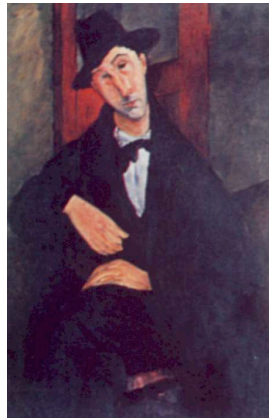
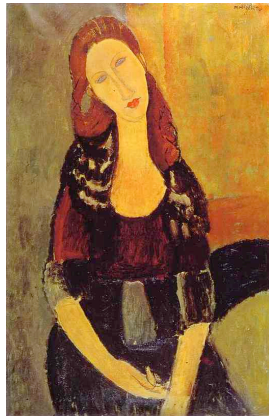


**RESULTATEN EXPERTMEETING  
SEKSE-, GENDERSPECIFIEKE EN  
INTERCULTURELE HULPVERLENING  
IN DE PSYCHIATRIE**



**HOE VERDER MET DE  
MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN?**

*Organisatie: De Geestgronden & Transact*

**Resultaten expertmeeting sekse-, genderspecifieke  
en interculturele hulpverlening in de psychiatrie.  
Hoe verder met de multidisciplinaire richtlijnen?**

**Organisatie: De Geestgronden & Transact  
Haarlem 13 juni 2006**

**Een initiatief genomen door Ilonka Boomsma,  
psychiater, De Geestgronden**

**Tekst: Jaap van der Stel, senior-onderzoeker, De  
Geestgronden**

Oktober 2006  
De Geestgronden  
Postbus 5  
2120 BA Bennebroek

# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Samenvatting</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Inleiding</b>   | <b>5</b>  |
| <i>Doelstelling expertmeeting</i>  | 5         |
| <i>Motivering voor dit initiatief</i>  | 6         |
| <b>Definities en perspectieven</b>   | <b>8</b>  |
| <i>Begrippen</i>   | 8         |
| <i>Perspectieven</i>   | 9         |
| <b>Achtergronden en ontwikkelingen</b>                                       | <b>10</b> |
| <i>Maatschappelijke ontwikkelingen met betrekking tot etniciteit</i>         | 10        |
| <i>Aandacht voor verschillen tussen mannen en vrouwen</i>                    | 11        |
| <i>Patiënten, gender en cultuur</i>  | 12        |
| <i>Hulpverleners en hun oriëntaties op gender en cultuur</i>                 | 12        |
| <i>Het perspectief van GGZ-instellingen</i>                                  | 13        |
| <i>Is er nog aandacht voor de inhoud?</i>                                    | 14        |
| <i>Diagnose-behandelcombinaties</i>  | 15        |
| <i>Marktwerking</i>  | 16        |
| <b>Evidence-based medicine</b>   | <b>17</b> |
| <i>Achtergronden van de richtlijnen</i>                                      | 17        |
| <i>Oververtegenwoordiging farmacotherapie en specifieke disciplines</i>      | 19        |
| <b>Standpunten met betrekking tot de multidisciplinaire richtlijnen</b>      | <b>20</b> |
| <i>Het belang van aandacht voor diversiteit</i>                              | 20        |
| <i>Zin en onzin van reductie</i>   | 23        |
| <b>Aanbevelingen die voortkomen uit de expertmeeting</b>                     | <b>24</b> |
| <i>Voorstellen tot verbetering van de richtlijnen</i>                        | 24        |
| <i>Voorstel voor een multidisciplinaire richtlijn Goed Hulpverlenerschap</i> | 26        |
| <i>Het vervolg</i>   | 27        |

## Samenvatting

Op 13 juni 2006 vond in Haarlem een expertmeeting plaats over sekse-, genderspecifieke en interculturele hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het onderhavige stuk is gebaseerd op de discussies die voorafgaande, tijdens en na afloop van de expertmeeting zijn gevoerd.

In de inleiding staat beschreven wat de doelstelling van de bijeenkomst was, en welke motieven aan het initiatief ten grondslag lagen. Na een beknopte beschouwing over definities en perspectieven met betrekking tot sekse, gender en etniciteit volgt een paragraaf waarin enkele maatschappelijke ontwikkelingen in verband met gender en etniciteit worden geanalyseerd. Ingegaan wordt op het perspectief van de patiënten en hulpverleners alsook van de instellingen in de GGZ. Tevens gaat deze paragraaf in op enkele beleidsmatige ontwikkelingen en problemen. Deze vormen de context voor de ontwikkeling van de zorg. Gesignaleerd wordt dat de aandacht voor de inhoud van het werk thans onder druk staat, terwijl systeemwijzigingen (zoals de invoering van DBC's) en concurrentie tussen zorgaanbieders de toon zetten.

Vervolgens gaat dit stuk in op enkele kenmerken van en problemen met *evidence-based medicine* en de (multidisciplinaire) richtlijnen die in dat kader worden ontwikkeld. Specifiek wordt ingegaan op de gevolgen die de bias in de literatuur, waarop deze richtlijnen worden gebaseerd, hebben, alsook de gevolgen van de oververtegenwoordiging van onderzoeksliteratuur over farmacotherapie.

Daarna volgt een kritische beschouwing over de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ. Gesteld wordt dat deze tekortschieten doordat ze onvoldoende aandacht geven aan diversiteit. Daardoor zijn ze minder valide dan wat de opstellers voor ogen stond. Deze beschouwing gaat over in een paragraaf waarin aanbevelingen staan om de huidige en toekomstige richtlijnen te verbeteren voor de sekse, gender- en etnisch specifieke hulpverlening. En passant worden ook voorstellen gedaan voor een multidisciplinaire richtlijn 'goed hulpverlenerschap'.

Tot slot wordt voorgesteld om de uitkomsten van de expertmeeting onder de aandacht te brengen van de beroepsverenigingen in de GGZ en van degenen die direct betrokken zijn bij de ontwikkeling van richtlijnen in en voor de GGZ.

# Inleiding

Hieronder staat beschreven wat de doelstelling was van de expertmeeting die op dinsdag 13 juni 2006 werd gehouden in Haarlem. Daarna volgt een toelichting op de motivering voor dit initiatief en welk idee de organisatoren van de expertmeeting hebben omtrent het vervolg.

## DOELSTELLING EXPERTMEETING

De bedoeling van de expertmeeting over sekse-, genderspecifieke en interculturele hulpverlening was de volgende: de expertmeeting vormde een platform waar experts op de verschillende gebieden met elkaar van gedachten konden wisselen over de wijze waarop sekse- en interculturele hulpverlening zich verhouden tot het werken volgens de multidisciplinaire richtlijnen. De expertmeeting had verder als doel aanbevelingen te doen aan het werkveld met betrekking tot interculturele en sekse-, genderspecifieke hulpverlening en in het bijzonder de ontwikkeling en/of revisie van richtlijnen voor de behandeling van psychische stoornissen.

### Specifieke aandacht voor de multidisciplinaire richtlijnen

Belangrijk daarbij was dat vanuit vakinhoudelijke argumenten gekeken werd in hoeverre deze richtlijnen een bijdrage kunnen leveren aan een kwalitatieve verbetering van de hulpverlening. De aandacht ging specifiek uit naar de richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen en depressie. Centraal stond in hoeverre de richtlijnen aansluiten op de kennis en ervaring met betrekking tot sekse-, genderspecifieke en interculturele hulpverlening in de GGZ (psychiatrie).

### Vragen voor de expertmeeting

Bij de voorbereiding van de expertmeeting werden de volgende vragen geformuleerd:

1. Wordt het belang van deze aandachtsgebieden voldoende onderkend, gegeven de wijzigingen in de samenstelling van de bevolking en genderspecifieke verschillen in diagnose en behandeling van psychiatrische stoornissen?
2. Worden deze werkvelden bedreigd door de veranderingen, die gaande zijn in de geestelijke gezondheidszorg, zoals meer nadruk op marktwerking, multidisciplinaire behandelrichtlijnen en diagnose-behandelcombinaties (DBC's)?
3. Hoe kan de invoering van de multidisciplinaire richtlijnen en het DBC systeem worden benut om deze aandachtsgebieden beter te integreren in de praktijk van de GGZ?
4. Wat is de beste methode om ervoor te zorgen dat deze twee belangrijke werkvelden en de vertaling daarvan in de multidisciplinaire richtlijnen en de DBC's onder de aandacht worden gebracht van (a) bestuurders en beleidsmakers, (b) hulpverleners, instellingen en verzekeraars en (c) publiek, media en politiek?

## **Deelnemers en inleiders**

Aan de expertmeeting werd deelgenomen door ongeveer 30 personen die als wetenschapper, behandelaar of beleidsmaker betrokken zijn bij de thematiek van de sekse- en gender en/of de interculturele hulpverlening. De bijeenkomst werd 's ochtends ingeleid door enkele experts op het gebied van multidisciplinaire richtlijnen, seksespecifieke hulpverlening én interculturele hulpverlening, te weten:

- Ilonka Boomsma, als manager behandelenzaken en psychiater verbonden aan De Geestgronden (Haarlem); jarenlange ervaring op het terrein van sekse- en genderspecifieke hulpverlening.
- Lourens Henkelman, als programmahoofd Programma's & Richtlijnen verbonden aan het Trimbos-Instituut (Utrecht); secretaris van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.
- Nelleke Nicolaï, werkzaam als psychiater-psychotherapeute in een eigen praktijk (Rotterdam); expert op het terrein van de vrouwenhulpverlening; heeft veelvuldig gepubliceerd over vrouwenhulpverlening en de behandeling van de gevolgen van seksueel geweld.
- Nuray Sönmez, als consulent verbonden aan MIKADO, het landelijk kenniscentrum op het gebied van de interculturele geestelijke gezondheidszorg (Rotterdam).
- Vera van der Velde, als manager behandelenzaken en psychiater verbonden aan De Geestgronden (Bennebroek); was secretaris van diverse richtlijnwerkgroepen, lid van de Commissie Implementatie en projectleider van het Projectteam Implementatie van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.

In het middagedeelte werden in themagroepen standpunten voorbereid en plenair besproken. Omdat de expertmeeting zich toespitste op een discussie over de status van de multidisciplinaire richtlijnen (vraag 3) spitst ook dit stuk zich daar op.

## **MOTIVERING VOOR DIT INITIATIEF**

### **Inhoud van het werk moet centraal staan**

Het thema van de expertmeeting was de seksespecifieke en interculturele hulpverlening in de GGZ. De laatste jaren is er binnen de GGZ zowel in wetenschappelijk onderzoek als in de hulpverleningspraktijk toenemend aandacht gekomen voor sekse-, genderspecifieke en interculturele hulpverlening. Nu de marktwerking ook bij de GGZ een stempel is gaan drukken op de kwaliteit en de kwantiteit van het behandel aanbod en men te maken heeft gekregen met multidisciplinaire richtlijnen en diagnose-behandelcombinaties (DBC's), is het een taak voor de professionals om met elkaar te praten over de inhoud van het werk en de positie die men wenst in te nemen.

### **Publicatie richtlijnen**

Een directe aanleiding voor de organisatie van de expertmeeting was de indruk dat de recent gepubliceerde multidisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen en depressie weinig tot geen aandacht besteden aan sekse-, genderspecifieke en cultuurspecifieke verschillen. Het is niet terecht dat de interculturele of sekseverschillen in de richtlijnen, zoals die voor de behandeling van angststoornissen, min of meer worden genegeerd. De verschillen tussen culturele groepen of mannen en vrouwen zijn reëel.

De voorbereidingsgroep was van mening dat als deze verschillen niet worden geëxpliciteerd, de normen en waarden van de behandelaar of de beroepsgroep ongemerkt van invloed zijn op de communicatie en de behandelstrategie waartoe wordt besloten. In de westerse cultuur staat het 'autonome zelf' bijvoorbeeld centraal; in niet-westerse culturen is dit veel diffuser wat uiteraard consequenties heeft voor de perceptie van psychische stoornissen. Wanneer behandelaren zich hiervan niet bewust zijn, veroorzaakt dat problemen, die de effectiviteit van de behandeling ondermijnen. Ook verschillen culturen in de mate waarin of de wijze waarop bepaald gedrag of specifieke psychische toestanden worden aangeduid als een stoornis of niet. Binnen culturen geldt dat de man-vrouw-verschillen voor wat betreft de prevalentie van psychische problemen groot zijn, en daarbij spelen sociale en culturele factoren een aanzienlijke rol.

### **Aandacht voor diversiteit ontbreekt**

Aandacht voor diversiteit, dat wil zeggen voor culturele en sekse- en genderspecifieke verschillen, is in de richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen en depressie bijna afwezig, zowel wat betreft de effectiviteit van specifieke behandelingen alsook wat betreft de consequenties die deze verschillen met zich mee zouden moeten brengen in de bejegening van patiënten. Dit a-culturele en a-seksespecifieke beeld geldt min of meer voor alle behandelrichtlijnen die de afgelopen jaren in Nederland vanuit verschillende beroepsgroepen en ten aanzien van diverse somatische en psychische aandoeningen zijn gepubliceerd.

### **Diagnose-behandelcombinaties**

Een ander motief voor de expertmeeting was de zorg dat door de komst van de DBC's, multidisciplinaire richtlijnen en de marktwerking in de GGZ de ruimte voor sekse- en interculturele hulpverlening smaller wordt. Of dat werkelijk zo is stond ter discussie in de expertmeeting.

# Definities en perspectieven

## BEGRIPPEN

Het is belangrijk helder te zijn over de centrale begrippen die in dit stuk worden gehanteerd. De term *seks* duidt op de biologische, lichamelijke kenmerken van mannen en vrouwen. Biologische verschillen tussen mannen en vrouwen (net zoals tussen leeftijdsgroepen e.d.) zijn zeer relevant voor de sociaal-medische wetenschap en het sociaal-medisch handelen.

### Gender

De term *gender* verwijst naar de psychische en sociale verschillen die aan een seks gerelateerd zijn. Deze zijn bepalend voor de (beleving van de) identiteit en de sociale rollen en sociale posities (juridisch, economisch, cultureel en politiek) die vrouwen en mannen in de samenleving wel of niet kunnen krijgen of moeten accepteren. Terwijl we met 'seks' dus mensen beschrijven op een biologisch niveau, is 'gender' geschikt om seks te beschrijven op psychologisch en sociologisch niveau. Dit begripsonderscheid dient ertoe om duidelijk te kunnen maken dat psychische en sociale verschillen niet gereduceerd mogen worden tot biologische verschillen (ook al vindt dit geregeld plaats). Genderverschillen kunnen dus weliswaar samenhangen met verschillen in gezondheid en ongezondheid, maar het is op voorhand niet gezegd of deze biologisch of psychologisch en/of sociologisch gedetermineerd zijn.

### Etniciteit

De term *etniciteit* vervult een vergelijkbare functie als gender, in die zin dat het verwijst naar de psychische en sociaal-culturele verschillen tussen groepen mensen, zoals bevolkingsgroepen. Etniciteit is dus geen aanduiding voor één of meer biologische eigenschappen, maar heeft betrekking op culturele verschillen. Met etniciteit vatten we samen dat groepen mensen een gezamenlijke religie, taal, cultuur of geschiedenis delen, en waaraan ze hun identiteit ontleen.<sup>1</sup> Omdat een bepaalde etniciteit kan samenvallen met de kenmerken van een groep migranten spreekt men ook vaak van 'etnische herkomst'.

Het zou voor de hand hebben gelegen om ook op biologisch niveau verschillen tussen groepen mensen, anders dan met seks, met een term aan te duiden. In het verleden werd de term 'ras' gebruikt. Niet vanwege de angst voor discriminatie, maar vanwege de onwetenschappelijkheid van het begrip ras, wordt daar vanaf gezien. De biologische verschillen *binnen* groepen mensen, uitgaande van DNA-profielen, zijn groter dan *tussen* groepen mensen, uitgaande van uiterlijke kenmerken zoals huidskleur. Dit betekent niet dat er geen biologische verschillen zijn waarmee men in de sociaal-medische praktijk rekening mee moet houden, zoals verschillen in de enzymsystemen die betrokken zijn bij het metabo-

---

<sup>1</sup> Etniciteit kan samenvallen met nationale herkomst of eventueel stamverwantschap, maar dat is niet noodzakelijk het geval.



lisme van medicijnen, maar deze verschillen rechtvaardigen geenszins, althans bij mensen, het gebruik van de term ras.

## **PERSPECTIEVEN**

In dit stuk gaat het over groepen mensen, hun etnische en genderverschillen, en het belang dat eraan wordt gehecht om de verschillen niet alleen zichtbaar te maken, maar daar in de GGZ-hulpverlening ook naar te handelen. Wanneer hieronder sprake is van ‘specifieke groepen’ moet dat niet worden misverstaan als dat het hier alleen gaat om mannen of vrouwen, of groepen mensen met een etnische achtergrond. Vanzelfsprekend bestaan *genders* óók uit groepen mensen met een verschillende etnische achtergrond, en *ethniciteiten* óók uit mannen en vrouwen. Die complexiteit en de consequenties daarvan voor de problemen waarvoor in dit stuk aandacht wordt gevraagd, blijven hier goeddeels buiten beschouwing.

Het gaat er uiteindelijk om dat er hulp wordt geboden vanuit een sekse/gender- én etnischspecifiek perspectief. Beide perspectieven zijn aan de orde in de hulp aan alle patiënten bij de GGZ. In de uitwerking van onze voorstellen in richtlijnen, die aansluiten op de diversiteit die er onder de bevolking bestaat, moet dit punt uiteraard volop in de aandacht staan.

# Achtergronden en ontwikkelingen

Het is zinvol ons allereerst een beeld te vormen van datgene wat op hulpverleners en instellingen (vertegenwoordigd door bestuurders en managers) afkomt voor zover dat betrekking heeft op etniciteit en gender. In het kort worden enkele spanningsvelden, waarin de hulpverlening zich geplaagd ziet, behandeld.

## MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN MET BETREKKING TOT ETNICITEIT

### Onzekerheid en sociale spanningen

Het tempo van sociale en culturele veranderingen neemt toe – dit is geen nieuws meer, zoals het ook welbekend is dat deze veranderingen gepaard gaan met veel individuele onzekerheid en sluimerende sociale spanningen. De etnische samenstelling van de Nederlandse bevolking verandert. Dit heeft gevolgen voor veel sectoren van de samenleving, waaronder ook de geestelijke gezondheidszorg.

### Diverse patiëntengroepen - behoefte aan deskundigheid

De GGZ moet zich instellen op patiëntengroepen met een andere taal en cultuur, maar ook met andere opvattingen over psychische problemen en hoe daar mee om te gaan. Specifieke cultureel-psychiatrische deskundigheid is echter zelden in voldoende mate aanwezig in bestaande instellingen, zoals ook de faciliteiten en werkmethoden onvoldoende aansluiting hebben bij de diversiteit van problemen, vragen en behoeften van verschillende etnische groepen in een werkgebied.

### Wit en westers

Het aandeel van ‘allochtonen’ in de onderscheiden beroepsgroepen, in wetenschappelijke disciplines of in management- of bestuursfuncties is nog zeer beperkt. Het heersende ‘denken’ over problemen en oplossingen is nog overwegend ‘wit en westers’. Dat is een probleem wanneer daarin eenzijdige ideologische overwegingen in vervat zijn, die bepalend zijn voor het handelen.

### Gevolgen voor de diagnostiek

Vanwege formele procedures - om de financiering van de zorg veilig te stellen - moeten behandelaren eerst een diagnose stellen. Lukt dat in alle gevallen? Vormen cultuurspecifieke factoren daarbij een hindernis? Dit laatste lijkt in de praktijk vaak het geval te zijn. De toepassing van de DSM IV en aanverwante instrumenten zoals vragenlijsten, blijkt vanwege taal- en cultuurverschillen lang niet altijd mogelijk te zijn. Zo bestaat de term depressie niet in het Turks, maar dat is maar een symptoom van dieper liggende verschillen in de perceptie van psychische problematiek. Lange tijd is gesteld dat migranten hun psychische problemen ‘somatiseren’ maar dat is een mythe - niet migranten stellen somatische diagnoses voor, maar hun hulpverleners, omdat die vaak niet goed in staat zijn (of waren) om zich in te leven in de achtergronden van hun patiënten.

### **Gevolgen voor de medicatie**

Overigens, ook vanuit het standpunt van de psychofarmacologie zouden verschillen tussen etnische groepen er toe moeten doen: etniciteit kan een relevante factor zijn bij het medicatiebeleid vanwege verschillen in metabolisme van de voorgeschreven medicatie. Ook psychiaters die hun ogen zouden willen sluiten voor sociale en culturele factoren, moeten, om het gewenste behandelresultaat te bereiken, kennis nemen van eventuele farmacologische verschillen.

## **AANDACHT VOOR VERSCHILLEN TUSSEN MANNEN EN VROUWEN**

### **Biologische en psychosociale determinanten**

Psychische stoornissen hebben naast een biologische determinatie bijna altijd ook een psychosociale determinatie - deze is voor mannen en vrouwen verschillend en daar moet rekening mee worden gehouden bij een zorgvuldige diagnostiek en behandelstrategie. De achtergronden van suïcidaliteit of automutilatie, maar ook de achtergronden van specifieke co-morbide stoornissen, verschillen tussen mannen en vrouwen. Ook zijn er verschillen in de mate waarin beide groepen bijvoorbeeld slachtoffer zijn van seksueel geweld of van misbruik binnen en buiten gezin - het spreekt voor zich dat een en ander weer van invloed is op de mate waarin en de wijze waarop meisjes en vrouwen kampen met psychosociale problemen die aan zulke ervaringen gerelateerd zijn.

### **Invloed van de vrouwenbeweging**

In de psychiatrie werd lange tijd in diagnose en behandeling geen onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen, het waren immers allebei 'mensen'. Omdat in de wetenschap en de medische beroepsgroep het denken en doen vooral werd bepaald door een mannelijk gekleurd wereldbeeld, zijn wezenlijke genderspecifieke verschillen over het hoofd gezien.

Door het wijzigen van het wereldbeeld, mede onder invloed van de vrouwenbeweging, en veranderingen in de medische beroepsgroep (meer dan 50% van de artsen in opleiding is inmiddels vrouwelijk) zijn inzichten in de reële verschillen tussen mannen en vrouwen in de plaats gekomen van ideologische, op machtsverschillen, gebaseerde vooronderstellingen. De vanzelfsprekendheid waarmee mannen bewust of onbewust de macht hadden om vrouwen in een ondergeschikte positie te drijven en te houden, onder verwijzing naar biologische verklaringen voor de superioriteit van mannen is - althans in de Westerse wereld - niet meer de dagelijkse kost.

### **Kennis nog beperkt**

De vertaling van nieuwe inzichten over genderverschillen in de dagelijkse praktijk van de GGZ heeft overigens nog een lange weg te gaan. De deskundigheid van hulpverleners over genderspecifieke aspecten van diagnostiek en behandeling is nog maar beperkt aanwezig, zoals er ook slechts in de marges een genderspecifiek therapieaanbod is.

## **PATIËNTEN, GENDER EN CULTUUR**

Alle mensen hebben een cultuur- en/of genderspecifieke identiteit. Het beïnvloedt hun doen en laten, hun opvattingen en aspiraties, en het bepaalt de manier waarop ze hun omgeving percipiëren, of in welke mate en op welke wijze invloeden vanuit de omgeving hen in gunstige of ongunstige zin veranderen.

### **Identiteit en psychische problematiek**

Het spreekt voor zich dat identiteit, naast en in interactie met andere determinanten, een bepalende factor is in het ontstaan en het beloop van psychische problemen of stoornissen. Identiteit is verder van invloed op de mate waarin en de wijze waarop hulp wordt gezocht en gevraagd, én wat het antwoord daarop is. In de probleemstelling is gesuggereerd dat het hulpaanbod en de theoretische fundamenten daarvan in hoge mate (nog steeds, en vooral impliciet) gekleurd zijn door a-culturele en gender a-specifieke oriëntaties. De kans dat mensen die niet voldoen aan het 'standaardmodel' zich onbegrepen voelen, dat ze geen respons ervaren in de manier waarop ze hun klachten of problemen verwoorden of uiten, neemt daardoor toe. Waar dit probleem onbesproken is en blijft, zullen de betrokken patiënten de hulp ten minste voor een deel als inadequaat ervaren en meer dan gemiddeld communicatieproblemen ervaren met hulpverleners en hun instelling.

### **Stapeling van problemen**

In al deze situaties treden risico's op die zich bovenop de reeds bestaande psychische problematiek stapelen. Problemen die in hun ontstaansgeschiedenis al gerelateerd waren aan cultuur- of genderspecifieke achtergronden – zoals mannen die vanwege politiek geweld gevlucht waren uit hun geboorteland, of vrouwen die te maken hebben gehad met seksuele criminaliteit – kunnen, in plaats van adequaat behandeld te worden, na een inadequate bejegening juist te maken krijgen met secundaire problemen. Vanzelfsprekend neemt de kans op een voorspoedig behandelresultaat daardoor af. Contraproductief werken is niet uitzonderlijk. Goedbedoelde hulp leidt niet automatisch tot een door alle partijen als positief ervaren behandelresultaat.

## **HULPVERLENERS EN HUN ORIËNTATIES OP GENDER EN CULTUUR**

### **Wisselende interesses**

Hulpverleners in de GGZ verschillen sterk in de mate waarin ze werkelijk interesse hebben en tonen voor gender- en/of cultuurspecifieke kwesties voor zover deze in verband staan met de sociale en culturele achtergronden van hun patiënten en consequenties hebben voor de wijze van hulpverlening. In dit opzicht is er overigens een duidelijk verschil in de belangstelling voor gender ten opzichte van die voor cultuur.

De aandacht voor gendergerelateerde kwesties hangt samen met de vrouwenbeweging die in de jaren zeventig opnieuw tot bloei kwam. Daarin ging de aandacht van vrouwen voor zichzelf (in dit geval ook in hun rol als hulpverleenster) gelijk op met aandacht voor de

achtergronden (maar ook de emancipatie) van vrouwen in de rol van patiënt (en om die reden welbewust aangeduid als 'cliënt'). Iets vergelijkbaars heeft zich voor wat betreft aandacht voor aan cultuur gerelateerde kwesties niet voorgedaan.

### **Verschillen in aandacht voor gender versus etniciteit**

In de GGZ hebben altijd relatief veel vrouwen gewerkt; mensen met een allochtone achtergrond zijn lange tijd zeer schaars aanwezig geweest in de GGZ, en ook nu nog lukt het niet het personeelsbestand een goede afspiegeling te laten zijn van de samenstelling van de bevolking. Het thema etniciteit in relatie tot psychische problematiek en psychiatrische behandeling is daarmee in de GGZ veel meer een 'van buitenaf' aangedragen onderwerp gebleven.

## **HET PERSPECTIEF VAN GGZ-INSTELLINGEN**

### **Negatief beeld**

Tot slot enkele woorden over de gevoeligheid van GGZ-instellingen voor gender- en/of cultuurspecifieke kwesties. Wellicht met uitzondering van enkele instellingen in de grote steden zijn er weinig voorbeelden bekend, waaruit blijkt dat GGZ-instellingen daadkrachtig, met volle overtuiging, en gebaseerd op een voldoende diepgravende analyse, intern aandacht hebben gevraagd voor gender en cultuur. Als uitvloeisel daarvan zijn er weinig voorbeelden van GGZ-instellingen met goed doordacht beleid dat erop gericht is het organisatiegedrag in dit opzicht aan te passen. Dit klinkt negatief, maar zo is het ook bedoeld.

### **Het belang van theoretische en praktische kennis**

Psychische problemen zijn weliswaar universeel aanwezig, bij alle genders of etniciteiten, maar in hun manifestatie, epidemiologisch en klinisch beloop, en voor wat betreft de kansen op herstel, zijn er aanzienlijke verschillen. Deze verschillen zijn er op (psycho)biologisch alsook op sociaal niveau.

Idealiter is de kennisname daarvan van invloed op de concrete beslissingen en handelwijzen met betrekking tot medicatie, psychotherapie en allerlei vormen van (sociale) begeleiding. Vanzelfsprekend houden hulpverleners altijd op enige wijze rekening met de kenmerken van de patiënten die zij voor zich hebben. Maar zonder gedegen theoretische en praktische kennis en ervaring is het ongewis of ze dat adequaat doen. Ook ontberen ze de evidence-based richtlijnen aan de hand waarvan ze hun gedrag kunnen toetsen.

### **Eisen aan instellingen**

Het gaat er bij instellingen om dat ze in staat zijn de beschreven analyses te maken en in intern en extern beleid weten om te zetten. Dit betekent het volgende:

1. Ze zijn op de hoogte van externe ontwikkelingen of toestanden voor zover deze de hulpverlening aan specifieke groepen van patiënten raken en door hen op een specifieke wijze worden gepercipieerd.

2. Ze hebben zich een goed beeld gevormd van de specifieke kenmerken of eigenschappen van de psyche van deze patiënten en ze weten wat de mogelijkheden en beperkingen van hun medewerkers zijn om daarop in te spelen.
3. Ze hebben een globaal inzicht in hoeverre externe ontwikkelingen of gebeurtenissen bij deze patiënten specifieke *ongewenste* aanpassingsprocessen teweeg kunnen brengen en kennen de mogelijkheden en beperkingen van hun medewerkers om daarvan kennis te nemen en/of invloed op uit te oefenen.
4. Ze weten in hoeverre deze ongewenste aanpassingsprocessen kunnen leiden tot specifieke symptomen of tot spontane herstel- of compensatiemechanismen, en in hoeverre hun medewerkers daar in gunstige zin invloed op uit kunnen oefenen.
5. Ze weten dat deze symptomen óf herstel- of compensatiemechanismen soms een vluchtig verschijnsel zijn, maar soms ook een hecht onderdeel vormen van de psyche van de betrokkenen,. En ze weten welke rol hun medewerkers daarbij (in gunstige of ongunstige zin) kunnen spelen.
6. Ze hebben een idee over welke (positieve of negatieve) gevolgen psychische veranderingen kunnen hebben op het concrete gedrag van deze patiënten en hun relatie met de directe omgeving, en in hoeverre hun medewerkers daaraan een positieve richting kunnen geven, danwel de plank flink mis kunnen slaan.

### **Organisatieontwikkeling**

Voor wat betreft hun beleid, de structuur van hun organisatie en de competenties van hun medewerkers, zijn er voor instellingen allerlei mogelijkheden om hun gevoeligheid voor gender en cultuur te vergroten. Daarmee kunnen ze de effectiviteit van de geboden hulp vergroten. Omdat de strategieën die daarvoor beschikbaar zijn niet wezenlijk verschillen met de strategieën die worden toegepast voor andere organisatieontwikkelingsprocessen wordt daar niet verder op ingegaan.

## **IS ER NOG AANDACHT VOOR DE INHOUD?**

### **Verdringt de markt de inhoud?**

De indruk bestaat dat de afgelopen jaren zoveel aandacht is gevraagd door besturen van zorginstellingen en verzekeraars, maar in het bijzonder de rijksoverheid, voor structurele veranderingen in de (financiering en ordening) van de zorgverlening dat dit duidelijk ten koste is gegaan van aandacht voor inhoudelijke kwesties, waaronder de thema's die in dit stuk besproken worden.

Als van zorginstellingen wordt verlangd dat ze zich als een 'marktpartij' gaan gedragen – en in beginsel andere instellingen gaan zien als concurrenten – dreigt vanzelfsprekend het gevaar dat als 'luxueus' ervaren thema's, zoals genderspecifieke of interculturele hulpverlening op de achtergrond geraken, tenzij ze extra bijdragen aan de 'productie'. Daar komt bij dat de publieke aandacht voor deze thema's ook tanende is. Verder is de

maatschappelijke bereidheid om specifieke zorgarrangementen tot stand te brengen voor bijvoorbeeld allochtonen sterk afgenomen.

## **DIAGNOSE-BEHANDELCOMBINATIES**

Recent is over de volle breedte van de gezondheidszorg een nieuwe systematiek ingevoerd voor de bekostiging van verrichtingen – de diagnose-behandelcombinaties (DBC's). Kleven er aan de richtlijnen risico's voor de financiering van de zorg (zoals in verband met de komst van de DBC's)?

### **Voldongen feiten**

De DBC-gestuurde financiering wordt een gebouw waar men moeilijk van af kan komen, tenzij het bijvoorbeeld zo fraudegevoelig blijkt te zijn dat het niet te handhaven is. Weliswaar vinden de verzekeraars het geen praktisch systeem, omdat ze niet weten wat ze er aan hebben, maar het ziet er niet naar uit dat hun bezwaren doorslaggevend zullen zijn. Vooralsnog is voorzien in (zoals bij depressie) meerdere zorgniveaus' en daaraan gerelateerde bekostigingscategorieën die geënt zijn op de vastgestelde zwaarte van de problematiek.

Na aanvankelijk protest vanuit de GGZ – met als inzet dat deze systematiek niet moet worden ingevoerd omdat het geen recht doet aan de kenmerken van de geestelijke gezondheidszorg en het beloop en de behandeling van psychische problematiek – hebben de DBC's ook hier ingang gevonden. Hier gaat het niet de redenen voor de invoering van DBC's, en staat er ook geen uitspraak of deze systematiek in zijn algemeenheid het voordeel van de twijfel moet krijgen.

### **Dwingen de DBC's tot ontorechte diagnoses?**

Het is belangrijk stil te staan bij de eventuele gevolgen van de DBC's voor de gender- en cultuurspecifieke hulpverlening. De term zegt het al: het uitgangspunt is een diagnose. Voor de GGZ betreft dit een diagnose die correspondeert met een code in de DSM IV. De DSM IV is echter a-specifiek ten opzichte van aan gender en cultuur gerelateerde processen en verschijnselen – een kritiekloze toepassing van dit instrument staat in beginsel haaks op de theoretische uitgangspunten van genderspecifieke en cultuurspecifieke zorg.

Op dit moment – zo kort na de introductie – valt nog niet goed aan te geven in hoeverre de DBC's de ruimte voor aandacht aan niet-specifiek aan een diagnose gekoppelde psychische problemen heeft ingeperkt. Dat kan blijken als bestaande vormen van hulp voor typisch aan gender of cultuur gerelateerde problemen niet meer mogelijk zijn.

In de vrouwenhulpverlening (al dan niet voor vrouwen van allochtone komaf) is in het verleden aandacht gevraagd voor problemen in verband met autonomie of identiteit, die – hoe belastend ook voor de betrokkenen – slechts gekunsteld onder een van de categorieën van de DSM IV gebracht konden worden. Een gevolg van de DBC-systematiek zou

kunnen zijn dat er ‘dan maar’ een psychiatrische diagnose wordt gesteld, ook al wordt dit door de betrokkenen als oneigenlijk gevoeld.

## **MARKTWERKING**

### **Elkaars concurrenten**

Een laatste punt dat aandacht behoeft betreft de marktwerking in de gezondheidszorg. Het gaat hier niet om het nogmaals nakauwen van de discussie of de gezondheidszorg wel gezien kan of mag worden als een markt, met alle economische mechanismen die daarmee verbonden zijn. Landelijk is ‘besloten’ dat dat wél kan. Instellingen zijn voortaan elkaars concurrenten, mogen in elkaars werkgebied opereren, en zijn vrij nieuwe diensten aan te bieden en oude aan de kant te zetten. Medewerkers mogen hun instelling vaarwel zeggen en voor zichzelf beginnen.

### **Bedreigt de markt de hulp aan specifieke groepen mensen?**

De overheid heeft allerlei waarborgen ingebouwd waardoor aan de kwaliteit van de zorg, alsook die van de zorgverleners, niet getornd mag worden. Tot zover niets aan de hand. Problemen kunnen ontstaan wanneer commerciële belangen van invloed zijn op de mate waarin en de wijze waarop er aandacht is voor gender- en cultuurspecifieke hulpverlening. Deze vormen van zorg hebben geen ‘wettelijke’ basis – een instelling zou er ‘goede sier’ mee kunnen maken omdat het strookt met aan marketing gerelateerde overwegingen. Maar het tegendeel is ook mogelijk en dat kan het voortbestaan van deze vormen van zorg onzeker maken.



# Evidence-based medicine

In deze paragraaf wordt ingegaan op de achtergronden van de richtlijnen en enkele algemene problemen die kleven aan de ontwikkeling daarvan.

## ACHTERGRONDEN VAN DE RICHTLIJNEN

### Werken op basis van evidentie

De multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ zijn voortgekomen uit beleid van de rijksoverheid, begin jaren negentig, dat erop gericht was het evidence-based werken (ook in de GGZ) te stimuleren. Het idee was dat richtlijnen daar goed bij van pas zouden komen. Er is gekozen voor stoornisgerichte richtlijnen, vanuit een multidisciplinair kader voorbereid - maar ook bedoeld voor diverse disciplines -, en met grote groepen patiënten voor ogen.

Bij de compositie is gebruik gemaakt van het *format* dat het CBO ([www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)) heeft opgesteld ten behoeve van richtlijnen voor somatische aandoeningen. Vooraf is een weinig inhoudelijke en nauwelijks een fundamentele discussie gevoerd over het hoe en wat van richtlijnen. Wel is gesteld dat het 'keuze ondersteunende instrumenten' moesten worden - geen 'protocollen' die men geacht werd te volgen.

### Gerichtheid op evidentie van het hoogste niveau

Bij de voorbereiding van de richtlijnen voor bijvoorbeeld de behandeling van angststoornissen en depressie zijn de knelpunten in de bestaande zorg als uitgangspunt genomen. Vooraf is een selectie gemaakt van de bevindingen uit de literatuur met het focus op 'evidence' van hoog niveau (zoals gebaseerd op de uitkomsten van meta-analyses of tenminste enkele goed uitgevoerde RCT's). In het geval er geen evidence beschikbaar was, zijn er over een bepaald thema ook geen aanbevelingen gedaan. Dit bracht met zich mee dat 'best practice' uitspraken, bij gebrek aan 'evidence' in de richtlijnen nauwelijks voorkomen.<sup>2</sup>

### Nadelen van te sterke fixatie op evidentie

De nadruk op evidence-based medicine staat de aandacht voor gender- en cultuurspecifieke verschillen helaas soms in de weg. Het is goed om systematisch te controleren of interventies effectief zijn en resultaten kunnen worden gemeten. Maar dit kan averechts werken als er bij gebrek aan evidentie maar niks wordt gezegd.

---

<sup>2</sup> In formele zin is het de richtlijncommissies niet verboden om naast op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde aanbevelingen, bij gebrek daaraan, ook praktijkkennis op te nemen in de aanbevelingen. Maar in de praktijk is bij de samenstelling van de richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen of depressie hoofdzakelijk gebruik gemaakt van 'evidence' (zie: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)). Hier is geen sprake van verzet tegen evidence-based medicine, alleen kan een al te strikte interpretatie daarvan leiden tot een al te eenzijdig beeld van wat in de hulpverlening mogelijk en nodig is.

De resultaten van onderzoek vormen de belangrijkste input voor de gestructureerde procedures waarmee behandeladviezen en richtlijnen worden opgesteld. Omdat de adviezen en richtlijnen vaak een logisch vervolg zijn op de uitkomsten van bestaand onderzoek, ligt het voor de hand dat de aandacht voor gender- en cultuurpecifieke kwesties in richtlijnen minimaal aanwezig of zelfs geheel afwezig is. Helaas is dit gemis totnogtoe niet expliciet zichtbaar gemaakt door de richtlijncommissies. Deze omissie is mede het gevolg van het feit dat deze commissies zich vaak nauw conformeren aan de beschikbare evidence, wat onbedoeld een bias in de selectie van de behandelde thema's tot gevolg heeft.

#### **Nauwelijks uitspraken over gender en etniciteit**

Vanwege het gebrek aan onderzoek ter zake doen de richtlijnen geen of nauwelijks uitspraken die specifiek zijn voor etniciteit, gender, et cetera. Dat wil zeggen: zelfs als men gewild had om tóch aandacht aan specifieke groepen te geven, dan zou het vanwege gebrek aan voldoende onderzoek van een hoge kwaliteit niet gelukt zijn daarover uitspraken te doen. Het 'evidence'-criterium zou dat hebben verhinderd.

Bij de richtlijncommissies is er thans wel het besef dat men veel vragen niet heeft kunnen beantwoorden, maar dat betekent nog niet dat er alom een probleembesef is ontwikkeld over het belang van aandacht voor diversiteit.

### **BIAS IN DE LITERAATUUR**

In concreto heeft de werkwijze van de richtlijncommissies betekend dat wat men verstaat onder 'evidence-based medicine' - dat de bedoeling heeft dat het aanbevelingen doet voor behandelingen die gunstig zijn voor het overgrote deel (tenminste 80 procent) van de patiënten - in feite sterk vertekend is door het onderliggende empirische materiaal.

#### **Ongewenste gevolgen van de bias**

Zolang men expliciteert dat de herkomst heel specifiek is, is er niets aan de hand. Maar zodra dit gegeven worden weggelaten en - nog erger - mede daardoor de suggestie wordt gewekt dat de uitspraken 'algemeen' geldig zijn, is er sprake van een kennistheoretische fout die kunnen leiden tot onjuiste adviezen. Kortom, idealiter bevat een richtlijn een bijsluiter dat de aanbevelingen slechts voor 10 procent van de patiënten 'blindelings' kunnen worden gevolgd!

Onder zorgverleners en in het bijzonder belangengroepen bestaat er de zorg dat de financiering van de zorg wordt afgeleid uit het antwoord op de vraag of men al dan niet handelt volgens de richtlijnen. De zorg is uiteraard gevoed door het besef dat letterlijk genomen de richtlijn slechts voor 10 procent van de patiënten geschikt is. Beseft men zich dit in de GGZ wel voldoende?

## OVERVERTEGENWOORDIGING FARMACOTHERAPIE EN SPECIFIEKE DISCIPLINES

### Selectieve reeks aanbevelingen

Uiteraard is het lastig om goede richtlijnen samen te stellen waaraan vanuit diverse disciplines en belangenachtergronden mensen meewerken. Daar komt bij dat, zoals gezegd, de literatuurbasis scheef verdeeld is. Er is verder een oververtegenwoordiging van uitspraken over medische handelingen, een nogal selectieve benadering van psychotherapie (het accent ligt op cognitieve en gedragstherapie), en een zware ondervertegenwoordiging van uitspraken die relevant zijn voor het handelen van verpleegkundigen. Deze bias is een rechtstreeks gevolg van de belangstelling en de belangen van onderzoekers en in het bijzonder hun financiers.

### Eenzijdig beeld van de GGZ

Een buitenstaander, die niet weet hoe de GGZ in Nederland qua beroepen is samengesteld, zou de indruk kunnen krijgen dat er de GGZ vooral psychiaters werken plus een flink aantal psychologen of psychotherapeuten, terwijl er in verplegend opzicht weinig gebeurt. De wereld steekt wat dat betreft anders in elkaar. Als patiënten alleen behandeld zouden worden op basis van evidence-based aanbevelingen zou hen tekort worden gedaan (om over de waardering van de inzet van de diverse andere beroepsgroepen nog maar te zwijgen).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Aan het voorgaande gerelateerde problemen, die in dit stuk niet verder worden uitgewerkt, zijn de volgende:

1. Als volgens de richtlijn een psychosociale methode (zoals cognitieve gedragstherapie) 'even effectief' is als medicatie, en de medicatie goedkoper is, kan de voorkeur van de financier uit gaan naar farmacotherapie, terwijl voor een alternatief de patiënt zelf moet (mee)betalen.
2. Diverse behandelvormen zijn vaak niet gerelateerd aan stoornissen volgens de DSM IV - dat vergroot de kans dat deze behandelvorm minder aandacht krijgt in een specifiek op een stoornis gerichte richtlijn. Als vervolg daarop raken waardevolle therapievormen buiten beeld.
3. De farmacotherapieën daarentegen passen beter in c.q. sluiten beter aan bij de DSM IV; sterker nog, de ontwikkeling van de DSM is in de afgelopen decennia sterk beïnvloed door de resultaten van de farmacotherapie (welk middel werkt voor welke aandoening).

# **Standpunten met betrekking tot de multidisciplinaire richtlijnen**

Hieronder volgt een overzicht van de uitkomsten van de beraadslagingen van de expertmeeting over de multidisciplinaire behandelrichtlijnen in relatie tot gender en etniciteit.

## **HET BELANG VAN AANDACHT VOOR DIVERSITEIT**

### **Diversiteit doet er toe**

Verschillen tussen mensen zijn al merkbaar bij de vraag of er sprake is van de erkenning van de symptomen door de patiënten of hun directe omgeving. Er bestaan verschillen in de prevalentie en incidentie van psychische problematiek, de verwerking van de stoornissen of het omgaan ermee. Verder zijn er verschillen in de (formele of informele) toegang tot en verwijzing naar hulpvoorzieningen, de bereikbaarheid van zorgcircuits en de feitelijke besluitvorming over het wel of niet opnemen van patiënten in behandelprogramma's.

### **Gemiste kansen**

Idealiter is een richtlijn een intermediair tussen (klinisch gerelateerde) vragen en dito antwoorden. Zo opgevat ligt het startpunt bij een inventarisatie van vragen waarop hulpverleners en hun leidinggevenden een wetenschappelijk verantwoord antwoord zoeken. Zo'n werkwijze maakt optimaal zichtbaar op welke vragen het antwoord nog uitstaande is, of waarop slechts een 'best practice'-advies kan worden gegeven. Doordat zo niet is gehandeld zijn kansen gemist. In het verlengde daarvan is de aandacht voor gender- en cultuurspecifieke hulpverlening (d.i. de toepassing van aan deze vormen van hulp verbonden werkwijzen) beperkt gebleven, en zijn hierover geen aanbevelingen gedaan.

Bij de voorbereiding van de richtlijnen is dus niet uitdrukkelijk aandacht gevraagd voor sekse, etniciteit, of andere verschillen zoals sociaal-economische status van patiënten. Er is zelfs weloverwogen van afgezien om de richtlijnen te specificeren naar specifieke groepen.

Zo heeft bijvoorbeeld de richtlijn angststoornissen de aandacht voor verschillen tussen mannen en vrouwen goeddeels aan zich voorbij laten gaan. De term 'gender' komt in de literatuurlijst slechts één keer voor; de termen etniciteit, etnisch of migrant ontbreken, terwijl de term vluchteling slechts één keer voorkomt in verband met de behandeling van posttraumatische stressstoornis. Deze uitsluiting is empirisch onjuist: verschillen doen er juist wél toe, ze zijn heel fundamenteel en zeer relevant voor de praktijk, zoals elke hulpverlener ervaart in de spreekkamer. Tenslotte: ook al zijn behandelvormen 'evidence-based', het is een feit dat mannen en vrouwen of etnische groepen verschillend reageren op behandelingen.

### **Selectie van onderzoekspopulaties**

Bij de samenstelling van richtlijnen wordt vaak sterk geleund op meta-analyses van bestaand onderzoek, in het bijzonder RCT's die (overigens terecht) gezien worden als de 'gouden standaard' voor klinisch onderzoek. Het probleem is echter dat wanneer bij RCT's er sprake is van de exclusie van bijkomende stoornissen dit gegeven wordt gereproduceerd in de uitkomsten van meta-analyses. Grote groepen patiënten, zoals patiënten met 'bijkomende' verslavingsproblemen of specifieke hechtingsproblemen, worden zo uit de analyses gefilterd. Het spreekt voor zich dat daarmee in de kennis van de werkelijkheid grote tekorten ontstaan.

### **Reductie van variabiliteit**

Gechargeerd gesteld heeft het aan de richtlijnen ten grondslag liggende onderzoek (veelal afkomstig uit de VS) direct betrekking op slechts 10 procent van de totale patiëntenpopulatie. De grond voor deze uitspraak ligt besloten in het gegeven dat er een enorme selectie voorafgaat aan de samenstelling van onderzoekspopulaties bij wie therapieën worden getest.

Er is selectie naar etnische afkomst of geslacht (vrouwen worden veelal uitgesloten bij medicijnonderzoek vanwege de eventuele risico's bij zwangerschap of verstoring van de uitkomsten door de maandelijkse cyclus).<sup>4</sup> Verder is het usance dat patiënten met persoonlijkheidsproblematiek (een stoornis op As II van de DSM IV), verslavingsproblemen of met co-morbiditeit (meer dan één stoornis, wat in de psychiatrie eerder regel dan uitzondering is) van deelname aan een onderzoek worden uitgesloten.

Vanuit methodologische invalshoek (reductie van variabiliteit) is daar uiteraard veel voor te zeggen, maar het belemmert uiteraard wel de mogelijkheid om de uitkomsten van zulk onderzoek te extrapoleren naar andere patiëntengroepen. In het algemeen impliceert deze werkwijze het risico dat - met uitzondering van de mensen waarvan de kenmerken overeenkomen met die van de geïncludeerde groep, voor het overgrote deel ineffectieve behandeling of tenminste kwalitatief mindere behandeling dreigt.

---

<sup>4</sup> De Amerikaanse FDA speelt in de wereld een leidende rol in de toelating en beoordeling van onderzoek naar nieuwe medicijnen. Pas in de laatste tien jaar is er een groeiende belangstelling bij de FDA voor het testen van medicijnen bij groepen die voorheen stelselmatig genegeerd werden, in het bijzonder vrouwen en kinderen, maar ook ouderen. Sinds 1977 werden vrouwen vanwege eventuele zwangerschap bewust uitgesloten van deelname aan medicijnonderzoek.

In 1993 wijzigde de FDA dit beleid en stelde dat voortaan ook sekse-effecten van nieuwe medicijnen onderzocht moesten worden. De werking van een aanzienlijk deel van de psychofarmaca die thans wordt gebruikt is dus (tenminste in de eerste fasen van het onderzoek waarin het gaat om het veiligheidsprofiel en bijwerkingen en werkzaamheid, en rekening houdend met de lange duur van de ontwikkeling van een nieuw medicijn) niet onderzocht bij vrouwen. De laatste jaren neemt bij de FDA ook de belangstelling voor andere groepen (kinderen, ouderen én etnische groeperingen) toe.

### **Verwaarlozing van epidemiologische gegevens**

De Nederlandse commissies valt niet te verwijten dat de beschikbare literatuur zo vertekend is. Wel valt hen aan te rekenen dat men geen (en tenminste geen diepgaande) aandacht besteed heeft aan de epidemiologie van de stoornissen waarover de richtlijn zou moeten gaan. Gegevens daarover zijn er wel degelijk.<sup>5</sup> Maar de verwaarlozing van dit aspect heeft niet bepaald bevorderd dat er aandacht ontstond voor gender- of interculturele aspecten. En bovendien heeft men daardoor kansen laten lopen om uitspraken te doen over risicogroepen, risicofactoren en primaire of secundaire preventie en vroegtijdige interventie. Bij de richtlijnen gaat men uit van een ‘abstracte’ of ‘algemene’ mens in plaats van reëel bestaande mensen, in al hun variabiliteit.

### **Mannen en vrouwen**

Veel in richtlijnen voorgestelde behandelvormen, in het bijzonder farmacotherapieën, zijn slechts getest op mannen, ofschoon vrouwen meer dan mannen van medicijnen voor bijvoorbeeld angst en depressie gebruik maken. Aandacht voor seksespecifieke verschillen zijn belangrijk: door een ander patroon van het metabolisme van het medicijn kan het nodig zijn een andere middel te kiezen dan beoogd, of het kan consequenties hebben voor de dosering. Deze argumentatie geldt uiteraard ook voor de gevolgen van het negeren van etnische verschillen e.d.

Door in de richtlijnen geen verschil aan te brengen tussen mannen en vrouwen wordt de waarheid geweld aangedaan, neemt de kans op recidive van gezondheidsklachten toe en ontstaan hogere kosten in de gezondheidszorg.

Verschillen tussen mannen en vrouwen zijn er bijvoorbeeld in de prevalentie van angststoornissen en depressie, hierbij komt dat ‘stoornissen’ slechts het eindpunt vormen van een verschillende ontwikkelingsgang. Ook het herstelproces is verschillend. Verder bestaan er specifieke verschillen in co-morbiditeit (waarbij nog in het midden wordt gelaten of er werkelijk sprake is van verschillende stoornissen of van verschillende uitingsvormen van dezelfde stoornis). Angst en depressie gaan vaak samen, zoals dat ook het geval is met angst en/of depressie met verslaving of persoonlijkheidsproblematiek.

### **Behoeftte aan differentiatie bij diagnostiek en farmacotherapie**

Vanuit het perspectief van sekse- en genderspecifieke hulpverlening bestaat de behoefte aan meer ruimte voor differentiaal diagnostiek (zoals aandacht voor persoonlijkheidsproblematiek) en meer aandacht voor de context van de betrokken patiënt (nu zijn veel behandelingen sterk individueel gericht).

Verder is er de behoefte om in de farmacotherapie een betere differentiatie aan te kunnen brengen tussen mannen en vrouwen. Een discussiepunt is nog of aanpassingen op dit vlak slechts toevoegingen behelzen op bestaande teksten of dat op een radicalere wijze teksten moeten worden herschreven. Het laatste lijkt in ieder geval nodig bij de opgeno-

---

<sup>5</sup> Zie ter introductie: <http://www.trimbos.nl/default15.html>.

men beslisbomen waar specifieke, onuitgesproken opvattingen - zoals over het uitstellen van uitgebreide diagnostiek<sup>6</sup> - aan ten grondslag liggen. Specifieke toevoegingen kunnen daar weinig aan veranderen.

## **ZIN EN ONZIN VAN REDUCTIE**

### **Relevantie van spreidingsmaten**

Natuurlijk, reductie van complexiteit en negatie van futiele verschillen zijn noodzakelijk om tot werkbare aanbevelingen te kunnen komen, mits het streven gericht is op 'goede reducties' - simplificatie en nivellering kunnen daarentegen gevaarlijk zijn. Waar in wetenschappelijk onderzoek nogal gefocust wordt op centrale waarden (gemiddelde, modus, mediaan) en de grootste gemene deler, zijn vanuit een oogpunt van kennisvermeerdering en vernieuwing spreidingsmaten (variates) zo mogelijk nog relevanter.

### **Clusters vormen**

Een argument tegen nadere specificatie is dat er straks 'tig richtlijnen voor tig doelgroepen' komen. Is zo'n schrikbeeld reëel? Nee, - je moet het in het bijzonder hebben over groepen die op een of meerdere kenmerken met elkaar overeenkomst vertonen, en mede daardoor omvangrijke clusters vormen die maatschappelijk gezien niet genegeerd kunnen worden.

Als voorbeeld kan gelden vrouwen met een specifieke etnische afkomst, eventueel geclusterd in een leeftijdsgroep, of groepen met een specifieke biologische overeenkomst (bijvoorbeeld in hun metabolisme van medicijnen). Zulke clusters beperken al het aantal noodzakelijke differentiaties.

Nog beter is het clusters samen te stellen die overeenkomsten hebben op meerdere ontologische niveaus, zoals groepen met overeenkomsten in biologische, psychologische én sociale (juridische, culturele, economische, politieke) kenmerken. In de praktijk zijn zulke 'niveau-overstijgende' overeenkomsten eerder regel dan uitzondering zijn.

---

<sup>6</sup> Het is usance geworden om de zorgverlening vanuit stepped-care-principes vorm te geven. Aan deze principes liggen weliswaar allerlei goed bedoelde overwegingen ten grondslag maar of zo'n benadering werkelijk tot betere (werkzamer) zorg leidt is in zijn algemeenheid niet aangetoond. Daarmee is ook het nut van het om pragmatische redenen uitstellen van uitgebreide diagnostiek niet op evidentie gebaseerd.

# **AANBEVELINGEN DIE VOORTKOMEN UIT DE EXPERTMEETING**

Hieronder volgen enkele voorstellen met betrekking tot de multidisciplinaire richtlijnen die op de expertmeeting zijn gedaan.

## **VOORSTELLEN TOT VERBETERING VAN DE RICHTLIJNEN**

### **Discussie over de uitgangspunten**

De grondgedachte van waaruit de richtlijnen zijn opgesteld moet ter discussie worden gesteld, - het streven moet gericht zijn op een alternatief dat beter recht doet aan de variatie in de populatie van patiënten. Daarmee kan worden voorkomen dat de richtlijnen teveel achter de bestaande praktijk aanlopen.

### **Verschillen tussen mensen zichtbaar maken**

Bij de richtlijnen geldt de vooronderstelling dat de voor de patiënt best beschikbare behandeling moet worden gegeven. In beginsel betekent dit dat men de richtlijn naast zich neer kan leggen vanwege de kwestieuze ‘wetenschappelijke’ status ervan. Maar de voorkeur gaat uit naar een formele aanpassing die erop gericht is dat verschillen zichtbaar worden gemaakt, en, wanneer diversiteit de regel is, zelfs uitdrukkelijk worden beklemtoond. Vanzelfsprekend gaat het hier om uitspraken die op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd zijn.

### **Richtlijnen aanpassen**

De deelnemers aan de expertmeeting waren van mening dat er voldoende kennis bestaat over (a) de prevalentie van psychische stoornissen bij specifieke groepen, (b) de biopsychosociale gevolgen daarvan alsmede (c) de consequenties die daaraan gerelateerd zijn voor de behandeling van deze problemen. Op grond daarvan kan worden gesteld dat er ‘goede redenen’ zijn om de richtlijnen, zoals die bijvoorbeeld voor de behandeling van angststoornissen en depressie bestaan, aan te passen. De huidige richtlijnen zijn niet bedoeld om zorg uit te sluiten, er moet daarom ruimte gemaakt worden voor aanvullingen.

### **Diversiteit in behandeladviezen**

Aandacht voor diversiteit is essentieel bij de uitwerking van concrete behandeladviezen. Dit is om de volgende redenen. Ten eerste om biologische redenen: medicijnen werken niet bij alle mensen op dezelfde manier. Dit is van belang voor de inschatting van de werkzaamheid, de juiste dosering én de inschatting van ongewenste effecten. Ten tweede om sociaal-culturele redenen: de perceptie van stoornissen of gebruik en misbruik van middelen is niet voor iedereen dezelfde. En ten derde om behandeltechnische redenen, zoals de communicatie met en de bejegening van de patiënt.



### **Cultural formulation**

In de DSM IV is overigens wel aandacht voor specifieke groepen wanneer de diagnosticus gebruik maakt van de ‘cultural formulation’<sup>7</sup> die in de DSM is opgenomen (zie ook de klinische richtlijnen zoals de Amerikaanse organisatie van psychiaters (APA) heeft gepubliceerd. Het inbouwen van dit instrument in de Nederlandse richtlijnen werkt waarschijnlijk kostenbesparend, bevordert de hulpverlening en de effectiviteit.

### **Criteria waaraan richtlijnen moeten voldoen**

Er zijn algemene criteria nodig voor de beoordeling van richtlijnen, die zowel geschikt zijn om (met terugwerkende kracht) de bestaande richtlijnen de maat te nemen, alsook richtinggevend kunnen zijn bij de compositie van nieuwe. In ieder geval kan per behandeladvies (naast het niveau van evidentie en een aanduiding voor de sterkte van de aanbeveling) aangegeven worden wat de kenmerken waren van de patiëntengroepen die zijn onderzocht en waarop het advies is gebaseerd. Dit betekent dat expliciet moet worden gemaakt dat bepaalde aanbevelingen ‘niet zijn onderzocht bij groep X of Y’.

### **Ruimte voor ‘best practices’ en ‘good clinical practice’**

Naast evidence-based medicine moet er ook ruimte komen voor *best practices* en *good clinical practice* in al die gevallen waar er gewoonweg geen evidence (maar wel goed uitgekristalliseerde praktijkkennis) voorhanden is. De negatie van deze praktijkkennis maakt de richtlijnen onnodig steriel en biedt critici van richtlijnen al te gemakkelijk de mogelijkheid zich cynisch van het fenomeen richtlijn als zodanig af te wenden. Verder moet in opleidingen toekomstige hulpverleners geleerd worden hoe ze kritisch kunnen omgaan met behandelrichtlijnen: wat te doen met situaties waar de richtlijnen geen aandacht aan besteden en/of geen antwoord op geven?

### **Richtlijn voor ‘goed hulpverlenerschap’**

Het is niet zo dat de richtlijnen hier worden afgedaan als ‘ambtelijke’ stukken die geen enkele rekening houden met de realiteit. Bij de samenstelling is wel degelijk rekening gehouden met de eigen deskundigheid van behandelaren en met de ervaringen van patiënten (vooral gericht op bejegening). Deze vormen echter niet het hart van de richtlijnen.

Volgens de deelnemers is er behoefte aan een algemene richtlijn met betrekking tot ‘goed hulpverlenerschap’, waarin aandacht is voor competenties, diagnostiek en waarin hulpverleners oriëntaties krijgen voor hoe te handelen in (door de richtlijn) onvoorziene omstandigheden. In de volgende paragraaf wordt dit toegelicht.

---

<sup>7</sup> Zie: Roberto Lewis-Fernández & Naelys Díaz (2002). The cultural formulation: a method for assessing cultural factors assessing the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73, 271-295.

## VOORSTEL VOOR EEN MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN GOED HULPVERLENER-SCHAP<sup>8</sup>

### Aandacht voor de stoornis als richtlijn

Bij de richtlijnontwikkeling is uitgegaan van aan de DSM-IV gerelateerde stoornissen. Daarmee is de aandacht voor de *stoornis* van de patiënt tot richtlijn verheven, en aandacht voor de persoon van de patiënt (onbedoeld?) gemarginaliseerd. In het verlengde daarvan is bij een psychotherapeutische behandeling de keus gemaakt voor benaderingen die gericht zijn op de stoornis (i.h.b. cognitieve en gedragstherapie), en niet op de persoon of groepen personen, zoals het geval is bij psychodynamische psychotherapie, bepaalde groepspsychotherapieën, systeemtherapie of cliëntgerichte psychotherapie. Al deze persoonsgerichte therapieën zijn aantoonbaar werkzaam, ook al zijn ze vaak nog onvoldoende in verband met een specifieke psychiatrische stoornis onderzocht.

### Het perspectief van patiënten

Tijdens de expertmeeting kwam ook aan de orde dat in de richtlijnen een aantal algemene zaken ontbreekt. Zo viel op dat in elke richtlijn die tot nu toe verschenen is, vanuit het *patiëntenperspectief* aandacht wordt gevraagd voor ‘de mens achter de ziekte’, de bejegening, een goede werkrelatie, co-morbiditeit, betekenisgeving, voorlichting e.d. Het is blijkbaar nodig dat dit wordt benadrukt omdat patiënten aandacht voor deze aspecten in de richtlijnen missen.

### Het biopsychosociaal perspectief

De biopsychosociale typering van een stoornis komt in de richtlijnen nauwelijks aan de orde. Daardoor worden evidente verschillen tussen groepen Nederlanders (man of vrouw, stedelijk of platteland, autochtoon of allochtoon, homoseksueel of heteroseksueel, streng of niet godsdienstig) genegeerd, wat in beginsel funest is voor de diagnostiek en behandeling van een psychiatrische stoornis. Het verbaast dat de repliek van de richtlijnontwikkelaars luidt dat het ook zo de bedoeling is geweest.

Het is beter te zoeken naar de best denkbare diagnostiek en behandeling van een persoon met een psychische stoornis, en binnen die context te zoeken naar evident juiste uitspraken. Deze uitspraken dienen bij voorbaat gerelateerd te zijn aan de biologische, psychische en sociale kenmerken van de patiënt c.q. zijn of haar problemen.

### Goed hulpverlenerschap

Vanuit deze positie zou een richtlijn goed hulpverlenerschap een welkome aanvulling kunnen zijn op de bestaande richtlijnen. Het gaat daarbij om het doen van op evidentie gestoelde en voor alle professionals van toepassing zijnde uitspraken over:

---

<sup>8</sup> Deze paragraaf is gebaseerd op een tekst die na afloop van de expertmeeting is geschreven door Toon Rutgers, psychiater en directeur behandelenzaken van De Geestgronden, en een toevoeging van prof dr Janneke van Mens-Verhulst, UvH, Utrecht.

- De relatie tussen de patiënt en de hulpverlener.
- Het belang van reflectie van de hulpverlener op de eigen sekse/gender en etniciteit, in termen van sociale positie en socialisatie, en hoe dit doorwerkt op het professioneel handelen; aspecten zijn: kennis van verschillende diversiteitsvisies; vermogen tot diversiteitsanalyse; vaardig zijn in dialoog en empowerment; reflectie op de eigen identiteitsconstructie, maatschappelijke positionering en culturele programmering ten opzichte van patiënten; reflectie op en dialoog over professionele normeringen en praktijken.
- De respectvolle, professionele bejegening van de patiënt (inclusief alle aspecten verbonden aan de WGBO).
- De persoonlijke, biopsychosociale kenmerken van de patiënt.
- De algemeen geldende, werkzame ('a-specifieke') factoren van psychotherapie.
- Het zorgvuldig toepassen van diagnostiek en een behandeling (psychofarmacotherapie, psychotherapie, klinische opname).
- Factoren die het verloop van een behandeling bevorderen of belemmeren (inclusief het bieden van passende zorg).
- De noodzakelijke competenties van een hulpverlener, en overige, voor dit onderwerp relevante, uitspraken.

De charme van zo'n richtlijn is dat deze uitstekend naast de bestaande richtlijnen kan worden toegepast. Juist door die specifieke richtlijnen met een algemene in een goede samenhang te brengen wordt het geheel meer dan de som van de delen.

Op de expertmeeting is er kortom voor gepleit een commissie in stellen, die de opdracht krijgt een algemene richtlijn samen te stellen gericht voor goed hulpverlenerschap. Daaraan kunnen vertegenwoordigers uit alle relevante beroepsgroepen in de GGZ deelnemen.

## **HET VERVOLG**

### **Bekendmaking van en discussie over ingenomen standpunten**

Het is belangrijk dat de stuurgroep die de totstandkoming van de richtlijnen coördineert, en waarin de vijf BIG-erkende beroepsverenigingen zitting hebben, van onze opvattingen op de hoogte wordt gesteld. Op de expertmeeting is voorgesteld een discussie te organiseren waaraan beroepsgroepen en patiëntenvertegenwoordigers deelnemen plus al die deskundigen die - zonder een duidelijke 'achterban' - een stempel (kunnen) drukken op de totstandkoming en herformulering van de richtlijnen.

**Gevolgen voor de programmering van onderzoek**

Ook moet worden gestimuleerd dat instanties die verantwoordelijk zijn voor de programmering en financiering van onderzoek zich veel gelegen laten liggen aan de gender- en cultuurspecifieke aspecten van nieuw onderzoek. Tenminste kunnen ze stimuleren dat de beschikbare kennis op dit terrein goed wordt samengevat en een meer centrale plaats inneemt bij de besluitvorming.

**Samenwerking tussen deskundigen**

En tot slot zou het goed zijn als deskundigen uit de sfeer van de sekse-, genderspecifieke en de interculturele hulpverlening zouden samenwerken - gedeeltelijk behartigen ze voor wat betreft de aanpassing van de richtlijnen tenslotte dezelfde belangen.