

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Omgeven door relaties

## Evidence-based werken in de geestelijke gezondheidszorg

---

BEA TIEMENS

### *Samenvatting*

---

Er is veel discussie over evidence-based behandelen. Sommigen beweren zelfs dat het tijdperk van evidence-based practice alweer voorbij is. Vaak gaat het in deze discussies over evidence-based interventies versus de non-specifieke factoren in de behandeling: van de cliënt, de behandelaar en de setting van de behandeling. Hoewel iedereen het er in de ggz over eens is dat die non-specifieke factoren veel invloed hebben op het succes van de behandeling, blijven we ze maar 'non-specifiek' noemen. We houden zo met z'n allen de kloof tussen praktijk en wetenschap in stand. Hoe bouwen we een brug? Ik grijp daarvoor terug naar de oorspronkelijke principes van het evidence-based werken volgens David Sackett. Die helpen om naar een behandeling te kijken als bestaande uit afwisselende stappen van contextualiseren en decontextualiseren, waardoor het onderscheid tussen specifiek en non-specifiek wegvalt. Voor elke stap is evidence voorhanden, maar er zijn nog vele vragen. Het evidence-based-practice tijdperk is nog maar net begonnen!

De *key message for practitioners* van dit artikel luidt: voor een evidence-based behandelpraktijk is het onderscheid tussen specifieke en non-specifieke factoren onvruchtbaar; werkbaarder lijkt het onderscheid tussen enerzijds stappen waarin wordt ingezoomd op de specifieke situatie van de cliënt (contextualiseren), en anderzijds stappen waarin wordt uitgezoomd naar meer generieke mechanismen (decontextualiseren).

*Trefwoorden: evidence-based, contextualiseren, decontextualiseren, cyclisch*

DISCUSSIES OVER EVIDENCE-BASED BEHANDELEN BEGRIJP IK VAAK NIET

.....

Vaak begrijp ik ze niet, de discussies over evidence-based behandelen. Wat is het probleem met streven naar goed onderbouwde behandelingen? Be-

handelaren willen toch de beste behandeling voor hun cliënten? Begrijp ik het niet omdat ik geen behandelaar ben? Maar ik wil toch ook niet dat mijn kind medicatie krijgt die niet netjes is onderzocht. En op de sport-school verdraag ik het niet als ik mensen hoor kletsen over niet bewezen voordelen van allerlei diëten en over onwaarschijnlijke claims van twaalf keer meer vetverbranding bij het volgen van een bepaald parcours. Twaalf keer meer dan wat? En hoe is dat dan gemeten? Niemand op de sportschool die het me kan vertellen, en het betreffende onderzoek heb ik nooit ergens kunnen vinden.

Waarschijnlijk begrijp ik de discussies niet omdat het in de polemiek rond evidence-based behandelingen niet over één discussie gaat. Het gaat bijvoorbeeld over de vraag of alleen interventies die onderzocht zijn in gerandomiseerde trials evidence-based zijn, of over het verschil tussen specifieke en non-specifieke factoren; zelf heb ik daar eerder over geschreven (Tiemens, Hutschemaekers, Kaasenbrood, & de Niet, 2011). Daarnaast speelt de vraag of evidence-based behandelen wel aansluit bij de vraag van de cliënt. Verder wordt vaak de kritiek gehoord dat evidence-based behandelen te weinig rekening houdt met verschillen tussen cliënten, de context en relaties van de cliënt, en de context waarin de zorg plaatsvindt, zoals in het recente rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017). In dit rapport wordt zelfs gesuggereerd dat het tijdperk van de evidence-based practice ten einde is.

Waarschijnlijk begrijp ik de discussies vaak ook niet omdat veel van bovenstaande kwesties in mijn ogen empirische vragen zijn. Daarin kan ik Weinberger (2014) goed volgen, die de specifieke en non-specifieke factoren tegen het licht houdt met de vraag hoe specifiek of non-specifiek ze eigenlijk zijn. Hij verbaast zich er bijvoorbeeld over dat geen enkele therapeutische richting expliciet gebruikmaakt van het (placebo)effect van de verwachtingen van de cliënt. Ook is het volgens mij een empirische vraag in welke mate evidence-based behandelingen — vaak *empirically supported treatments* (EST's) genoemd — moeten worden aangepast aan de omstandigheden van de cliënt.

Het kan natuurlijk zijn dat ik inderdaad op deze manier naar deze vragen kijk omdat ik geen behandelaar ben. Ik verkeer niet in de situatie dat ik moet besluiten met welke behandeling te starten bij een cliënt met zeer complexe problematiek in een setting waarin ik aan tal van uiteenlopende eisen moet voldoen. En soms vraag ik me af of de vaak genoemde brug tussen praktijk en wetenschap wel is te bouwen, of dat hij per definitie in de waan van de dag weer instort. In dit artikel doe ik toch een poging. Ik grijp daarbij terug op de belangrijkste principes van de methode van evidence-based werken van David Sackett, arts en pionier van de *evidence-based medicine*.

David Sackett heeft in mijn ogen de eerste echte brug geslagen tussen wetenschap en praktijk. Hij ging daarbij veel verder dan welk implementatiemodel dan ook. Met zijn definitie van *evidence-based medicine* als de integratie van wetenschappelijke evidentie met klinische expertise en de waarden voor de cliënt (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000) liet hij zien dat evidence-based werken meer is dan het toepassen van goed onderzochte geprotocolleerde behandelingen. Zijn vijf stappen van probleem naar toepassing vormen een integrale methodische manier van werken, waarin de beschikbare *best evidence* steeds wordt afgewogen in het licht van de vraag uit de praktijk. Omdat de vraag uit de praktijk centraal staat in deze methodiek, is de methode van Sackett per definitie een geïndividualiseerde manier van werken.

*Uitkomst van zorg: wat wil de cliënt veranderen?*

Wat de methodiek van Sackett bijzonder maakt, is dat hij de uitkomst van de behandeling al in stap één centraal stelt. Deze stap noemt hij ‘van probleem naar beantwoorbare vraag’. In die vraag moet de uitkomst zo expliciet geformuleerd zijn dat evalueerbaar is of de ingezette interventie effectief is. Is Sackett met deze nadruk op de uitkomst een pleitbezorger van *value based health care* (‘waardegedreven gezondheidszorg’) avant la lettre? Niet helemaal. Nogal eens heeft Sackett het verwijt gekregen dat zijn methode wel erg artsgeoriënteerd is, omdat de arts degene is die de uitkomst bepaalt. Michael Porter (2010), de grondlegger van de *value based care*, stelt juist de uitkomst voor de cliënt centraal. Hij verbaast zich net als Sackett over het gebrek aan heldere doelen in de gezondheidszorg. Het fundamentele doel van de zorg moet volgens hem zijn zo veel mogelijk waarde toevoegen voor de cliënt. Dit klinkt heel abstract, maar betekent niets anders dan steeds goed voor ogen houden wat de zorg de cliënt moet opleveren. Om met Makkink en Kits (2011) van het cliëntenplatform LPGGZ te spreken: ‘Cliënten willen maar een ding: een zo goed mogelijk leven, het liefst natuurlijk zonder blijvende psychische of andere klachten, maar als het niet anders kan, een alleszins bevredigend bestaan met de aandoening.’

Hoe dat ‘alleszins bevredigend bestaan’ eruitziet, kan per cliënt nogal verschillen. Bij eenzelfde soort probleem of diagnose (bijvoorbeeld een obsessieve-compulsieve stoornis) kan daarom de gewenste uitkomst per cliënt variëren (bijvoorbeeld ofwel kinderen weer van school kunnen halen, ofwel weer kunnen werken). De vraag naar de gewenste uitkomst wijkt dus af van de meeste richtlijnen. Daarin wordt vaak gestart met het vaststellen van de stoornis en wordt bij het vaststellen van het behandeldoel dikwijls impliciet uitgegaan van klachtenreductie. Om ‘kinderen weer van school te kunnen halen’ als uitkomst voor de cliënt te realiseren zal klachtenreductie ook dikwijls

het doel zijn, maar niet altijd. Bij *value based care* daarentegen gaat het veel explicieter om het vertalen van het probleem van de cliënt naar het doel van de behandeling. Duidelijk moet worden waar voor de cliënt de prioriteit ligt, wat er moet veranderen, wat daarvoor nodig is en hoe die verandering vervolgens zo efficiënt mogelijk gerealiseerd kan worden.

Het streven naar meer gepersonaliseerde zorg — een van de twee pijlers in de nieuwe *Onderzoeksagenda GGz* — begint bij het precies in kaart brengen van de klachten, en van de onderliggende biologische, psychische en sociale factoren (*personalized care*), maar — en dat wil ik hier met nadruk toevoegen — ook met het precies in kaart brengen van wat de cliënt wil veranderen in zijn leven (*person-centered care*). In de eerste stap van evidence-based werken wordt dus ingezoomd op de situatie van de cliënt, oftewel: het probleem en het doel worden gecontextualiseerd.

*Wat is de beste manier om de uitkomst te bereiken?*

.....

Na het vaststellen van het probleem en het doel van de behandeling — inzoomen op wat de cliënt wil veranderen — volgt het bepalen van de beste manier om dat doel te bereiken, het tweede principe van evidence-based werken. Bij het zoeken naar de best passende interventie met de beste evidence wordt weer uitgezoomd naar een algemener niveau, namelijk dat van beschikbare interventies. Het probleem wordt in deze stap gedecontextualiseerd. Bij verschillende doelen kan het nodig zijn om de behandeling op eenzelfde soort mechanisme te richten. Zo is het veranderen van cognities werkzaam bij zowel depressieve klachten als bij angst. Hiervoor zijn goede protocollen voorhanden. Soms echter ligt minder voor de hand wat er moet gebeuren. Dan helpt opnieuw de methode van Sackett om de juiste interventie met de beste evidence (de beste wetenschappelijke onderbouwing) te vinden en de evidence ervoor te beoordelen. Vervolgens dient de behandelaar samen met de cliënt te onderzoeken of die interventie inderdaad passend is in de situatie van de cliënt.

SACKETT IN DE GGZ? CONTEXTUALISEREN EN DECONTEXTUALISEREN

.....

De twee belangrijkste principes of stappen bij evidence-based werken zijn dus het inzoomen op het behandelgoal (de waarde voor de cliënt) en het uitzoomen op de beste evidence-based manier om dat doel te bereiken. Past dit wel goed in de context van de ggz? Als ik met behandelaren spreek, valt me op dat ze de stappen waarin contextualiseren en decontextualiseren elkaar afwisselen vaak impliciet zetten, dus lang niet altijd bewust en methodisch.

Contextualiseren is het inzoomen op de specifieke situatie van de cliënt. Enerzijds gebeurt dit om goed aan te sluiten bij de cliënt en elkaar goed te begrijpen, en anderzijds om helder te krijgen wat er aan de hand is en wat

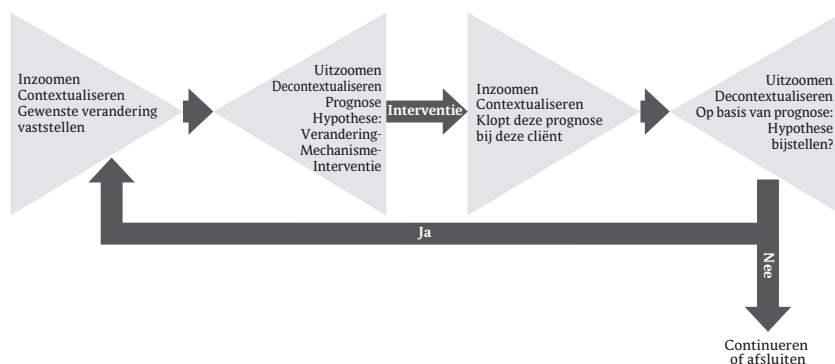
volgens de cliënt de behandeling moet opleveren. Bij het vervolgens onderzoeken waar de behandeling zich dan op moet richten en wat de beste interventie is, zoomt de behandelaar weer uit naar een algemener niveau van verandermechanismen en de beschikbare effectief bevonden interventies. De behandelaar switcht dus van contextualiseren naar decontextualiseren. Wat het in de praktijk soms lastig maakt om deze stappen heel expliciet te zetten is dat in onze richtlijnen het decontextualiseren beperkt wordt tot interventies die behoren bij een stoornis in plaats van bij een verandermechanisme (Lilienfeld, 2011). De stap van probleem naar wat de cliënt wil veranderen sluit dus dikwijls niet goed aan bij de richtlijnen. Daarnaast lijkt het in richtlijnen maar over één soort evidence te gaan: die over de interventie. Deze is van belang bij het bepalen van de meest passende interventie, maar over het hele behandelproces is ook andere evidence nodig, bij zowel het contextualiseren als het decontextualiseren. De mate waarin deze voorhanden is varieert echter.

#### EVIDENCE BIJ CONTEXTUALISEREN EN DECONTEXTUALISEREN

.....

De aandacht voor contextualiseren betreft vooral de therapeutische relatie, bijvoorbeeld in het boek van Norcross en collega's (2011). In dit boek wordt het positieve effect beschreven van het goed afstemmen van de therapeutische relatie op kenmerken van de cliënt, zoals diens voorkeuren, en zijn culturele en religieuze achtergrond. Daarnaast zien we aandacht voor contextualiseren in de literatuur over de voordelen van het inzoomen op, en het vaststellen van, heldere en betekenisvolle behandeldoelen (Sheldon, 2014; Willutzki & Koban, 2004). Voor de eerste stap in de behandeling (zie de meest linkse driehoek in figuur 1), waarin met de cliënt wordt vastgesteld wat er moet veranderen, is dit belangrijke kennis.

Daarnaast is er zoals gezegd veel meer aandacht voor het decontextualiseren. Bekend, maar niet altijd geliefd, is de evidentie over het verhogen van de effectiviteit van de behandeling door het volgen van richtlijnen (Gyani, Shafan, Layard, & Clark, 2013; Keijsers, Vissers, Hutschemaekers, & Witteman, 2011). De keuze voor de best passende EST vindt plaats in de tweede stap en krijgt veelal de meeste aandacht als het gaat om evidence-based behandelen. Veel minder bekend is het negatieve effect van het voortdurend meebewegen met de cliënt zodra de behandeling eenmaal is ingezet (Schulte & Eifert, 2002), ook wel 'driften' genoemd (Waller & Turner, 2016, 2018). Het lijkt de effectiviteit te verhogen als stevig vastgehouden wordt aan de ingezette koers, tenzij er duidelijke redenen zijn om af te wijken.

FIGUUR 1 *Cyclus van contextualiseren en decontextualiseren*

Het systematisch afwisselen van contextualiseren en decontextualiseren lijkt ook effectief tijdens het vervolg van de behandeling, nadat de interventie is gestart. Het systematisch monitoren (*routine outcome monitoring*; ROM) helpt om te checken of de ingezette hypothese bij deze specifieke cliënt (contextualiseren) klopt. ROM is daarom een onlosmakelijk onderdeel van evidence-based werken. We weten inmiddels dat ROM de effectiviteit verhoogt van behandelingen van cliënten die niet goed reageren op de behandeling (Kendrick et al., 2016). De functie van dit routinematig meten tijdens de behandeling is *signaleren* dat een cliënt niet goed reageert op de behandeling, dat de behandeling *not on track*, dus niet op koers, is. Dit heeft betrekking op de prognose en wil zeggen dat gegeven de voortgang op het moment, de klachten van de cliënt aan het eind van de behandeling niet of onvoldoende verbeterd zullen zijn. Het is nagenoeg onmogelijk om dit zonder ROM tijdig vast te stellen.

Maar wat als de behandeling van de cliënt niet op koers is? De richtlijnen adviseren dan vervolgstappen, maar zonder eerst in kaart te brengen *waarom* de behandeling stagneert. Asay en Lambert (1999) onderzochten heel systematisch de factoren die stagnatie in de behandeling kunnen veroorzaken, en decontextualiseerden daarmee de stagnatie van specifieke cliënten. Evenals eerdere studies vonden zij dat een groot deel van het behandelresultaat verklaard kan worden door factoren buiten de therapie (zoals sociale relaties) en door zogenaamde non-specifieke factoren binnen de therapie, factoren die niet behoren tot een specifieke therapeutische techniek. Lambert heeft deze kennis vervolgens vertaald in een instrument, de Assessment for Signal Clients (ASC; Lambert et al., 2007), om mogelijke oorzaken voor een stagnatie in de behandeling vast te stellen. Dit instrument meet de aanwezigheid van sociale ondersteuning voor de cliënt, stressvolle levensgebeurtenissen, motivatie voor behandeling en de kwaliteit van de therapeutische relatie. Na

vaststelling van de mogelijke oorzaken van stagnatie kan men besluiten om de werkhypothese bij te stellen, de laatste stap, helemaal rechts in figuur 1.

Figuur 1 geeft de afwisselende stappen in contextualiseren en decontextualiseren schematisch weer. Hoewel het bij contextualiseren en decontextualiseren vooral lijkt te gaan over kenmerken en omstandigheden van de cliënt, speelt het proces zich af in de bredere context van de zorg. Ik maak daarom onderscheid tussen drie soorten relaties die de uitkomsten van de zorg kunnen beïnvloeden: (1) de zorgsetting, (2) de rol en context van de cliënt, en (3) de eigenschappen en competenties van de behandelaar:

### 1. *Zorgsetting*

De ggz is de afgelopen jaren flink in beroering geweest. Doordat de kosten bleven stijgen met het toenemend aantal cliënten dat hulp zocht, is in 2014 een knip gemaakt tussen de specialistische ggz en de eerstelijns-ggz. De generalistische basis-ggz is geplaatst tussen de eerstelijns-ggz, die door de huisarts en zijn praktijkondersteuner (de POH-ggz) wordt geboden, en de tweedelijns-ggz. Achter deze nieuwe indeling ligt een sterk motief om zogeheten ‘passende zorg’ te bieden aan mensen met psychische klachten, zoals in 2011 is vastgelegd in een breed ondertekend convenant over gepast gebruik van de ggz. Het streven naar ‘gepast gebruik’ is in 2015 verder uitgewerkt in de *Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie*. De veronderstelling is dat veel mensen te snel en te zware zorg krijgen, en dat daar flinke financiële winst te halen is. Maar ook dat te veel mensen te lang in te lichte zorg blijven hangen, en daardoor chronische klachten ontwikkelen.

Met de nieuwe inrichting van de ggz hebben behandelingen een andere context gekregen. Het gaat om een systeemverandering die ver afstaat van het dagelijks leven van cliënten, want veel cliënten kennen niet eens het verschil tussen POH-ggz, basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Maar die verandering heeft wel degelijk invloed op de zorg die ze krijgen. Of cliënten hierdoor gepastere zorg krijgen, weten we niet. De eerste aanwijzingen zijn dat cliënten met eenzelfde problematiek er niet slechter van worden, maar dat hun behandeling nu wel veel korter is (van Mens et al., 2017). Dat is niet alleen kosteneffectief, maar vooral ook prettig voor cliënten.

### 2. *Rol en context van de cliënt*

Een van de mogelijke verklaringen voor de gunstige uitkomst van korte behandelingen in de basis-ggz betreft de andere verwachtingen die de cliënt heeft over de behandeling. Enkele studies laten zien dat hoe langer een cliënt verwacht dat een behandeling zal duren, hoe langer de behandeling daadwerkelijk duurt (Mueller & Pekarik, 2000; Owen, Smith, & Rodolfa, 2009). Ook in een studie van Barkham en collega's (1996), waarin cliënten



waren gerandomiseerd naar een behandeling voor hun depressie van acht of zestien sessies, bleken de cliënten in de kortdurende conditie sneller op te knappen.

Daarnaast vereist de basis-ggz dat de cliënt een veel actievere rol in de behandeling aanneemt. De cliënt kan het niet eerst maar eens rustig aanzien, want dan is de tijd alweer voorbij. Cliënten worden van begin af aan gestimuleerd zelf meer regie te nemen. Natuurlijk is het de vraag of dit wel altijd mogelijk is. Aan een depressie bijvoorbeeld is inherent dat de cliënt inactief is en zich terugtrekt, wat het moeilijk kan maken om al snel in de behandeling een actieve rol aan te nemen. Het merendeel van de cliënten in de basis-ggz heeft echter een depressie, angststoornis of beide, en maar een zeer klein deel wordt doorverwezen naar de specialistische ggz (KPMG/Plexus, 2017). Vaart maken lijkt dus in veel gevallen mogelijk.

Wat elke behandelaar weet, is dat de omstandigheden van de cliënt een rol spelen in de behandeling, maar het is niet altijd duidelijk hoe. Er is veel onderzoek dat laat zien dat de manier waarop we naar de wereld kijken en waarop we ons gedragen afhangt van de situatie waarin we ons begeven. Onder andere het onderzoek naar economische factoren van psycholoog en Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman (2011) heeft hier sterk aan bijgedragen. We begrijpen allemaal dat honderd euro verliezen voor iemand met een inkomen van twee maal modaal minder erg is dan voor iemand met alleen een bijstandsuitkering. We begrijpen ook allemaal dat iemand zonder werk wat langer aarzelt voordat hij zijn eigen risico aanspreekt voor het zoeken van hulp voor zijn depressie, dan iemand met een baan. Moeilijker te begrijpen is dat iemand zonder werk die hulp heeft gezocht minder profijt lijkt te hebben van die hulp dan iemand met werk. In diverse studies zien we, als we inzoomen op specifieke kenmerken van cliënten, dat werkloosheid een minder goede behandeluitkomst voorspelt (Fournier et al., 2009; Lorenzo-Luaces, DeRubeis, van Straten, & Tiemens, 2017). Maar waarom? En wat kan een behandelaar hiermee? Om iets te begrijpen van de mogelijk stagnerende werking van werkloosheid in de behandeling moeten we weer uitzoomen naar generieke mechanismen, decontextualiseren dus, waarbij het onderzoek en instrument van Asay en Lambert (1999) kunnen helpen. Dan zal blijken dat zeker twee factoren verhoogd scoren. Het verliezen van werk is niet alleen een stressvolle gebeurtenis, maar er valt ook een deel van de sociale relaties mee weg. Er zijn dus wel degelijk aanwijzingen waarom geen werk hebben een negatieve invloed heeft op de uitkomst van de behandeling. De nieuwe *Generieke module Arbeid als medicijn* van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017) kan in de eerste stap van de behandeling helpen om in kaart te brengen wat werkloosheid of andere problemen rondom arbeid betekenen voor de cliënt en waar ze mogelijk belemmeringen kunnen opleveren.

### 3. *Eigenschappen en competenties van de behandelaar*

.....

80

Het onderzoek naar de kenmerken van de behandelaar die bepalen wat een effectieve behandelaar is, staat nog in de kinderschoenen. We weten dat er vrij veel variatie is tussen behandelaren. In studies hierover gaat het vaak over zaken als empathie en de therapeutische relatie. Waar het nauwelijks over gaat is prospectief kijken en denken. Dat licht ik er hier even uit, omdat het bepalen van de prognose op verschillende momenten in de behandeling de besluitvorming zou moeten beïnvloeden. Eerst bij de start van de behandeling, bij het opstellen van de behandelhypothese, maar ook later, als met de cliënt onderzocht wordt of de behandeling tot het gewenste resultaat leidt.

Behandelaren, psychologen en psychiaters, maar ook verpleegkundig specialisten, worden nauwelijks getraind om prospectief te denken. Terwijl een behandelplan niet meer is dan een hypothese (stap 2 in figuur 1) die steeds op juistheid gecheckt moet worden (stap 3), dienen behandelaren vooral te varen op hun klinische blik op een bepaald moment. In korte behandelingen als in de basis-ggz is dit extra lastig. Hoe snel kan duidelijk worden of de cliënt wel of niet goed reageert? Meerdere studies laten een sterke relatie zien tussen de voortgang in het begin van de behandeling en de uiteindelijke uitkomst (zie onder andere: Lutz et al., 2014; Tiemens, Böcker, & Kloos, 2016). Grofweg zien we dat een slecht begin een slechte uitkomst voorspelt en een goed begin een goede uitkomst, maar er zijn nog nauwelijks studies naar het beste beoordelingsmoment.

Doordat de behandeluitkomst door zoveel factoren wordt bepaald, zijn behandelaren slecht in staat om de voortgang van de behandeling goed in te schatten, en om te bepalen wanneer aan de ingezette koers moet worden vastgehouden en wanneer er moet worden gewijzigd. Al in de jaren vijftig van de vorige eeuw toonde Meehl (1954) aan dat statistische modellen vaak beter voorspellen dan clinici. Maar ook al is het onmogelijk voor clinici om te voorspellen, dit betekent niet dat ze niet getraind moeten worden in prospectief denken en in het gebruik van hulpmiddelen daarbij, zoals ROM. ROM zou dus aan behandelaar en cliënt de feedback moeten bieden om prospectief te kunnen kijken en om op basis van de prognose te beoordelen wat te doen (stap 4). De meeste ROM-systemen doen dat nog niet.

#### EEN DYNAMISCH PROCES TUSSEN PRAKTIJK EN WETENSCHAP

.....

Uitgaande van het behandelplan als hypothese, kan behandelen worden gezien als een dynamisch proces, als een empirische cyclus van afwisselend contextualiseren en decontextualiseren. Evidence-based werken is echter niet alleen een dynamisch proces binnen de behandeling, maar ook een voortdurende wisselwerking tussen praktijk en wetenschap.

Wanneer men het heeft over het versterken van de brug tussen praktijk en wetenschap, gaat het vaak over het simpelweg overbrengen van kennis naar de praktijk of over het implementeren van nieuwe evidence-based interventies in de praktijk, onder het motto: 'wij wetenschappers weten wel wat goed is voor jullie behandelaren'. Dit speelt waarschijnlijk ook een rol bij de vele discussies over evidence-based werken. Het is niet verwonderlijk dat die brug heel smal is en vaak instort.

Implementatie van evidence-based practice begint volgens de methode van Sackett in de praktijk, namelijk bij de vraag, en niet bij het antwoord dat wetenschap, richtlijn of standaard geeft. Evidence-based werken vindt plaats in een complex van relaties. Het lijkt daarom alleen mogelijk door de afwisselende stappen van contextualiseren en decontextualiseren heel systematisch en methodisch te zetten. Voor elke stap is er evidence voorhanden, maar er zijn ook nog heel veel vragen. Richtlijnen en standaarden zijn uiteraard behulpzaam, maar gaan uit van de stoornis en helaas nog niet van het behandeldoel of het mechanisme waaraan gewerkt gaat worden in de behandeling (Lilienfeld, 2011). Dat maakt het vaak lastig de behandeling goed toe te spitsen op de specifieke verandering die wordt beoogd. Gelukkig is er wel steeds meer aandacht voor, en onderzoek naar, transdiagnostische factoren (van Heycop ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014), wat hierbij kan ondersteunen.

Parallel aan het methodische contextualiseren en decontextualiseren in de behandeling zouden we in de wetenschap een vergelijkbaar proces moeten volgen, en wel door deze stappen ook in onderzoek veel systematischer met elkaar te verbinden. Dit vraagt niet alleen om onderzoek naar effectieve interventies, maar bijvoorbeeld ook naar voorspellers en mechanismen (Cuijpers, 2015). Welke cliënten worden niet beter en waarom niet? Waar hapert het veranderingsproces? Waar hapert het behandelproces en hoe kunnen daarin keuzen worden gemaakt? We kunnen deze processen veel dichter bij elkaar brengen door samen te analyseren, te ontwikkelen en te experimenteren in een cyclisch proces, en zo een brede brug te bouwen tussen de praktijk en de wetenschap van evidence-based behandelen. Het tijdperk van de evidence-based practice is nog maar net begonnen!

*Dit artikel is een bewerking van de inaugurale rede die prof. dr. Bea Tiemens uitsprak bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Evidence based practice in mental health care aan de Radboud Universiteit, op vrijdag 21 april 2017.*

**Bea Tiemens** is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de Radboud Universiteit, en verder aan Indigo en Pro Persona Research. *Correspondentieadres:* Postbus 27, de Bogen, 6870 AA Renkum. *E-mail:* b.tiemens@propersona.nl

**Summary** *Surrounded by relationships: Evidence-based practice in mental health care*

There is a lot of discussion about evidence-based treatment. Some even claim that the era of evidence-based practice is already over. Often the discussion is about evidence-based interventions versus non-specific factors in treatment — of the client, the practitioner, or the treatment setting. Although everyone in mental health care agrees that these non-specific factors do influence the success of the treatment to a large extent, we continue to call them ‘non-specific’, and together we maintain the gap between practice and science. How do we build a bridge? For that, I go back to the original principles of evidence-based working according to David Sackett. These help to look at treatment as alternating steps of contextualisation and decontextualisation, as a result of which the distinction between specific and non-specific disappears. Evidence is available for every step, but many questions remain. The era of evidence-based practice has only just begun!

**Keywords** *evidence-based, contextualization, decontextualization, cyclic*

**Literatuur**

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 927-935.
- Cuijpers, P. (2015). The future of psychotherapy research: Stop the waste and focus on issues that matter. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*, 291-294.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 775-787.
- Gyani, A., Shafran, R., Layard, R., & Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 597-606.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Keijsers, G., Vissers, W., Hutschmaekers, G., & Witteman, C. (2011). Waarom die weerstand tegen protocollaire behandelingen? In M. Verbraak, S. Visser, P. Muris, & K. Hoogduin (Eds.), *Handboek voor gz-psychologen* (pp. 135-142). Amsterdam: Boom.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L. ... Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD011119.pub2.
- KPMG/Plexus (2017). *Monitor Generalistische Basis GGZ. Verslagperiode: 2011-2015*. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- Lambert, M. J., Bailey, R. J., Kimball, K., Shimokawa, K., Harmon, S. C., & Slade, K. (2007). *Clinical support tools manual – Brief version – 40*. Salt Lake City, UT: OQMeasures LLC.

- Lilienfeld, S. O. (2011). Distinguishing scientific from pseudoscientific psychotherapies: Evaluating the role of theoretical plausibility, with a little help from reverend Bayes. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18, 105-112.
- Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J., van Straten, A., & Tiemens, B. (2017). A prognostic index (PI) as a moderator of outcomes in the treatment of depression: A proof of concept combining multiple variables to inform risk-stratified stepped care models. *Journal of Affective Disorders*, 213, 78-85.
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J.M. ... Barlow, D. W. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 287-297.
- Makkink, S., & Kits, L. (2011). Cliënten – herstellen doe je zelf. In S. van Hees, P. van der Vlist, & N. Mulder (red.), *Van weten naar meten: ROM in de GGZ* (pp. 97-107). Amsterdam: Boom.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis, MN, US: University of Minnesota Press.
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy*, 37, 117-123.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017). *Generieke module Arbeid als medicijn*. Retrieved from [www.ggz-standaarden.nl/generieke-modules/arbeid-als-medicijn](http://www.ggz-standaarden.nl/generieke-modules/arbeid-als-medicijn)
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Owen, J., Smith, A., & Rodolfa, E. (2009). Clients' expected number of counseling sessions, treatment effectiveness, and termination status: Using empirical evidence to inform session limit policies. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23, 118-134.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363, 2477-2481.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: RVS.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh/ New York: Churchill Livingstone.
- Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Sheldon, K. M. (2014). Becoming oneself: The central role of self-concordant goal selection. *Personality and Social Psychology Review*, 18, 349-65.
- Tiemens, B., Böcker, K., & Kloos, M. (2016). Prediction of treatment outcome in daily generalized mental healthcare practice: First steps towards personalized treatment by clinical decision support. *European Journal of Person Centered Healthcare*, 1, 24-32.
- Tiemens, B., Hutschemaekers, G., Kaasenbrood, A., & de Niet, G. (2011). Evidence-based werken: Kennis en context. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 429-441.
- van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (red.). (2014). *Transdiagnostische factoren: Theorie & Praktijk*. Amsterdam: Boom.
- van Mens, K., Lokkerbol, J., Janssen, R., van Orden, M., Kloos, M., & Tiemens, B. (2017). A cost-effectiveness ana-

- lysis to evaluate a system change in mental healthcare in the Netherlands for patients with depression or anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi: org/10.1007/s10488-017-0842-x
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137.
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integrations of psychotherapy research. *Psychotherapy*, 51, 514-518.
- Willutzki, U., & Koban, C. (2004). Enhancing motivation for psychotherapy: The elaboration of positive perspectives (EPOS) to develop clients' goal structure. In Cox, W. M., & Klinger, E. (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches and assessment* (pp. 337-356). New York: John Wiley & Sons Ltd.