Downloaded from UvA-DARE, the institutional repository of the University of Amsterdam (UvA)
http://hdl.handle.net/11245/2.33921

File ID	uvapub:33921
Filename	Swinkels_1_.pdf
Version	unknown

SOURCE (OR PART OF THE FOLLOWING SOURCE):

Type	inaugural lecture
Title	Richtlijnontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg: een zaak van stichten en richten
Author(s)	J.A. Swinkels
Faculty	UvA: Universiteitsbibliotheek
Year	2003

FULL BIBLIOGRAPHIC DETAILS:
http://hdl.handle.net/11245/1.424925

Copyright

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content licence (like Creative Commons).

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (http://dare.uva.nl)
(pagedate: 2014-11-27)

Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg; een zaak van stichten en richten

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Colorscan, Voorhout
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 90 5629 288 9
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2003

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg; een zaak van stichten en richten

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt
van bijzonder hoogleraar Richtlijnontwikkeling in de GGZ
namens het Trimbos Instituut,
aan de Universiteit van Amsterdam
op donderdag 10 april 2003

door

Jan A. Swinkels

Vossiuspers UvA

De mens is wijs, zolang hij de waarheid zoekt: zodra hij meent haar gevonden te hebben, is hij een dwaas (Talmoed)

Opgedragen aan Frans E.R.E.R. de Jonghe, hoogleraar Psychiatrie van 1980-2002 aan de Universiteit van Amsterdam

Mijnheer de Rector Magnificus,
Leden van de Raad van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam,
van het Academisch Medisch Centrum, van het Trimbos Instituut, van de Meren,
Leden van de Universitaire Gemeenschap,
Geachte aanwezigen,

In deze oratie wil ik drie stellingen verdedigen.

De eerste is dat de huidige geneeskunde in hoge mate gekenmerkt wordt door een scheiding tussen lichaam en geest en tussen individu en omgeving. Dit heeft betreurenswaardige consequenties voor de behandeling van lichamelijke en psychische stoornissen[1] en voor de organisatie van de gezondheidszorg.

De tweede stelling is dat de *evidence-based* richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg nooit af is, maar een cyclisch proces is, dat bestaat uit vragen uit de dagelijkse praktijk, zoeken naar antwoorden op deze vragen in de onderzoeksliteratuur, en wanneer er nog geen antwoorden zijn het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens worden de onderzoeksgegevens gewogen en naar de praktijk vertaald door ze in te bouwen in richtlijnen. Deze dienen als hulpmiddel voor behandelaar en patiënt bij het nemen van beslissingen. Wetenschappelijke kennis schrijdt voort en de samenleving verandert. Richtlijnontwikkeling is dan ook een continu proces, en dat is de legitimatie van de leerstoel.

De derde en laatste stelling houdt in dat veel richtlijnen niet implementeerbaar zijn, en dat ook implementeerbare richtlijnen vaak niet worden geïmplementeerd. De uitdaging is dan ook het maken van richtlijnen die niet alleen de huidige stand van kennis en kunde weergeven maar ook een grotere kans maken geïmplementeerd te worden.

Mijn eerste stelling luidt: de huidige geneeskunde wordt in te hoge mate gekenmerkt door een scheiding tussen lichaam en geest, en tussen individu en omgeving. Om deze stelling toe te lichten neem ik U mee in een korte verkenning van de geschiedenis van een idee, namelijk het idee 'psychische stoornis'.

Ik begin mijn verkenning, hoe kan het ook anders bij Hippocrates van Kos (460-ca. 377 vChr.). Hij meende dat ziekte werd veroorzaakt door een verkeerde menging van de lichaamssappen, zwarte en gele gal, bloed en slijm, en niet door de goden. De hersenen waren het controlerende centrum van het lichaam en krankzinnigheid was een hersenziekte. Hij bestudeerde de relatie van ziektes met de levensomstandigheden, waarna hij theorieën ontwierp die hij vervolgens toetste. Hij bediscussieerde dit met zijn leerlingen en stimuleerde hen niet alleen af te gaan op overlevering. Als een van de eerste zag hij in dat de mens in zijn individualiteit een individuele behandeling nodig heeft. Hippocrates werd gesticht en gericht door het lijden van zijn patiënten, want de plaats van de arts was aan het ziekbed. De eerste set richtlijnen voor klinisch handelen, het *Corpus Hippocraticum* wordt aan Hippocrates toegeschreven. Aan hem wordt ook de verklaring van hysterie als het rondkoortsen in het lichaam van een ongeduldige baarmoeder (in het Grieks *hysteria*) toegeschreven.

Claudius Galenus van Pergamon (129-200) was getrouw aan Hippocrates en bouwde zijn ideeën verder uit. Zijn temperamentleer op basis van de lichaamsvochten is in onze taal nog te herkennen in de woorden slijmerig of zwartgallig alias flegmatisch of melancholisch. Zijn omvangrijke werk, dat alles probeerde te verklaren zou 1500 jaar onaantastbaar blijven in de geneeskunde, zowel in positieve als in negatieve zin.

Men nam in de donkere eeuwen die volgden na Galenus, mede door de grote pestepidemieën, zijn toevlucht tot een meer irrationele benadering van ziekte, waardoor de verwetenschappelijking van de geneeskunde tot stilstand kwam en langdurig in verval raakte. Psychische stoornissen waren het eerste slachtoffer: opnieuw werden ze verklaard als bezetenheid van de duivel of het gevolg van tovenarij. Geestesbezweringen en duiveluitdrijvingen waren de behandelmethoden. Er was geen scheiding van kerk en staat en het Heilige Boek, de bijbel werd de onbetwistbare basis van het geloven en het denken. Het experiment was niet toegestaan omdat men Gods natuur niet mocht manipuleren. Aan het eind van de Middeleeuwen

werden 'gekken' vanuit de christelijke plicht tot barmhartigheid steeds meer opgesloten in dolhuizen.

Pas bij Vasalius (1514-1564) kwam er langzaam een einde aan het Galenisme doordat hij het menselijke lichaam zelf ging bestuderen en niet alleen vertrouwde op de overlevering. De kerk was in verband met de pestepidemieën ook wat milder over lijkschouwingen. Tegelijk vond binnen de Kerk een ommekeer ten kwade plaats: vanaf het einde van de vijftiende eeuw schuwden kerkelijke rechtbanken er niet meer voor om psychische zieken of mensen die zich vreemd gedroegen te verbranden als heksen.

De Renaissance in de vijftiende en zestiende eeuw was een overgangstijd tussen de Middeleeuwen en de Moderne Tijd, met de exploratie van nieuwe horizonten, de hang naar vernieuwing en de opkomst van het Humanisme. Grote namen waren Maarten Luther (1483-1546), Galileo Galilei (1564-1642) en Desiderius Erasmus (1469-1536). Het was een tijd waarin het experiment weer mogelijk werd. Francis Bacon (1561-1626) beschouwde het als zijn taak om alle wetenschappen op een systematische wijze te funderen en uit te voeren. De juiste methode was de inductie. Inductief redeneren is het veralgemenen van het bijzondere naar het algemene. Empirische of ervaringskennis wordt gevoed vanuit deze methode.[2] De grondredenering is de *ex consequentia*. Deze methode houdt echter gevaren in. Uit de waarneming dat we ziek zijn als we koorts hebben, kan men volgens deze methode concluderen dat we koorts zullen krijgen als we ziek worden. Zoals bekend is dit een voorbarige conclusie: we kunnen immers ook ziek zijn zonder koorts. Causaliteit is niet in de ervaring gegeven; er is hoogstens sprake van een correlatie.

Ondanks de uitingen van grote wijsheid van Renaissance en Humanisme werd in 1569 in Amsterdam het Dolhuis aan de Kloveniersburgwal opgericht, waar psychisch zieken onder erbarmelijke omstandigheden werden opgeborgen en tentoongesteld voor het publiek.[3]

In de zeventiende en achttiende eeuw kwam een tijdperk dat men de Verlichting zou noemen. Er wordt dan een steeds groter belang gehecht aan de directe observatie en het rationeel argumenteren. Immanuel Kant (1724-1804) beschreef de Verlichting als het verstand gebruiken zonder geleid te worden door een ander. De wiskundige en kamergeleerde René Descartes (1569-1650) twijfelde aan alles maar verklaarde dat hij het zélf was die dacht en twijfelde: 'Dubito, cogito, ergo sum', ik twijfel ik denk dus ik ben. Hij meende dat idealiter lichaam en geest te scheiden substanties waren[4] en heeft daarmee de basis gelegd voor de dichotome visie om-

trent lichaam en geest. Descartes gaf erg veel aandacht aan een vorm van redeneren die men deductief noemt, vanuit het algemene naar het bijzondere. Bijvoorbeeld: 'Mensen zijn sterfelijk', dat is een premisse (*explanans*). Een tweede premisse is 'Jan is een mens'. De conclusie (*explanandum*) na toetsing kan lopen via voorspellen; 'Jan zal zeker sterven' of via verklaren achteraf 'Jan dood is omdat hij een mens was'. Of conclusies juist zijn, hangt af van de juistheid van de premissen. In de tijd van de Verlichting werden door de andere manier van redeneren psychische stoornissen langzamerhand ontdaan van hun oude theorieën over lichaamssappen en wandelende baarmoeders.

Er ontstond binnen de Dolhuizen een humanistische visie op de zorg voor geesteszieken, in de literatuur bekend als *moral treatment* bedacht door de Engelse quaker en theehandelaar William Tuke (1733-1822). Het was een morele plicht de krankzinnige als persoon te respecteren en dus niet met fysieke dwang te behandelen. Gevolgd door de Franse arts Philippe Pinel (1745-1826) en later Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) die de geesteszieken vooral figuurlijk en soms letterlijk bevrijdde van hun ketenen. Lodewijk de XIV (1638-1715) had in Frankrijk redeloze nietsnutten en ander gepeupel massaal laten opsluiten omdat hij er niet tegen kon ze te zien. In 1792 werd na de sluiting van het Dolhuis te Amsterdam de zorg voor krankzinnigen overgenomen door het Binnengasthuis. Maar de lichte en zware krankzinnigen en onnozelen werden ook daar nog steeds opgesloten en bewaard onder erbarmelijke omstandigheden: in 1800 stierf 50% van de patiënten met psychische stoornissen aan besmettelijke kwalen.[5]

In de negentiende eeuw begint een ontwikkeling die tot in onze tijd herkenbaar is. De term *psychiatrie* wordt in begin 1800 voor het eerst gebezigd, krankzinnigheid wordt vervangen door *psychose* en de behandeling van geestesziekten wordt medisch. De Weense omstreden arts Franz Mesmer (1734-1815) liet onbedoeld[6] zien dat inbeelding een krachtig psychotherapeutisch instrument kon zijn.[7] Er werd ook grote vooruitgang geboekt in de neurofysiologische kennis die samenging met een verbeterde diagnostiek.[8,9,10] De biologische classificeerders kwamen op. Wilhelm Griesinger (1817-1868),[11] Carl Wernicke (1848-1905)[12] en Emil Kraepelin (1855-1926)[13] hadden weinig oog voor de onderliggende oorzaken.[14] Sigmund Freud (1856-1939) daarentegen zocht verklaringen voor psychisch ziek zijn. Hij ontwikkelde een theorie en een psychotherapeutische behandelmethode; de psychoanalyse, waarin men het onbewuste exploreerden.

De psychisch gestoorden in de inrichtingen hadden nog weinig aan de classificeerders, de hypnotherapie[15] en de exploratie van het onbewuste.[16]

Door de Leidse hoogleraar Psychiatrie Gerbrandus Jelgersma (1859-1947),[17] werd in het begin van de twintigste eeuw een enorme toename van het zenuwlijden vastgesteld. De overspanning zou veroorzaakt worden door een uiterst prikkelbaar zenuwstelsel wat op zijn beurt werd veroorzaakt door de intellectuele inspanning, de industrialisatie en de emancipatie. De psychiaters maar ook artsen binnen en buiten de gestichten gingen op de loop met dit gedachtegoed en probeerden allerlei fysieke behandelmethoden uit op hun patiënten: met water,[18] elektrische stroom of lichamelijke oefeningen om de prikkelbaarheid te verminderen. In de psychiatrische ziekenhuizen paste men ook nog steeds ingrepen toe zoals aderlaten of het afleiden van bloed, purgeren, braken, zweten en etteren.[19]

Na de eerste wereldoorlog begon men vooral in de psychiatrische ziekenhuizen ijverig te experimenteren met ingrijpende 'nieuwe' biologische behandelmethoden.[20] Voorbeelden hiervan zijn de Malariakuur van Wagner-Von Jauregg,[21] de insulinecoma therapie,[22] de cardiozol- en elektroshockkuur en de psychochirurgie[23] onder leiding van Egas Moniz. Men ging wederom op de loop met deze behandelingen. Later bleken de effecten van deze behandelingen erg tegen te vallen,[24] er was te vroeg gejuicht. Na de tweede wereldoorlog zijn vele van deze ingrijpende biologische behandelingen verdrongen door nieuwe therapievormen zoals farmacotherapie, psychotherapie en creatieve therapie,[25] alleen de elektroshocktherapie is gemodificeerd blijven bestaan.[26]

De komst en de verbreiding van de medicamenteuze therapie in de psychiatrische instellingen in de tweede helft van de twintigste eeuw wordt gezien als de tweede revolutie in de zorg voor psychisch gestoorden, na die van Pinel in 1795.[27] Het biologische reveil stond wel heel ver verwijderd van de morele behandeling die Pinel voor ogen stond. Psychische stoornissen, waren inderdaad een hersenstoornis, maar was er meer dan dat?

Stijgende professionaliteit, meer farmacologische en psychotherapeutische behandel mogelijkheden en een grotere participatie van de patiënt zijn de kenmerken van de psychiatrische zorg vanaf de jaren zestig. Vanuit de extramurale geestelijke gezondheidszorg kwam een beweging op die in Nederland Geestelijke hygiëne is gaan heten en later Sociale psychiatrie.[28] De psychiaters Kees Trimbos (1920-1988) en Ari Querido werden sterk beïnvloed door de sociologie en de sociale psychologie en verkondigden een nieuwe 'geestelijke gezondheidsleer', los van de biologie

en de geneeskunde. De psychiatrische patiënt moet in de jaren zestig de antipsychiatrie[29] nog meemaken. Een baanbreker was Erving Goffman, met zijn boek *Asylums* waar hij een kritische analyse maakte van het psychiatrisch instituut als een totalitair instituut. Schizofrenie en speciaal de chronische vorm vond zijn oorzaak in het ziekmakende effect van de instelling.[30,31] In grote delen van de westerse wereld werden grote instellingen massaal gesloten. De democratische psychiatrie mislukte omdat de chronische patiënten hun autonomie vaak niet aankonden en op straat belanden. Een positief gevolg was echter dat in de jaren zeventig en tachtig de Geestelijke Gezondheidszorg werd geboren. De opvatting vatte post dat de GGZ voor iedereen toegankelijk moest zijn[32] maar dit is inmiddels weer verlaten. Zeer grote geïntegreerde GGZ-instellingen worden gevormd.[33] Er dreigt een monopoliepositie en de vraag is of dit juist is.

Hoe dacht men in de afgelopen twintig jaar over het idee psychische ziekte. Sommige menen het te moeten verengen tot psychiatrische stoornissen en de rest die hulp zoekt, zijn gezonden die zich zorgen maken. Anderen rekenen al het 'lijden aan het leven' tot psychische stoornissen. De GGZ krijgt nu weer een specialistisch karakter, met de huisarts als poortwachter. Nu wordt onder psychische stoornissen verstaan: mensen die zelf of door een goed ondersteunde eerste lijn hun problemen niet kunnen oplossen gevolgd door disfunctioneren in sociale rollen. De zorg wordt nu getrapt geleverd binnen wat mogelijk en nodig is. Er is her en der discussie over wie de voordeur van de tweedelijns GGZ bewaakt, de psychiater of de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Wat zijn nu de belangrijkste lessen uit deze geschiedenis?

- De verklaringen over het idee psychische stoornissen van biologisch, naar psychologisch, naar sociaal maken grote slingerbewegingen. Dit leidt tot betreurenswaardige consequenties voor de behandeling van de stoornissen en een zich voortdurend veranderende organisatie. Het domein van de GGZ wordt onder andere daardoor niet serieus genomen en omringd door stigma's als *vaag* en *onwetenschappelijk* en mede daardoor onvoldoende gefinancierd. Nog steeds strijden binnen de GGZ de zich biologische, sociale en psychotherapeutisch noemende behandelaren over hun gelijk. Men zit gevangen binnen een eigen overtuiging.

- De wetenschappelijke inzichten over psychische stoornissen waren vaak meer gebaseerd op filosofie en overtuiging dan op bewijs. Die inzichten werden vertaald in absolute waarheden en hartstochtelijk uitgedragen. De subtitel bij deze oratie is niet voor niets: *Een mens is wijs zolang hij de waarheid zoekt, zodra hij meent hem gevonden te hebben is hij een dwaas*. Nieuwe behandelvormen dienen voldoende wetenschappelijk te worden uitgetest op veiligheid, werkzaamheid en doelmatigheid alvorens ze op brede schaal toe te passen. Tegenover deze waarschuwing van haastige spoed is zelden goed, staat het te lang dralen bij het invoeren van nieuwe bewezen kennis en kunde waarbij goede zorg onthouden wordt.
- De wetenschapsfilosofie en -methodologie zijn van groot belang voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek over het idee psychische stoornissen. Het verloopt via een strakgetrokken manier van normaal nadenken die ook wel de empirische onderzoekscyclus[34] genoemd wordt en zijn basis vindt in een combinatie van inductief en deductief redeneren. In de empirische cyclus is ook een redenering van de wetenschapsfilosoof Karl Popper (1902-1994)[35,36] opgenomen die stelt dat wetenschappelijke kennis geverifieerde kennis is maar dat deze kennis *voorlopig* is. Men houdt een theorie binnen een discipline zolang de hypothesen die eruit voortvloeien niet weerlegd kunnen worden door verder onderzoek. Maar hoe onderscheiden we wetenschap van pseudo-wetenschap? Rothart[37] stelt hierover dat het onderscheid pas gemaakt kan worden als men de verschillende resultaten van de verschillende theorieën goed weegt: de meest geldende theorie verklaart hetzelfde en méér. We weten inmiddels dat psychotherapie, psychosociale maatregelen [38] en biologische behandelingen[39] minstens evengoed werken als de behandelingen in de somatische gezondheidszorg. Wat ontbreekt, is, naar analogie van de hedendaagse natuurkunde, een integrale theorie over hoe het werkt.

Wat betekenen deze lessen voor de toekomst?

In de westerse gezondheidszorg is een crisis aan de gang die te maken heeft met de betaalbaarheid, de kwaliteit en de prioritering van de zorg. McKeown[40] heeft een historische analyse gemaakt van de veranderende ziektepatronen, die volgens mij steeds méér is gaan gelden. Veel van deze patronen worden veroorzaakt door ongezond leven en al even ongezonde levensomstandigheden. Daar staan we tamelijk

machteloos tegenover terwijl ze theoretisch te voorkomen zijn. McKeown beargumenteerd dat de geneeskunde naast de individuele behandeling ook aandacht moet hebben voor zorg- en preventieprogramma's. Als centrale taak van de gezondheidszorg stelt hij; 'om ons veilig in deze wereld te brengen en comfortabel er weer uit, en gedurende het leven de gezonden te beschermen en te zorgen voor de zieken en gehandicapten'. De geneeskunde focust te veel op het lichaam, de anatomie en de fysiologie en te weinig op de biologie, de mens in zijn biotoop. Hij pleit voor een ecologische[41] benadering wat een betere theorie en een betere praktijk zou kunnen geven. De GGZ pendelt in zijn geschiedenis tussen de levensomstandigheden, de psychologie en de biologie als verklaring voor psychische stoornissen. Dit is terug te voeren op de onzinnige en veel te ver doorgevoerde scheiding tussen lichaam en geest enerzijds en tussen het individu en de levensomstandigheden anderzijds. Voorbeelden: hartinfarcten hangen sterk samen met ongezonde levensomstandigheden,[42] en persoonlijkheidsstoornissen met biologische littekens vanuit de opvoeding, erfelijkheid en de huidige levensomstandigheden.[43] Moeheid als symptoom van een zwaar leven[44] zou de aandacht van artsen verdienen, een ongekende vorm van medicalisering.

Er is volgens mij principieel geen onderscheid in de verklaringen van lichamelijke en psychische stoornissen. Ik ga nog een stap verder en meen dat de huidige scheiding tussen lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg onwetenschappelijk is, voor de kwaliteit van de zorg schadelijk, ondoelmatig en kostbaar. *Last but not least*: stigmatiserend voor patiënten met psychische stoornissen. Het wordt hoog tijd de scheiding op te heffen door geleidelijk aan te zoeken naar vervlechting waar nodig en mogelijk zonder de slinger te laten doorslaan naar fuseren. Zowel de geestelijke als de somatische gezondheidszorg zullen hier wél bij varen en vooral de patiënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Tot zover mijn eerste stelling.

Mijn tweede stelling is dat de evidence-based richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg nooit af is, maar een continu cyclisch proces blijft. Tijdens de toelichting op deze stelling zal blijken welke voordelen richtlijnen bieden en welke nadelen eraan kleven. Dit zal, naar ik hoop, het nut van richtlijnontwikkeling duidelijk maken.

Laat ik om deze stelling toe te lichten beginnen met een korte uiteenzetting wat richtlijnen zijn en waarom ze ontwikkeld worden.

Het zijn systematisch ontwikkelde uitspraken die hulpverleners en patiënten moeten helpen bij hun beslissingen over de juiste zorg in specifieke omstandigheden.[45] Het zijn niet-bindende regels.[46] Richtlijnen geven aan *wat* gedaan zou kunnen worden en *waarom*, terwijl protocollen aangeven *hoe* dat dient te gebeuren. De samenhang is, dat het gaat om handelingsinstructies voor verantwoorde zorg.[47] Richtlijnen zijn binnen de gezondheidszorg bedoeld voor de verbetering van de gezondheidszorg. Eddy[48] onderscheidt vier methoden die in toenemende mate voldoen aan de criteria van *nauwkeurigheid*, *verklaarbaarheid* (aan de hand van wetenschappelijke en praktijk kennis), *voorspelbaarheid* (Wat er gebeurt na de implementatie?), *verdediging* (ten opzichte van andere methodes) en *bruikbaarheid*. De eerste, de subjectieve beoordeling, staat bekend als de 'consensusmethode' (of de GOBSAT-methode, *Good Old Boys Sat Around the Table*).[49] Vervolgens is er een tweede – de *evidence-based* – methode gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. In de derde methode, de *outcome-based,* wordt de doelmatigheid van de interventies meegewogen. Ten slotte is een vierde, de *preference-based*, methode waarbij ook de mening van de patiënten wordt meegenomen. Deze laatste vindt zijn basis in de vaststelling dat bij doelmatigheid keuzes gemaakt moeten worden waarbij patiënten een belangrijke rol spelen.

Waarom worden richtlijnen gemaakt en wat zijn de voordelen?

De belangrijkste reden om richtlijnen te gaan ontwikkelen is dat het voor professionals in de dagelijkse zorg het niet doenlijk is op alle fronten alle wetenschappelijke ontwikkelingen bij te houden, zelfs niet op de deelgebieden.[50] Boeken zijn vaak al verouderd als ze uitkomen en tijdschriften chaotisch, niet snel en eenvoudig toegankelijk en ook moeilijk te interpreteren. Dit lijdt onvermijdelijk tot een verlies aan klinische competentie.[51,52] De kwaliteit van de zorg, dat is het verschil tussen wat beoogd en behaald wordt, neemt daardoor af. De interbehandelaarvariatie en de onzekerheid van de behandelaar worden groter. Daardoor worden de behandelingen paradoxaal genoeg steeds méér gestoeld op alleen maar ervaring. Verder staat de toegenomen werkdruk op gespannen voet met de snelle groei van kennis die professionals tot zich zouden moeten nemen om bij te blijven, terwijl de tijdgeest meer vraagt om hogere kwaliteit, transparantie en verantwoordingsbereid-

heid van de professionals in de zorg. Het is niet ondenkbaar dat hiermee het animo voor beroepen in de zorg afneemt. Het primaire doel van richtlijnontwikkeling is dan ook de kwaliteit van de zorg op peil te houden en waar mogelijk te verbeteren. Richtlijnen hebben vaak ook secundaire doelen zoals het verbeteren van de financiële doelmatigheid van de zorg: dit mag echter nooit het primaire doel zijn.

Een ander doel om richtlijnen te ontwikkelen is om de regie over zorgprocessen met betrekking tot een specifieke doelgroep te verkrijgen, ook wel *disease management* genoemd. Het is een verzamelnaam voor allerlei strategieën en scenario's. Het gaat hierbij om een rationalisatie van het zorgproces van zowel de kwaliteit, inclusief de klantgerichtheid als de doelmatigheid. Preventie, diagnostiek, behandelplan, behandeling, nazorg en evaluatie spelen hierbij een rol. In feite gaat het om wat, wanneer, waarom, hoe, door wie, met wie, met welke uitkomst en tegen welke kosten. De basis hiervoor wordt gevormd door zorginhoudelijke richtlijnen waarin minimaal praktijk en ervaringskennis zijn opgenomen.

Richtlijnen voor het professioneel handelen zijn zo oud als er psychische stoornissen zijn. Duidelijk is geworden dat ze nodig zijn en wat de voordelen kunnen zijn voor de zorginhoud, de zorgverlening en de zorgorganisatie. De manier waarop ze gemaakt kunnen worden is duidelijk anders dan vroeger, van *consensus-based* naar *evidence-*, *outcome-* en *preference-based*. Consensus is nodig als er nog geen *evidence* is of als het niet mogelijk is op ethische gronden *evidence* te vergaren. Lang niet alles in de gezondheidszorg is onderbouwd met *evidence*, het is een streven dit wel te doen. Richtlijnen kunnen daarom onderzoek genereren. *Outcome-based*, waarbij de doelmatigheid wordt meegewogen, is vooralsnog van toepassing bij gelijkwaardige interventies, ook dit is gebaseerd op bewijs. *Preference-based* is gewenst, maar wordt vaak nog niet gedaan maar kan ook onderbouwd worden met bewijs uit onderzoek naar de preferenties van patiënten.

Nu duidelijk is geworden wat richtlijnen zijn, waarom ze ontwikkeld en waarop ze gebaseerd kunnen worden en wat de mogelijke voordelen zijn is het voor de onderbouwing van mijn stelling nodig te laten zien dat ze anders gebruikt worden en wat de nadelen kunnen zijn om vervolgens verder uit te werken hoe ze deugdelijk gemaakt kunnen worden.

Hoe worden richtlijnen gebruikt en wat zijn de gevaren?

Richtlijnen krijgen steeds meer de status van een professionele standaard zoals genoemd binnen de *Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst* (WGBO) of de *Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg* (wet BIG). Richtlijnen krijgen daarmee dus ook een juridische status binnen een door van Wijmen[53] genoemde regelfamilie. Regels kunnen bindend en niet-bindend zijn. Niet-bindende regels zijn *richtlijnen*. Bindende regels zijn *voorschriften en overeenkomsten*.

De BIG beroepsbeoefenaren zijn gehouden aan de professionele standaarden die gelden binnen hun beroepsgroep; er is dus een autorisatieprocedure binnen een wetenschappelijke vereniging noodzakelijk om ze geldig te laten zijn. Het is een exclusief recht voor de beroepsgroepen om dit te doen.

Richtlijnen werken doorgaans ondersteunend en rechtsbeschermend voor de professional, al wordt een deel van de professionele autonomie ingeleverd aan de beroepsgroep. In de spreekkamer bestaat er nog steeds een grote mate van vrijheid, mits er beargumenteerd wordt waarom van een richtlijn wordt afgeweken. De zorg moet verder volgens de *kwaliteitswet instellingen* ook doelmatig zijn, voldoen aan de reële behoefte van de patiënt en patiëntgericht verleend worden. Dit maakt deelname van patiënten aan het proces van richtlijnontwikkeling noodzakelijk. Richtlijnen worden nu anders gebruikt: van in volledige professionele autonomie naar vrijheid in gebondenheid.

Wat zijn de gevaren bij het gebruiken van richtlijnen? Richtlijnen mogen niet slaafs en mechanisch worden toegepast want dat leidt tot 'kookboekgezondheidszorg'. Dit gevaar moet niet overdreven worden. Behandelaren dienen zich constant af te vragen of de richtlijn wel passend is en gewenst door de patiënt/cliënt. Een ander gevaar is een verschralende rationaliteit of het functioneel uitschakelen van de neocortex, het bijdragen aan de illusie van het 'enige juiste antwoord'. Er is vaak niet slechts één antwoord dat naar de juiste zorg leidt. Richtlijnen dienen dus ook alternatieven aan te geven, voorzover die er zijn.

Een ander gevaar is dat richtlijnen door derden misbruikt kunnen worden. Juristen, de zorgverzekeraars, de overheid en vele anderen, kunnen dankbaar gebruik maken van de transparantie. De rechter heeft echter met het goed hulpverlenerschap (artikel 7:453 BW) toegang tot de richtlijnen. Van Wijmen vat het als volgt samen: 'De samenleving gunt beroepen hun autonomie, maar eist daarvoor transparantie en toetsbaarheid.' Belangrijk in dit verband is dat richtlijnen gaan over op-

timale zorg onder optimale omstandigheden terwijl het tuchtrecht van een minimum standaard uitgaat. Rechters kunnen fouten maken door aan richtlijnen een verkeerde betekenis van een minimumstandaard toe te kennen.[54]

Richtlijnen kunnen in potentie bijdrage aan betere zorg maar het grootste gevaar, en een les uit de geschiedenis, is die van ondeugdelijke richtlijnen.

Hoe kunnen richtlijnen deugdelijk gemaakt worden?[55]

Behandelaren willen nu en wilden in het verleden, hun patiënten de best mogelijke behandeling of zorg geven. Er is ook een wezenlijk andere houding tussen de behandelaar en de patiënt ontstaan. Was deze voorheen gebaseerd op autoriteit, nu gaat het meer om kennis en deskundigheid. Tot voor kort wist de behandelaar wat goed was, werd ervaring gezien als de meest betrouwbare bron van kennis en werden vergissingen verklaard als de speling der natuur. Deze vorm van behandelen is gebaseerd op het volgen van de leermeester of een veronderstelde theorie (soms zelfs een filosofische of theologische theorie).

Een nieuwe manier van werken is gebaseerd op feiten en deskundigheid en wordt ook wel *evidence-based* werken genoemd. Ervaring, en vooral gesystematiseerde ervaringskennis is onmisbaar maar onvoldoende. De behandelaar kan zich op allerlei manieren vergissen, zoals door vooroordelen, te beperkte ervaring of toeval. Louter kennis over de theoretische basis van het vooronderstelde werkingsmechanisme is ook noodzakelijk maar onvoldoende, het gaat nu meer om begrip over bewijsvoering en de geldende wetenschappelijke regels over oorzakelijkheid. Bij *evidence-based* werken wordt gelet op de werkzaamheid van de behandelingen, verantwoorde diagnostiek en prognose en de statistische onderbouwing hiervan. Hierbij is een kritische socratische houding nodig van de behandelaar om te willen zoeken naar bewijs voor de problemen die zich aandienen. Offringa en anderen[56] geven de volgende definitie van *evidence-based medicine* (EBM): 'Het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van EBM impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het best beschikbare bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van patiënten spelen bij de besluitvorming een centrale rol.' Er wordt benadrukt dat het gaat om beslissingen over individuele patiënten. Het gewe-

tensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik verwijst naar de vertaalslagen die de behandelaar moet maken om 'het beste bewijsmateriaal' succesvol toe te passen en recht te doen aan de individuele omstandigheden van de patiënt. Het begrip *individuele expertise* refereert aan het in de loop van de tijd vergaarde oordeelsvermogen van de behandelaar om effectiever gegevens te verzamelen en de toestand van de patiënt effectiever in te schatten. Maar ook om individuele behoeften, voorkeuren en verwachtingen in kaart te brengen, zodat de besluitvorming beter onderbouwd is. Dit gaat dus verder dan het begrip klinische intuïtie. Het 'beste' externe bewijsmateriaal (*evidence*) verwijst naar de resultaten van betrouwbaar, valide en relevant onderzoek.

Vooralsnog is het *evidence-based* denken in de GGZ niet zo populair omdat er te weinig *evidence* zou zijn of omdat de GGZ met subjecten te maken heeft. Argumenten die vaak voortkomen uit onwetendheid wat verstaan wordt onder de praktijk van een *evidence-based* benaderingswijze en het overschatten van de mogelijkheden van de somatische gezondheidszorg. Aanzienlijk vaker dan wordt gedacht is er in de GGZ véél redelijk tot goed onderzocht bewijsmateriaal. Er zijn drie manieren om *evidence-based* te werken. De eerste manier is het zelf doen door klinische vragen te vertalen in opzoekbare kennis en deze te wegen op hun toepasbaarheid en bruikbaarheid voor de individuele patiënt. Een tweede manier is gebruik te maken van *evidence-based* richtlijnen ontwikkeld door anderen. De derde manier is hulp van experts in te roepen die *evidence-based* kennis en ervaring hebben.

Bij discussies over *evidence-based* werken en *evidence-based* richtlijnen in de GGZ komen vragen op over wat bewijs is en of dit de enige overweging in de spreekkamer is? Binnen de GGZ wordt gebruik gemaakt van empirische wetenschappen, die zowel de biologie, de psychologie en de sociologie betreffen. Deze kennis is opgebouwd uit systematisch of experimenteel verkregen ervaring. In wetenschappelijke kennis is ervaringskennis op een abstracte manier ingebouwd. Binnen de empirische wetenschappen spreken we over bewijs in de zin van *kans*: er is een kans van bijvoorbeeld 95% dat wat gevonden is niet op toeval berust. Het gaat om stochastische of waarschijnlijkheidskennis. *Evidence* is niet gelijk aan bewijs (*proof*) zoals we dat binnen de wis- of natuurkunde kennen. *Evidence* is dus geobjectiveerde informatie die onderdeel is van een bewijsvoering of argumentatie.[57]

Een ander onderscheid is dat in positivistische (empirische) en naturalistische wetenschap. De eerste is gebaseerd op het uitgangspunt van een te objectiveren werkelijkheid die kenbaar en vooral meetbaar is. De laatste betreft veel meer een

kwalitatieve methodologie, een beschrijvende methode, die wil begrijpen en individuele verschillen wil kennen en verklaren. Positivistisch onderzoek gaat over *wat* en *wanneer*, terwijl het naturalistisch onderzoek veel eerder gaat om vragen naar het *hoe* en het *waarom*. Beide vormen van onderzoek zijn verenigd in de empirische cyclus en hebben een plaats binnen *evidence-based* richtlijnontwikkeling.

Onderzoeksresultaten zijn gekoppeld aan juiste vraagstellingen, een juiste methodologie (bewijsvoering) en berekeningswijze, weging van de bewijzen en een juiste toepassing ervan. Dit is niet eenvoudig maar valt buiten het kader van deze openbare les.

Bij het maken van richtlijnen wordt vaak gebruik gemaakt van opgezochte secundaire bronnen van geaggregeerd bewijs. Belangrijk is te beseffen dat zich daarbij allerlei problemen kunnen voordoen zoals te beperkt zoeken, selectiebias en publicatiebias. Men moet bij alle problemen ook bedenken dat het een streven is om via de wetenschap dichter bij de waarheid te komen, maar dat het eindpunt in het oneindige ligt. De waarheid is dus een asymptoot[58] die men zo goed mogelijk kan benaderen maar nimmer ten volle kan bereiken.

Het is misschien wel een van de allerbelangrijkste ontdekkingen van Hippocrates geweest dat de zieke mens een individuele benadering nodig heeft. Dat maakt de praktijk van *evidence-based* geestelijke gezondheidszorg tot een ware kunst. De kennis moet worden toegepast op een individuele patiënt terwijl het onderzoek per definitie gaat over homogene groepen of subgroepen. Dit is geen 'oude wijn in nieuwe zakken' maar oudere en betere wijn in dezelfde zakken. In de spreekkamer spelen naast wetenschappelijke kennis ook ethische aspecten een rol bij het nemen van beslissingen. Wetenschappelijke kennis met een deductieve theoretische component over ziekten, hun ontstaanswijzen, en een inductieve empirische component over de kennis uit gecontroleerde studies en de eigen ervaring met patiënten. Naast wetenschappelijke kennis spelen ook ethische aspecten een rol over het begrijpen van een patiënt als medemens en de normen en waarden van de *professional* en de patiënt.[59]

Binnen de GGZ staat nog te weinig geaggregeerde en makkelijk toepasbare kennis ter beschikking aan de individuele GGZ-medewerker. Via het GGZ-richtlijnen traject, de landelijke initiatieven voor kenniscentra en de instelling van deze leerstoel hoopt men hier verandering in te brengen. Nu is de vraag of er voor alle interventies binnen de GGZ bewijs ontwikkeld moet worden volgens de strenge regels van wetenschappelijk onderzoek. Sociale ondersteuning, verpleging en verzorging

hebben vaak andere doelen, waarvoor geen bewijs over hun werkzaamheid beschikbaar is. Dit neemt niet weg dat kritisch nagedacht moet worden over het nut van de interventies, wat samenhangt met de doelen van de interventies. Opgepast moet worden dat de *evidence-based* benadering een nieuw geloof wordt of zoals Marcel Levi het uitdrukte: 'het ontbreken van *evidence* om iets te doen is niet equivalent aan *evidence* om iets niet te doen'.[60]

Het GGZ-richtlijnen traject is een initiatief wat met steun van VWS gestart is tussen huisartsen, medisch specialisten (psychiaters), psychologen en psychotherapeuten, verenigd in een stuurgroep waarin formele vertegenwoordigers van deze BIG beroepsgroepen zitting hebben. Binnen de richtlijncommissies kunnen andere beroepsgroepen meedoen zoals maatschappelijk werkers en vaktherapeuten. De brede aanpak is multi- en interdisciplinair en *evidence-based*. Er is gekozen voor de beste methode waarbij wetenschappelijke kennis en praktijkkennis, het implementatievraagstuk, de doelmatigheid van behandelingen (via kostenbaten analyses bij gelijkwaardige behandelalternatieven) en de patiënten/cliënten participatie zijn meegenomen. De richtlijnen zijn ook bedoeld om een werkzame integrale zorg en zorgverlening en zorgorganisatie mogelijk te maken via zorgprogrammering (ketenzorg) om uiteindelijk te komen tot *disease-management*. Daarom wordt het gehele traject van preventie, naar diagnostiek en indicatiestelling, naar behandelplan en behandelen, naar nazorg en evaluatie, opgenomen in het proces. Lerend van de richtlijnontwikkeling binnen de somatische zorg is hiermee getracht een sprong voorwaarts te maken om te komen tot geïntegreerde kwalitatief goede hulpmiddelen om de professionals, de patiënten en de zorgorganisatie te ondersteunen in het nemen van beslissingen. De patiënten kunnen ten slotte naast lijden aan hun stoornis ook lijden aan onjuiste zorginhoud, verkeerde zorgverlening of een slechte zorgorganisatie. Het ambitieniveau is hoog. Er liggen nu twee conceptrichtlijnen over depressieve en angststoornissen en er zijn er vier in ontwikkeling. Zonder overdrevenheid zijn dit naar mijn mening wereldwijd unieke producten. Nog nooit is op deze wijze zoveel kennis en praktijkervaring bij elkaar gebracht. Het is een *state of the art*. Ze hebben dan ook de term moederrichtlijnen gekregen omdat er monodisciplinaire kinderen zullen komen. Ook zullen er cliëntenversies ontwikkeld worden. Richtlijnen moeten uiteindelijk leiden tot een beslissingsondersteunend document voor patiënten en hulpverleners. Gezien hun omvang van meer dan honderd pagi-

na's per stuk zijn de voorliggende concepten nog geen implementeerbare richtlijnen.

Dit alles maakt duidelijk dat richtlijnontwikkeling binnen de GGZ een uniek project is. De richtlijnen bevatten de gezamenlijke afwegingen waarop de aanbevelingen uiteindelijk geformuleerd zijn. Nu zijn de wetenschap en de samenleving geen statische gegevens; ze zijn voortdurend in beweging en aan voortschrijdend inzicht onderhevig. Zodat nieuwe kennis die beschikbaar komt, mede gestuurd vanuit de richtlijnen zelf, voortdurend ingepast moet worden in de richtlijnen. Ze zijn dus nooit af en moeten liefst permanent levend worden gehouden om niet te verworden tot een keurslijf. Aldus mijn tweede stelling.

Mijn derde en laatste stelling houdt in dat veel richtlijnen niet implementeerbaar zijn en dat ook implementeerbare richtlijnen vaak niet geïmplementeerd worden. Uiteraard roept dit de vraag op wat er aan deze betreurenswaardige situatie gedaan kan worden.

Wat zijn implementeerbare richtlijnen?

Een belangrijke vraag bij de deugdelijkheid van richtlijnen is of de richtlijn implementeerbaar is. Door de commissie implementatie is in het kader van het GGZ-richtlijntraject een checklist gemaakt voor de implementeerbaarheid van richtlijnen.[61] Negen elementen zijn hierbij belangrijk. Ik zal drie elementen bespreken en de anderen kort noemen.

- Richtlijnen moeten hulp bieden door aan te sluiten bij vragen uit de praktijk en de behoefte aan steun bij het nemen van beslissingen. Als men voor het eerst een multidisciplinaire richtlijn maakt, zal men proberen eenmalig een *evidence-based state of the art* te destilleren uit alle beschikbare gegevens. Een analyse van de knelpunten in de huidige praktijk is daarbij als aanvulling zinvol. Als men hier alleen op af zou gaan, zou het kunnen zijn dat gewoontes die in de dagelijkse praktijk zijn ingeslopen en waarvan het de vraag is of het bijvoorbeeld nuttige diagnostische procedures of behandelingen zijn, dan buiten beschouwing blijven. Als de richtlijn goed is dan zal deze vervolgens alleen aangevuld en verbeterd hoeven te worden in het cyclische proces van richtlijnontwikkeling. Het werk wat aan het maken van een *evidence-based state of the art* vast zit moet niet onder-

schat worden en kan ook opgesplitst worden in verschillende trajecten die in de loop van de tijd worden uitgevoerd.

- De aanbevolen handelswijze biedt gebruikersgemak en meerwaarde boven de bestaande zorg. Als iets wordt afgeschaft wat gebruikelijk was, zal dit eerder tot implementatie leiden dan wanneer er iets extra's gedaan moet worden. De richtlijn moet de *professional* en de patiënt vooral *stichten*. Dit gebeurt als duidelijk is dat dit voor de patiënt duidelijke voordelen geeft en aanleiding geeft tot beduidend minder leed. Aandacht voor dit element in de richtlijn is belangrijk. Niet alleen instrumenteel in de zin van met cijfers, onderbouwingen en *flow-charts* maar ook via een menselijke benadering. Op een of andere manier moet invoelbaar gemaakt worden wat de meerwaarde is. Dit kan door casusbeschrijvingen op te nemen of door illustratiemateriaal. In de late Middeleeuwen was het gebruikelijk dat men via afbeeldingen trachtte de ongeletterde bevolking te stichten tot het goede of te waarschuwen voor het slechte. Pieter Breughel de oudere (ca. 1525-1569) laat de blinden leiden door de blinden, waar dat toe *leidt* behoeft geen commentaar. Een ander voorbeeld is de onkuisheid of de lust, een van de hoofdzonden. Het bijschrift zegt: 'de onkuisheid is vol onsuyverheden'. U ziet dat ze geheel naakt is en zich door de duivel het hof laat maken in een holle boom wat het symbool van verderf was. Op de stoel van de duivel zit de haan als symbool voor stoutmoedigheid en veelwijverij. Verderop ziet u een ontuchtpleger die een bisschopsmijter draagt! Dit zegt meer dan duizend woorden. Ondanks dat de symboliek *voor* een deel verloren is gegaan.
- Herkent de beroepsgroep de richtlijn als mede voortkomend uit de eigen kring. Uit de literatuur blijkt dat als richtlijnen uit de eigen beroepsgroep komen, ze beter implementeerbaar zijn dan wanneer ze bijvoorbeeld van het CBO, de overheid of de zorgverzekeraars komen.[62] Voor richtlijnontwikkeling een zeer belangrijk punt.

Andere elementen zijn: • Is de richtlijn breed toepasbaar, dat wil zeggen dat er rekening gehouden wordt met het verschil in handelen bij verschillende patiëntencategorieën en kenmerken? Belangrijk hierbij is dat men zo dicht mogelijk bij de klinische realiteit tracht te komen door uitspraken te doen over subgroepen (specifiek en gedifferentieerd). Hoe gedifferentieerder de aanbevelingen hoe bruikbaarder. • Wordt er ook rekening gehouden met de wensen, voorkeuren en compliance van de patiënten? • Is de richtlijn eenduidig en begrijpelijk geformuleerd? • Is de richt-

lijn flexibel genoeg om op de werkvloer uitspraken te doen over bijvoorbeeld werkverdeling tussen de beroepsgroepen? • Is de richtlijn attractief, goed vormgegeven en gepresenteerd zodat hij aanzet tot gebruik? Hierbij kan veel geleerd worden van de reclamewereld. Door een bekend ijsmerk worden de hoofdzonden als thema gebruikt om ijs aan de man te brengen, met overweldigend succes. • Ten slotte didactisch: kan de richtlijn gebruikt worden in bij- en nascholings- en kwaliteitverbetertrajecten, bijvoorbeeld als basis voor lesmateriaal?

Het implementeren van richtlijnen[63]

Stel dat we nu een goede implementeerbare richtlijn gemaakt hebben dan moet het toch eenvoudig zijn deze te implementeren? Dit blijkt niet altijd het geval te zijn. Richtlijnen vinden moeilijk een weg naar de praktijk. Huisartsen bleken in Nederland onterecht (volgens de eigen standaard) antidepressiva bij lichte depressies voor te schrijven in meer dan 70% van de gevallen.[64] Er is in de gezondheidszorg vaak sprake van onvoldoende, overbodige of foute zorg.[65] Grol stelt hierover dat studies in de verschillende landen laten zien dat 30 tot 40% van de patiënten niet de gewenste zorg krijgt en dat 20-25% van de geleverde zorg onnodig of zelfs schadelijk is.[66] Om hier iets aan te doen, is naast het ontwikkelen en het implementeerbaar maken ook het implementeren van richtlijnen van groot belang. Om richtlijnen te implementeren is het noodzakelijk een analyse te maken van de belemmerende en bevorderende factoren die zich kunnen voordoen van zowel de doelgroep als de *setting* om daar vervolgens een gerichte reeks van interventies op toe te passen. Meerdere strategieën zijn noodzakelijk en er is geen enige juiste strategie. De analyse houdt een onderzoek in naar onder andere de achtergronden en context van de betrokkenen. Welke aspecten van de zorg komen het meest in aanmerking voor verandering? Onderzoek van de doelgroep bijvoorbeeld op voorlopers of achterlopers. Vervolgens moeten de belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht worden. Deze hebben betrekking op de persoon (zorgverleners of patiënten), de organisatorische setting en de sociale omgeving. Ik beperk mij tot een bespreking van de persoonskenmerken van de behandelaar. Deze zijn te rangschikken in ten eerste de competentie, onder te verdelen in *kennen* en *kunnen*. Ten tweede de houding en de motivatie die te maken hebben met *willen*. Ten derde wat je kent, kunt en wilt gaan *doen*. Het begint met het willen oriënteren, op de hoogte raken of interesse tonen.

Sommige mensen vermijden kennis die niet welgevallig is omdat deze leidt tot verandering en de behoeften aan harmonie tussen denken en doen verstoren. Dit leidt tot selectieve attentie en rechtvaardiging van het gedrag. 'Ik heb de richtlijn nooit gezien of er nooit iets over gelezen' terwijl de richtlijn thuis ontvangen is. Men spreekt in een dergelijk geval over cognitieve dissonantie; het hebben van twee of meer cognities die strijdige implicaties hebben voor het gedrag. De ene gedachte zegt doe dit, de andere zegt doe dat. Helemaal ongewoon is dit natuurlijk niet. Verder gaat men zoeken naar *rechtvaardiging*: 'Wat ik doe moet logisch zijn en er moet een verklaring zijn die strookt met mijn zelfbeeld.' Als aan artsen wordt gevraagd of ze bepaalde essentiële handelingen gedaan hebben dan antwoorden ze positief. Maar in de werkelijkheid blijkt een aanzienlijk deel het niet te doen. Het is belangrijk om met cognitieve dissonantie rekening te houden. Vaak blijkt men de richtlijnen wel te kennen, maar dat wil nog niet zeggen dat de kennis kan worden toegepast, daarvoor moet je leren. Dit leerproces is prachtig beschreven door Benjamin Franklin (1706-1790). 'Vertel het me en ik zal het vergeten. Onderwijs me en ik zal het onthouden, betrek me erbij en ik zal leren.' Involveren bij een probleem is nodig om kennis vast te houden (*problem-based learning*). Ook moet geoefend worden als het om een nieuwe techniek gaat en er moet ervaring worden opgedaan. Maar om iets echt te doen wat men kan moet men willen. Wanneer wil een hulpverlener in de gezondheidszorg zijn gedrag veranderen? Men moet overtuigd worden dat het nut heeft voor de patiënt en liefst ook voor de hulpverlener. Getallen en cijfers kunnen overtuigen maar er is méér nodig. We hebben net besproken over *gesticht* worden, door werkelijk met de gevolgen van het handelen geconfronteerd te worden. Het binnen het AMC ontwikkelde concept van *spiegelgesprekken* kan hierbij helpen. Medewerkers worden in levende lijve geconfronteerd met de patiënten die al een tijdje niet meer onder behandeling zijn. Men mag alleen luisteren naar de positieve en de negatieve ervaringen. Het maakt vaak diepe indruk. Hier geldt het categorisch imperatief: 'Wat u niet wilt dat u geschied doe dat ook een ander niet.' Wat in ieder geval niet werkt bij implementatie is kwalijk nemen, beschuldigen en doorduwen. Wat wel werkt is voorbeelden geven en gezamenlijk aan het werk gaan. Als men de richtlijn kent, de behandeling kan uitvoeren en dat vervolgens ook nog wil dan moet het ook nog gedaan worden en blijven. Binnen de complexe werksetting van veel hulpverleners moet de richtlijn in de werkprocessen zo worden ingebouwd dat men er niet omheen kan en het niet vergeet. Informatie- en communicatietechniek kunnen hierbij behulpzaam zijn. Wel dient men te beseffen dat nieuwe

technologieën nieuwe problemen met zich meebrengen. Of zoals een pionier van de informatica het ooit uitdrukte: 'Computers lossen problemen op die vroeger niet bestonden.' Soms vraagt dit een heel herontwerp van de zorgorganisatie. Om te blijven *doen* is meten weten en prestatie-indicatoren kunnen daarbij helpen.

Ter afsluiting wil ik u meedelen hoe ik de mij toevertrouwde opdracht opvat. Ik wil mij inzetten om te bevorderen dat de gezondheidszorg lichaam en geest, en individu en omgeving niet langer *scheidt* maar slechts *onder-scheidt*. Ik wil mij inzetten voor het bevorderen van richtlijnontwikkeling als een cyclisch proces. En ik wil mij inzetten voor het ontwikkelen van richtlijnen die implementeerbaar zijn maar ook geïmplementeerd worden. Daarvoor wil ik mij inzetten, met hart en ziel.

Dankwoord

Aan het eind van deze openbare les wil ik graag een aantal personen bedanken die voor de leerstoel en voor mij persoonlijk van betekenis zijn geweest.

Willem van Tilburg, voormalig voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Henk Rigter, voormalig voorzitter van de raad van bestuur van het Trimbos Instituut. Bij jullie is het idee van deze leerstoel geboren waarbij niet op de laatste plaats aan mij is gedacht. Ik ben jullie dankbaar dat ik mijn ideeën over richtlijnontwikkeling verder kan uitbouwen en voor het in mij gestelde vertouwen.

Het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam en de Raad van Bestuur van het Trimbos Instituut in de persoon van Jan Walburg wil ik bedanken voor de benoeming. Het is mij een eer aangesteld te zijn bij zulke gerenommeerde instituten. Beste Jan, ik ben onder de indruk geraakt van het wetenschappelijke gehalte van het Trimbos Instituut en de aardige en deskundige mensen die daar werken. Na zes maanden voel ik me er al helemaal thuis. Ik zal mijn uiterste best doen mijn steen bij te dragen.

Leden en ex-leden van de Raad van Bestuur van het AMC – Niek Urbanus, Louise Gunning, Ed Broekhuizen, Leendert Krol en Ernest Briet, ik ben dankbaar dat jullie de benoeming hebben mogelijk gemaakt. Stuk voor stuk zijn jullie heel bijzondere

mensen met een warm hart, die goed voor me gezorgd hebben. Niek en Louise, de charmante en kordate manier waarop jullie, ondersteunt door Agita Sanders, deze benoeming hebben geleid, heeft me diep geraakt.

De Raad van Bestuur van de Meren, Mieke Bot, Leen van Leersum en Berthold Gersons, ik ben jullie dankbaar dat ik dit mag doen. Beste Berthold, we kennen elkaar ruim een kwarteeuw en ik heb veel van je geleerd. Ik ben je dankbaar voor het feit dat je deze benoeming van harte hebt ondersteund.

Er zijn talloze mensen die hebben bijgedragen aan mijn wetenschappelijke carrière. Johan Koetsier toen ik de neurologische opleiding verliet om psychiater te worden zei je mij dat ik een aanwinst zou zijn voor de psychiatrie. Ik denk dat ik je niet teleurgesteld heb. Marten Kuilman, ik ben nooit vergeten dat toen ik voor het eerst in de psychiatrische instelling Sint Willibrord begon te werken op een chronische afdeling, je me adviseerde dat wat ik zou zien in mijn geheugen te griffen. Tot de dag van vandaag is deze opmerking me bijgebleven en heeft ze richting gegeven aan mijn carrière. Jouw vriendschap is me meer dan dierbaar.

Toen ik vervolgens in het AMC mijn opleiding begon onder leiding van Piet Kuiper, was het een hele overgang van de inrichting naar de Academie. Binnen twee dagen kon ik weer naar huis omdat ik het niet zag zitten om bij een gezonde schizofrene patiënt een lumbaalpunctie te verrichten, gelukkig is het weer goed gekomen onder de voorwaarde dat ik een artikel over het onderwerp zou schrijven. Achteraf was dat mijn eerste richtlijn. Dries van Dantzig, jouw scherpe geest en menselijkheid hebben mijn werken gericht. Ik dank je voor jouw onvoorwaardelijke steun, anders had ik hier nooit gestaan.

Mijn directe collega's van het programma Stemmingsstoornissen, Aart Schene, Jochanan Huyser en Guido Nabarro, we zijn samen met Nicole Eusen en Marianne Haages een fantastisch goed presterend team, waar het goed toeven is. Beste Aart, je integere deskundige en aardige manier van leidinggeven is me een waar genoegen.

Medewerkers van de polikliniek psychiatrie, Gerty van Casteelen, Frits jonkers, vriend vanaf het eerste uur, Ineke Vrijland, Pim Scholten en Henk Schalken, jullie

aanwezigheid is me dierbaar en ik ben jullie dankbaar voor jullie steun. Ineke van der Logt, medewerkster van het eerste uur, Kim Lie en Mandy Bekkers, jullie hebben een niet te onderschatten rol in het opleiden en soms opvoeden van de arts-assistenten en de staf. Astrid Jongerden, wat zouden wij zijn zonder jouw intelligentie en inzet. *Last but not least*, Jaqueline Raeven, je bent als mijn secretaresse en als persoon je gewicht in goud waard.

Alle collega's en medewerkers van de afdeling psychiatrie van het AMC/de Meren en het AMC, ik kan jullie niet allemaal bij naam noemen, maar wees verzekerd van mijn bewondering voor de inzet in de zorg voor de patiënten, het onderzoek en het onderwijs.

Alle personen die bij richtlijnontwikkeling betrokken zijn en die ik in de loop van de tijd ontmoet heb, dank ik voor de inspiratie en de mogelijkheid een van jullie te mogen zijn.

Mijn vrienden dank ik voor hun inzet mij voor mijn stoornis *afhankelijkheid van werk*, te blijven behandelen, via een goed gesprek, lekker eten en een goed glas wijn. Jullie maken, in goede en slechte tijden, mijn leven de moeite waard.

Het is me een bijzonder genoegen dat mijn ouders en schoonouders in relatieve gezondheid deze dag kunnen meemaken. Mijn moeder dank ik voor het feit dat ze mij voortdurend heeft gestimuleerd door te gaan en voor haar voorbeeld in het zorgen voor anderen. Mijn vader heeft de basis gelegd voor onafhankelijk denken en mijn normbesef. Adri, Alex, Vincent en Marit, ik ben trots op mijn kleine zusje en mijn zwager, die ouders van een leuk gezin zijn. Ellart, Jannie, Alexander, Ester, Yvette en Kevin, als de wereld bevolkt zou worden met mensen zoals jullie dan zou die er beter voor staan.

Frans Jonghe, mijn opleider, promotor en geestelijk vader. Je hebt me aangenomen, begeleid, gesteund, gesticht en gericht van leerling, naar gezel en nu....tot meester. Je was altijd dichtbij ook in moeilijke tijden. Als een echte wijze heb je gegeven van je kennis. Het plezier dat we hebben in lesgeven, maakt ons voor velen tot een onvergetelijk duo. Je bent de beste leermeester die ik heb gehad, maar je probeert nu

via de achterdeur, zonder afscheidsrede de Academie te verlaten. Ik heb daarom besloten, als bescheiden compensatie, deze openbare les aan jou op te dragen.

Ten slotte Gerhard, al meer dan een kwart eeuw mijn levenspartner en vriend. Je hebt ervoor gezorgd dat ik met mijn voeten op de grond ben blijven staan: je hebt me gesteund en verdragen. Ik ben blij dat we onze wens samen oud te worden althans voor een deel al hebben kunnen waarmaken.

Dames en heren van de academische gemeenschap. Op de student in u komt het aan. Ik wens u wijsheid en kracht toe om te komen tot liefde voor de medemens en zijn leefwereld. Zoek altijd naar wat mensen bindt en niet naar wat ze scheidt.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Ik heb gekozen voor het begrip psychische stoornissen omdat dit breder is dan de classificeerbare psychiatrische stoornissen. Dit wil niet zeggen dat de oorzaak altijd een psychisch probleem of klacht is. Psychische stoornissen zijn gefundeerd in het brein en hebben altijd een lichamelijk correlaat wat gevolg of oorzaak kan zijn. Ze leiden wel tot beperkingen in functies eventueel tot handicaps in de sociale rollen zoals tot arbeidsongeschiktheid.
2. In tegenstelling tot het rationalisme van Descartes die de voorkeur geeft aan de rede.
3. Mooij, A. (1999). *De polsslag van de stad*. De Arbeiderspers, Amsterdam/Antwerpen.
4. Hij onderscheidde lichaam en geest in die zin dat het via denken te scheiden was. Maar hij ging verder en meende dat als er geen lichaam was, de ziel niet zou ophouden met bestaan. Of hij dit overdrachtelijk of letterlijk bedoelde, is nog steeds voorwerp van discussie. Mogelijk was dit een compromis naar het in die tijd onbetwistbare feit van het bestaan van een God. Zelf schreef hij dat lichaam en geest in principe scheidbaar zijn, of anders gezegd onderscheidbaar zijn, maar in feite verkeren ze in een nauwe en intieme verbintenis (*Principia*, deel 1, paragraaf 48, I, 208-9). Hij plaatste dit in de pijnappelklier. Hij ging uit van een stikt parallellisme, van de beide instanties die in de mens verenigd waren: een bepaalde toestand van het lichaam zal overeenstemmen met de geestesgesteldheid. Zeer waarschijnlijk geeft de reflex in de geest ook het meest nuttige voor het lichaam aan. De nuttigheid van het systeem 'als je dorst hebt kun je in het algemeen maar beter drinken', wordt gewaarborgd door de constructie van een welwillende God.
5. Zie *De polsslag van de stad* door A. Mooij, blz. 161.
6. Zijn werk met magnetisme werd na aantijgingen van collega's onderzocht door de Acédemie de Médecine en Acédemie de Sciences. In een experiment verving men de ijzeren staven die in verdund zwavelzuur stonden en magnetisme opriepen, door houten. De conclusie van de commissie van wijze mannen was vernietigend. Er was geen enkel bewijs van een magnetisch dierlijk fluïdum wat blinden kon doen zien en lammen lopen. Het berustte allemaal op inbeelding.
7. Mesmer was een aanhanger van het magnetisme en de hypnose, hij genas blinden en doven en verlichte pijn via handoplegging. Zijn klinieken waren zeer luxe ingericht en vervuld van parfumgeur. Een privé-kliniek *avant la lettre*. Hij was een van de populairste artsen van zijn tijd en stond onder bescherming van Lodewijk XVI.
8. Franz Joseph Gall (1758-1828) bestudeerde de schedel tot in het absurde maar bracht ook naar voren dat verschillende hersengebieden voor bepaalde doeleinden konden dienen.

9. De grote fysioloog Marie Jean Pierre Flourens (1794-1867) die de zintuiglijke waarneming in de grote hersenen situeerden en vele anderen stonden aan de basis van de verwetenschappelijking van de psychische stoornissen.
10. Zie *De ontwikkeling van de Geneeskunde* van P. Lewis en R. Margotta, blz. 178-85.
11. Griesinger was ervan overtuigd dat psychische ziekten in essentie lichamelijke ziekten waren. Hij zocht naar relaties tussen psychologische fenomenen en de hersenanatomie en gaf veel aandacht aan het temperament als aangeboren deel van onze persoonlijkheid.
12. Wernicke hield zich vooral bezig met cerebrale lokalisaties.
13. Kraepelin ontwikkelde een psychiatrische taxonomie, een soort voorloper van het Amerikaanse DSM-systeem. Dit veelgebruikte classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen, wat ook wel *neo-Kraepeliniaans* wordt genoemd.
14. Zie *Ontwikkelingen in de Geneeskunde* van Lewis en Margotta, blz. 180.
15. In Nederland ontwikkelde de praattherapie zich via hypnotische methoden. Frederik van Eden en Van Renterghem zetten in 1887 een instituut hiervoor op in Amsterdam.
16. Jannes, S., Moffaert, M. van (1987). *Psychiatrie*. Omega, Gent, 50-51.
17. Vijselaar, J. (1980). *Een psychiatrisch verleden, hoofdstukken uit de geschiedenis van de psychiatrie*. NCGV reeks 33. NCGV, Utrecht.
18. De badtherapieën, die gebruikt werden om heftig opgewonden agressieve en onrustige patiënten ('de krankzinnigen'), te kalmeren, werden in gemoderniseerd vorm, onder andere via het plaatsen van thermostaten, tot na de Tweede Wereldoorlog toegepast. De patiënt werd naakt en met een dikke laag vet uren achtereen in lauw water geplaatst onder een stevig spanzeil, dit alles onder nauwlettend toezicht. Het verblijf in de badkuip bracht de patiënt soms tot rust, maar werd ook beschouwd als een mild dwangmiddel.
19. Vijselaar, J. (1981). *Verloren gewaand*. NCGV reeks 38. NCGV, Utrecht.
20. Hierbij is gebruik gemaakt van de inaugurale rede van H. Rigter (1989): *Het sociale gezicht van de geneeskunde*.
21. Men spoot bij de malariakuur bloed van een malarialijder in bij psychotische patiënten met neurosyphilis. Er ontstonden zogenaamde 'heilzame koortspieken'. Wegens het succes werd dit later bij allerlei vormen van psychose geprobeerd. Wagner-von Jauregg kreeg in 1927 de Nobelprijs voor de Geneeskunde.
22. Aan de basis van de insuline comakuur lag de ontdekking van Manfred Sakel dat de symptomen bij morfineontwenning onderdrukt konden worden met een kleine dosis insuline. Een aantal patiënten raakte onopzettelijk in coma. Na het coma waren ze heel rustig en vroegen niet meer om morfine. In 1933 en 1937 publiceerde hij zijn bevindingen en suggereerden dat deze therapie schizofrenen kon genezen. Opnieuw ging men op de loop met dit gedachtegoed. In Nederland is deze behandeling voor het eerst uitgevoerd in de psychiatrische inrichting Sint Willibrord te Heiloo. Vanaf 1936 werden patiënten met schizofrenie, melancholie en manie met insuline behandeld. De psychiaters stuurde 50% zogenaamd genezen naar huis.

23. Zie Stockman, blz. 97-103.
24. Sargant, W., Slater, E. (1944). *From an introduction to Physical Methods of Treatment in Psychiatry* (First Edition). Livingstone, Edinburgh.
25. Bakker, C., de Goei, L. (2002). *Een bron van zorg en goede werken: geschiedenis van de GGZ in Noord-Holland-Noord*. Uitgeverij SUN, Nijmegen.
26. Geddes, J., UK ECT review group (2003). Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*: vol 361, blz. 799-808.
27. In 1949 introduceerde de Australische psychiater Cade lithium, als werkzaam middel bij manische syndromen. In 1952 wordt chloorpromazine, een synthetisch antihistaminicum, het eerste antipsychoticum. In 1957 werd imipramine ontdekt, het eerste antidepressivum. In 1960 tenslotte kwam haloperidol op de markt, een krachtig antipsychotisch middel.
28. De psychiater Kees Trimbos omschreef de sociale psychiatrie als een bepaalde vorm van psychiatrisch handelen buiten de context van de psychiatrische instellingen. Ari Querido legde als sociaal psychiater in de jaren dertig sterk de nadruk op de integratie en ondersteuning van de patiënt in de gemeenschap wat ook wel geestelijke volksgezondheid is gaan heten.
29. De op een maatschappijvisie en -filosofie gebaseerde behandelingen werden radicaal doorgevoerd. Kees Trimbos omschreef de antipsychiatrie vanuit vier aspecten: de verwerping van het medische model, de verwerping van de inrichtingspsychiatrie, de verwerping van de sociale controle functie die de psychiatrie had vervuld en een positieve waardering van het verschijnsel 'waanzin'.
30. Goffman, E. (1961). *Asylums*, New York.
31. Ronald Laing, David Cooper en Thomas Szasz gingen op de loop met dit gedachtegoed.
32. In 1983 werden de RIAGG's gevormd uit allerlei eerstelijnsvoorzieningen op verschillende grondslagen, inclusief de sociaal psychiatrische diensten.
33. GGZ-instellingen fuseren in rap tempo en daardoor ontstaan er zeer grote regionale GGZ-centra die alle vormen van GGZ-hulp willen aanbieden. RIAGG's, APZ'en en soms PAAZ'en worden opgeslokt.
34. De Groot, A. (1994*). Methodologie: grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Mouton, Den Haag.
35. Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery*. Basic Books, New York.
36. Een voorbeeld: Als de wet van de zwaartekracht klopt (a) dan zoekt water altijd de weg naar lager gelegen gebieden (b). Bemerkt iemand ooit dat b niet langer het geval is dan vervalt het universele karakter van de uitspraak a.
37. Rothbart, D. (1990). Demarcating genuine science from pseudoscience. In Grim P (Ed), *Philosophy of science and the occult* (2nd ed) 110-130. State University of New York press Albany, New York.

38. Lipsey, M.W., Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological educational and behavioural treatment, confirmation from metanalysis. American Psychologist, 1181-1209.
39. Gabbard, G. O. (ed) (2001). *The treatments of psychiatric disorders*, *deel 1 en 2*. American Psychiatric Publishing Washington DC.
40. McKeown, T. (1984). *The role of Medicine (2nd ed.)*. Blackwell, Oxford.
41. Het organisme, in dit geval de mens in zijn omgeving.
42. *Richtlijn over de behandeling en preventie van coronaire hartziekten door verlaging van de plasma cholesterol spiegel* (2e herzien druk). CBO, Utrecht.
43. Rinne, T. (2002). *The neuro-endocrine scar of sustained childhood abuse in female patients with borderline personality disorders*. Drunodruk, Noordwijkerhout.
44. Bensing, J.M., Lindert, H. van (2003). Vermoeider dan ooit. *Medisch Contact* 58, 551-55.
45. Field, M.J. en Lohr, K.N. (1990). *Clinical practice guidelines: directions for a new agency.* National Academic Press, Washington.
46. Zie van Wijmen, *Richtlijnen voor verantwoorde zorg*, blz. 113.
47. Zie van Wijmen, *Richtlijnen voor verantwoorde zorg*, blz. 7.
48. Eddy, D.M. (1996). *Clinical dicision making*. Jones en Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts.
49. Burgers, J.S. (2003). Geneeskunde van hoog niveau. *Medisch Contact* 12: 457-60.
50. Chassin, M. (1998). Is health care ready for Six Sigma Quality? Milbank Q 76, 565-91.
51. Evans, C.E., Haynes, R.B. ea (1986). Does a mailed continuing education program improve clinical performance? Resuls of a randomized trial in antihypertensive care. JAMA, 255,501-4.
52. Ramsey, P.G., Carline J.D. e.a. (1991). Changes over time in the knowledge base of practicing internists. JAMA, 266, 1003-7.
53. Wijmen, van F.C.B. (2000). *Richtlijnen voor verantwoorde zorg*. Een uitgave van de Vereniging voor Gezondheidsrecht.
54. Zie Van Wijmen (2000), blz. 30.
55. Swinkels, J.A., Schene, A.H., Ruhé, H.G. (2001). Evidence Based Mental Health: inhoud en methode. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2001-2002, 198-313. Schene AH ea red. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
56. Offringa, M., Assendelft, W.J.J., Scholten, R.J.P.M. (2000). *Inleiding in evidence-based medicine*. Bohn Staflau Van Loghum, Houten
57. Zie de afscheidsrede van Bert Arisz.
58. Lijn die een gegeven kromme steeds dichter nadert, zonder haar ooit in het oneindige te raken.
59. Wulf, H.R en Gotzsche, P. C. (2000). *Rational Diagnosis and treatment. Evidence-based decision making* (3th ed). Blackwell Science, Oxford.
60. Levi, M. (2001). *Kansen voor de inwendige geneeskunde*. Vossiuspers, Amsterdam.
61. Grol R. Karsbergen ea (2002). *Checklist implementatie*. Trimbos Insituut Utrecht.

62. Zie Grol en Wensink (2001), Implementatie.
63. Grol, R. Wesning, M. (2001). *Implementatie.* Elsevier Gezondheidszorg, Maarsen.
64. Speis, T.H., Mokking, H.G.A. (1999). *Toetsen aan standaarden. Het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst.* Eindrapport. WOK/NHG, Nijmegen.
65. Bodenheimer, T. (1999). The American Health care system. The movement for improved quality of in Health care. N Eng J Med; 340:488-92.
66. Grol. R. (2001). Improvement of medical care. JAMA;286:2578-85.