situaties of personen. Men zal bijvoorbeeld van een onrustig kind al snel vinden dat het (waarschijnlijk) ADHD heeft, terwijl het misschien wel onrustig is omdat het gepest wordt. Een ander voorbeeld van een heuristiek is beschikbaarheid. Men gebruikt die informatie die men op dat moment beschikbaar heeft. Dat kan komen uit externe bronnen, de krant of het nieuws, of uit het eigen geheugen of de eigen praktijkervaring. Men heeft juist een nascholingsdag over autisme bijge-

woord bijvoorbeeld, en beoordeelt meer dan voorheen een cliënt(e) als autistisch, met veronachtzaming van tegenstrijdige details. Het – nogmaals: onbewuste en automatische – gebruik van heuristieken heeft dus naast het grote voordeel van efficiëntie en het inperken van de hoeveelheid informatie die meegenomen moet worden, een heel groot risico: subjectiviteit. Niet iedereen ‘ziet’ dezelfde cliënt(e) (zie bv. Garb, 2005). Een ander voorbeeld van een vertekening die volgt uit het gebruik van heuristieken en die vaak in (klinisch) oordelen optreedt, is de *confirmation bias*: men ziet datgene wat men verwacht. Men zoekt alleen naar informatie die de verwachting bevestigt en men laat ontkrachtende informatie minder zwaar meewegen of negeert het helemaal. Zo zien klinici vaak pathologie: omdat ze dat bij cliënten verwachten (Ganzach, 2000). Een andere bias is verankering: men wijkt niet (voldoende) af van een beginwaarde, een anker. Men is daarbij conservatief in het wijzigen van eenmaal gevelde oordelen, dus zal nauwelijks nog afwijken van een initiële diagnose. Eenmaal antisociaal, weinig kans meer op PTSS. Beslissers, ook klinici, verwerken sowieso informatie altijd in een bepaald kader. Er is een hulpvraag, bijvoorbeeld: hoe kom ik van mijn depressie af? Depressie is dan het kader waar niet meer echt buiten gekeken wordt. Men ziet dat het klopt dat de hulpvrager depressief is, en kijkt niet meer of het inderdaad klopt.

Klinisch versus mechanisch oordelen

Al in 1954 is door Meehl (zie ook 1997; Grove, Zald, Lebow, Snitz & Nelson, 2000) betoogd dat het klinische oordeel vaak beter vervangen kan worden door een oordeel gebaseerd op statistische combinaties van gegevens. Door de klinici met hun persoonlijke eigenaardigheden en hun foutgevoelige beslisprocessen uit het proces weg te laten, zou de onwenselijke variantie in oordelen verdwijnen. Meehl toonde in 1954 overduidelijk aan dat een formele (algoritmische, mechanische) manier van informatie combineren superieur is aan een informele (subjectieve, klinische). In 1997 verzucht hij dat de data die aantonen dat het ‘klinisch oordeel’ inferieur is aan het statistische oordeel tot de sterkste in de psychologie behoren, maar dat de meerderheid van de klinici de conclusie negeert en blijft geloven in de superioriteit van het klinisch oordeel, en dat handboeken ten onrechte melden dat de conclusie nog omstrede zou zijn.

Ook uit eigen onderzoek blijkt dat enige bescheidenheid klinici zou passen. Wij vonden dat verschillen in classificaties niet worden bepaald door cliëntkenmerken, specifieke symptomen, sociale context, of ernst van de klacht; dat de verschillen slechts zeer ten dele verklaard konden worden door de theoretische achtergrond van de klinici, maar dat het verschil vooral voortkwam uit de subjectieve interpretaties van de informatie op basis van individuele ervaringen (Wittman & Koele, 1999). Dit roept een zeer intrigerende vraag op, namelijk of men het dan met meer ervaring beter gaat doen, zodat we diagnostische beslissingen aan zeer ervaren klinici over zouden moeten en kunnen laten.

Het antwoord op die vraag blijkt genuanceerd. Ervaring is over het algemeen geen of een zeer geringe moderator van klinische

expertise (Spengler e.a., 2009). Het kan wel leiden tot sneller (DSM) diagnosticeren en betere differentiaaldiagnostiek (Elstein & Schwarz, 2002). Mogelijk zou ervaring dus zinvol zijn bij classificerende diagnostiek in complexe gevallen, met comorbiditeit. Vanuit het gegeven dat beginners volgens regels denken en men met toenemende ervaring meer patronen herkent, zou je je voor kunnen stellen dat je met regels eenvoudige casus goed kunt classificeren, dus dat beginners daar net zo goed in zijn als ervarenen, en dat complexe casus meer overzicht vereisen, waar meer ervaring nuttig is. Dit is een empirische vraag die nog op antwoord wacht (vgl. Wittman & Van den Bercken, 2007). Naar verklarende diagnostiek is nog veel minder onderzoek gedaan dan naar classificerende diagnostiek. De onderzoeken die er zijn, laten geen eenduidig beeld zien. Duidelijk is in ieder geval wel dat ook hier de variantie tussen hulpverleners groot is (zie bv. De Kwaadsteniet, Wittman & Krol, ingediend; Eells, Lombart, Kendjenic, Turner & Lucas, 2005; Garb, 2005).

Waarom ervaring klinici niet helpt

Ervaring is niet hetzelfde als expertise. Wat naast ervaring nodig is om expert te worden, is systematische feedback op het eigen beslissen en handelen. Ook zijn *evidence-based* theorieën nodig, en praktische zaken als tijd en geld. Aan al deze dingen is een gebrek in de klinische praktijk. Ook klinici met veel ervaring zijn, ongeacht theoretische oriëntatie, dan ook niet in staat onbevooroordeeld te werken (Corrigan, 2002). Daar kan men, behalve bovenstaande factoren, nog een belangrijke reden voor noemen: het gegeven dat men bij veel klinische taken te maken heeft met hetzelfde soort oordelen als in het dagelijkse leven, te weten oordelen van mensen (in dit geval klinici) over het gedrag van andere mensen. Het is dan voor klinici zeer makkelijk om onderzoeksgebaseerde feiten en theorieën te vervangen door zulke alledaagse en meestal niet onderbouwde lekenideeën over hoe mensen zich (horen te) gedragen. Inderdaad blijkt ook uit onderzoek dat de meeste klinici een ‘praktijktheorie’ hanteren: een combinatie van algemene kennis, niet onderbouwde ideeën en wetenschappelijke kennis (Gambrill, 2005).

Richtlijnen voor een betere toekomst

Als je serieus bent met *evidence based practice* – en dat lijkt toch wel nodig (APA, 2006) – dan moet er niet alleen verder gewerkt worden aan de richtlijnen voor de behandeling, maar dan moet er ook iets gedaan worden aan de inter-klinici variantie en de ontwikkeling van expertise.

Vanuit de leerpsychologie is duidelijk dat leren beter te presteren vereist dat men systematisch feedback krijgt over hoe de eigen oordelen zich verhouden tot gouden standaards. In de klinische praktijk ontbreken dergelijke gouden standaards en zijn er alleen zilveren standaards, in de vorm van consensus tussen behandelaren. Men zou dus moeten proberen te oordelen en beslissen volgens de consensus, en inter-beoordelaars overeenstemming te bereiken. Een goede manier om die te bewerkstelligen is samen te werken in een groep klinici die representatief zijn voor de verschillende therapeutische principes (Corrigan, 2002). Meer nog dan dat is het zinvol een wetenschappelijke houding aan te nemen,

zoveel mogelijk informatie op een formele manier te combineren en kritisch te denken, dat wil zeggen de eigen opvattingen en voorgenomen acties zorgvuldig te evalueren en te streven naar goed beredeneerde beslissingen. Intervisie lijkt bij uitstek de plek voor dergelijke kritische reflecties. Ook het gebruik van standaard diagnostische interviews is aan te raden, omdat dat de overeenstemming tussen classificerende diagnoses lijkt te verhogen (Rogers, 2003), en die overeenstemming in diagnoses vervolgens tot gunstige therapie-uitkomsten leidt (Jensen & Weisz, 2002; Jensen-Doss & Weisz, 2008). Deze aanpak beoogt, net als 8, het onzichtbare zichtbaar te maken (Gambrill, 2005) in, zoals wij hopelijk overtuigend hebben betoogd, richtlijnen voor behandelaars die naast de richtlijnen voor behandelingen onmisbaar zijn. ■

Literatuur

- APA Presidential task force on evidence-based practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Corrigan, P.W. (2002). Evidence-Based practices need to beware of experts. *Psychiatric Services*, 53, 1031-1032.
- De Kwaadsteniet, L., Witteman, C.L.M. & Krol, N.P.C.M. (ingediend). Causality in clinicians' mental representations of client information.
- Eells, T.D., Lombart, K.G., Kendjelic, E.M., Turner, L.C. & Lucas, C.P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 579-589.
- Elstein, A.S. & Schwarz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision making: Selective review of the cognitive literature. *British Medical Journal*, 324, 729-732.
- Gambrill, E. (2005). *Critical thinking in clinical practice: Improving the quality of judgments and decisions* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ganzach, Y. (2000). The weighing of pathological and non-pathological information in clinical judgment. *Acta Psychologica*, 104, 87-101.
- Garb, H.N. (2005). *Clinical Judgment and Decision Making*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89.
- Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E. & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19-30.
- Jensen, A.L. & Weisz, J.R. (2002). Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 158-168.
- Jensen-Doss, A. & Weisz, J.R. (2008). Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 711-722.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Meehl, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Meehl, P.E. (1997). Credentialed persons, credentialed knowledge. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 91-98.
- Rogers, R. (2003). Standardizing DSM-IV diagnoses: The clinical applications of structured interviews. *Journal of Personality Assessment*, 81, 220-225.
- Spengler, P.M., White, M.J., Ægisdóttir, S., Maugherman, A.S., Anderson, L.A., Cook, R.S., Nichols, C.N., Lampropoulos, G.K., Walker, B.S., Cohen, G.R. & Rush, J.D. (2009). The meta-analysis of clinical judgment project: Effects of experience on judgment accuracy. *The Counseling Psychologist*, 37, 350-399.
- Tanenbaum, S. (2003). Evidence-based practice in mental health: Practical weaknesses meet political strengths. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9, 287-301.
- Witteman, C.L.M., Harries, C., Bekker, H.L. & Van Aarle, E.J.M. (2007). Evaluating psychodiagnostic decisions. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 10-16.
- Witteman, C.L.M. & Koele, P. (1999). Explaining treatment decisions. *Psychotherapy Research*, 9, 100-114.
- Witteman, C.L.M. & Van den Bercken, J.H.L. (2007). Intermediate effects in psychodiagnostic classification. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 56-61.

■ Prof. dr. Cilia Witteman, hoogleraar Psychodiagnostiek
Dr. Leontien de Kwaadsteniet, docent/onderzoeker
Diagnostic Decision Making

Behavioural Science Institute
Radboud University Nijmegen
Postbus 9104
6500 HE Nijmegen
C.Witteman@socsci.ru.nl