

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) 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).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Implementatie van cognitive behavioral therapy-enhanced in een regulier behandelcentrum voor eetstoornissen

ELSKE VAN DEN BERG, DANIELA SCHLOCHTERMEIER,
ANNEKE GOUDRIAAN & JACK DEKKER

Samenvatting

Behandelingen van eetstoornissen kenmerken zich door een beperkt behandelresultaat en een hoog uitvalpercentage. *Cognitive behavioral therapy-enhanced* (CBT-E), dat is ontwikkeld door Fairburn en collega's, laat in meerdere studies een beter behandelresultaat zien dan reguliere CGT, zowel voor anorexia nervosa, voor boulimia nervosa, als voor niet anders omschreven eetstoornissen (ES-NAO).

Dit artikel beschrijft de implementatie van het CBT-E-protocol in de ambulante zorg bij Novarum, een behandelcentrum voor eetstoornissen, en het vernieuwde, strikt op CBT-E gebaseerde klinische behandel aanbod. Het artikel beoogt handreikingen te bieden aan behandelcentra die voornemens zijn bewezen effectieve behandelrichtlijnen te implementeren, in voldoende dosering, in een poliklinische setting, maar met name ook in een klinische setting. Zowel de valkuilen als de kansen van de implementatie worden geschetst. Het effect van de implementatie op de kosteneffectiviteit werd in kaart gebracht.

CBT-E bleek goed implementeerbaar binnen een reguliere behandelsetting. Door de verkorting van de behandelduur met gemiddeld 25% en een goedkopere disciplinemix is de behandeling kosteneffectief. De voorlopige uitvalcijfers zijn in lijn met die van de oorspronkelijke CBT-E-behandelstudies (16% versus 22%). Gemeten bij klinisch opgenomen patiënten wordt de

werkrelatie zoals die binnen de CBT-E-methodiek is vormgegeven als goed beoordeeld. Onderzoek naar de behandel-effectiviteit is nog gaande.

Trefwoorden: cognitive behavioral therapy-enhanced, CBT-E, implementatie, anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetstoornis NAO

INLEIDING

.....

Voor boulimia nervosa is cognitieve gedragstherapie (CGT) zoals door Fairburn ontwikkeld een van de behandelingen van voorkeur in Nederland (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993; Trimbos-instituut, 2006). Deze behandeling is door Fairburn (2008) doorontwikkeld tot *cognitive behavioral therapy-enhanced* (CBT-E; in het Nederlandse taalgebied hanteert men doorgaans de Engelse terminologie en afkorting). CBT-E is een methodiek om de behandelresultaten van ambulante behandelingen over het gehele spectrum van eetstoornissen te verhogen. Inmiddels is CBT-E in het Verenigd Koninkrijk, Australië en Nieuw-Zeeland de behandeling van voorkeur voor boulimia nervosa en voor eetbuistoornissen (Hay et al., 2014; National Institute for Clinical Excellence, 2004). Voor boulimia nervosa en eetstoornissen NAO is het behandelresultaat ongeveer 70% (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000). Er bestaan voor anorexia nervosa en eetstoornissen NAO weinig bewezen effectieve behandelingen. Het schaarse behandelgebonden onderzoek laat zien dat het behandel-effect — gemeten met een afname van eetstoornissymptomatologie tot aan remissie en herstel van het ondergewicht — voor anorexia nervosa doorgaans beperkt blijft tot minder dan 50% (Zipfel et al., 2014). Ook is er over het gehele spectrum van eetstoornissen sprake van hoge uitval: uitvalpercentages variëren tot aan 46% (Halmi et al., 2005).

Effectiviteitsstudies laten voor CBT-E een beter behandelresultaat zien dan voor reguliere CGT, zowel voor boulimia nervosa als voor anorexia nervosa en eetstoornis NAO (Fairburn et al., 2009, 2013, 2015). In vergelijking met reguliere CGT voor eetstoornissen is CBT-E verder doorontwikkeld, met krachtiger, meer focaal gerichte interventies, en nadrukkelijker gericht op het terugdringen van terugval en op het vergroten van therapietrouw.

In tegenstelling tot de gangbare DSM-classificatie worden eetstoornissen binnen CBT-E beschouwd als één diagnostische categorie. Immers, de verschillende diagnosegroepen delen grotendeels dezelfde symptomatologie. Verder migreren veel patiënten gedurende hun ziektebeloop van de ene diagnosegroep naar de andere. Interventies die goed aanslaan bij het ene type eetstoornis kunnen daarom waarschijnlijk ook goed aanslaan bij het andere type eetstoornis (Fairburn et al., 2009).

Door Dalle Grave is in Italië CBT-E doorontwikkeld voor patiënten met ernstig ondergewicht (BMI < 15) of met een opname-indicatie (Dalle Grave, 2012, 2013). Dalle Grave laat uitvalpercentages van 12% zien en rapporteert

een succespercentage van 48,6% bij patiënten met ondergewicht (BMI < 16) (Dalle Grave, Calugi, Conti, Doll, & Fairburn, 2013).

Gezien de succesvolle en bemoedigende behandelresultaten van CBT-E koos Novarum, een Amsterdams behandelcentrum voor eetstoornissen, ervoor om deze methodiek te implementeren en zo zijn behandelresultaten te verbeteren. Ook wilde Novarum de doelmatigheid verhogen door het behandel aanbod uitsluitend in te richten met bewezen effectieve en uniforme interventies. Door het primaat dat CBT-E legt bij ambulante behandelingen, ook voor patiënten met ondergewicht, sluit de methodiek aan bij het streven van Novarum om verder te ambulantiseren (Fairburn, 2008). De beperkte en vaste behandelduur van CBT-E-behandelingen sluit aan bij het streven om de behandelduur te verkorten. Het opleiden van de gehele behandelstaf tot primaire behandelaar, ongeacht discipline, draagt bij aan een betere kosteneffectiviteit.

BESCHRIJVING CBT-E

.....

Het is niet ongebruikelijk dat patiënten met een eetstoornis al meerdere on-succesvolle behandelingen achter de rug hebben en vanuit de aard van de eetstoornis sterk ambivalent gemotiveerd zijn. De behandelmethodiek CBT-E is erop gericht de patiënt hoop te geven, vanuit de overtuiging dat zolang de predictoren voor succes onbekend zijn iedere patiënt — ongeacht de ernst van zijn (comorbide) psychopathologie — eenzelfde kans op succes heeft. Zo wordt therapietrouw geoptimaliseerd en uitval tegengegaan. Het streven is de patiënt zijn eigen therapeut te laten worden. De relatie tussen therapeut en patiënt wordt gekenmerkt door wederkerigheid. De therapeut is van meet af aan transparant over het hoe en waarom van de behandelopzet, terwijl de patiënt wordt gestimuleerd om gedurende de behandeling relevant educatiemateriaal mee te lezen. De patiënt wordt verder aangemoedigd om zijn omgeving bij de behandeling te betrekken en naasten mee te nemen naar de sessies, met als doel de therapievoortgang in eigen omgeving te ondersteunen en eventuele therapiebelemmeringen weg te nemen.

De kern van CBT-E bestaat uit het aanleren van een beperkt aantal technieken en vaardigheden waarmee patiënten hun probleemoplossend vermogen blijvend kunnen vergroten. De therapeut stelt zich activerend, steunend en hoopgevend op, en is gericht op het bereiken en vasthouden van gedragsverandering. De behandeling is qua opzet nadrukkelijk spaarzaam: CBT-E kiest ervoor om patiënten niet te overladen met een veelheid aan technieken en interventies. Men leert patiënten alleen die strategieën aan die voor hen echt relevant zijn: alleen de centrale mechanismen die de eetstoornis in stand houden worden aangepakt. De aanname is dat secundaire symptomen (zoals braken na een eetbui) vervolgens vanzelf geleidelijk uitdoven. Dit *spaarzaamheidsprincipe* vindt men binnen de CBT-E-methodiek ook te

rug in de voorkeur voor enkelvoudige behandelinterventies boven complexe interventies.

Een ander kernelement binnen CBT-E is de *vaste behandelduur*. Om te komen tot een optimaal behandelresultaat hebben CBT-E-behandelingen een vaste behandelduur, waar therapeuten zich strikt aan houden en die ze elke sessie benoemen. De ambulante CBT-E-behandeling heeft een vaste behandelduur van twintig weken. Bij ondergewicht (BMI < 17,5) wordt deze behandelduur verlengd tot maximaal veertig weken, omdat er dan meer tijd nodig is om in gewicht aan te komen. Gezien de beperkte behandelduur wordt de behandelvoortgang (zoals het aanbrengen van regelmaat in het eetpatroon of het herstel van ondergewicht) intensief en hoogfrequent bijgehouden, zodat bij eventuele stagnatie direct kan worden bijgestuurd.

Continuïteit in de behandelsessies is erg belangrijk. Alle sessies worden daarom vooruit gepland en bij afwezigheid van de therapeut wordt deze vervangen door een collega. Als vooraf bekend is dat de patiënt tijdens de behandeling langere tijd afwezig zal zijn, start de behandeling pas op het moment dat de patiënt wel een aaneengesloten periode beschikbaar is. Voor het bereiken van een optimaal behandelresultaat en het tegengaan van terugval ligt de nadruk op een goede start (*start well* in CBT-E-terminologie) en een goede afronding (*end well*) van de behandeling. Goed starten heeft betrekking op het optimaliseren van de inzet van de patiënt (en van de therapeut) voor behandeling. Voordat men overeenkomt daadwerkelijk met de eerste behandelsessie te starten, worden mogelijke barrières voor behandeling uitgebreid geïnventariseerd en aangepakt. In het kader van start well vinden de sessies in het eerste deel van de behandeling tweemaal per week plaats. De therapeut is erop gebrand in deze fase een positieve gedragsverandering te bewerkstelligen. Immers, een positieve gedragsverandering aan het begin van de behandeling (zoals de afname van eetbuien omdat er regelmaat in het eetpatroon is aangebracht) is een voorspeller voor behandel succes en vergroot de therapietrouw (Raykos, Watson, Fursland, Byrne, & Nathan, 2013). Er ligt binnen CBT-E ook veel nadruk op het goed beëindigen van de therapie. Het einde van de behandeling wordt nadrukkelijk vanaf de start geïncorporeerd, om terugval zo veel mogelijk tegen te gaan en ervoor te zorgen dat er spanning op de therapie blijft.

CBT-E stelt dat de overwaardering van gewicht en omvang de kernsymptomen in stand houdt en verantwoordelijk is voor veel secundaire eetstoornissymptomen. Deze overwaardering maakt dat patiënten hun eigenwaarde grotendeels ontlenen aan hun lichaamsomvang en gewicht, wat leidt tot marginalisering van andere levensgebieden (school, relaties, werk, sport, enzovoort) en dus tot een kwetsbaar, verengd zelfbeeld. Tevens leidt deze overwaardering tot verschillende symptoomgedragingen. Zo is er bij de meeste patiënten sprake van extreem lijngedrag en bestaan er veel strikte opvattingen over wat er gegeten mag worden, in welke hoeveelheden en op welke tijdstippen. Een ander secundair symptoom is het hebben van (objectieve,

TABEL 1 *Opzet CBT-E-behandelstrategie*

90

<p>Stap 1: Leg probleemgedrag uit.</p>	<p>Leg uit hoe het probleemgedrag eruitziet. Leg uit hoe dit specifieke probleemgedrag</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) de eetstoornis in stand houdt, en 2) de kwaliteit van leven aantast. <p>Verwijs hierbij naar de formulering.</p>
<p>Stap 2: Bepaal aard en omvang van het probleemgedrag.</p>	<p>Bepaal samen met patiënt de precieze aard en omvang van het probleemgedrag middels nauwkeurige (24-uurs) monitoring.</p> <p>Benoem dat nauwkeurig monitoren confronterend kan zijn en tot een (tijdelijk) toename van het probleemgedrag kan leiden.</p>
<p>Stap 3: Bespreek redenen en opzet van de behandelstappen.</p>	<p>Leg uit wat de rationale is achter de stappen die u als therapeut voorstelt om het probleemgedrag te laten stoppen of te verminderen.</p> <p>Word het <i>samen</i> eens over de concrete stappen die de patiënt gaat toepassen.</p>
<p>Stap 4: Moedig verandering aan.</p>	<p>Als therapeut ondersteunt u steeds het zetten van de concrete stappen. U blijft sturen op daadwerkelijke gedragsverandering.</p>
<p>Stap 5: Blijf belonen en monitoren.</p>	<p>Blijf gedragsverandering ondersteunen en belonen door elke sessie de concrete stappen te evalueren en gemaakte progressie of eventuele stagnatie te monitoren.</p>
<p>Stap 6: Herhaal zolang als nodig, maar blijf spaarzaam.</p>	<p>Bij stagnatie blijft u als therapeut focaal bovenstaande stappen herhalen.</p>
<p>Stap 7: Stuur op vaardig worden van de patiënt, nu en straks.</p>	<p>Leer de patiënt vaardig worden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 in het tijdig herkennen van het probleemgedrag, 2 in het zelfstandig kunnen toepassen van de helpende strategie, en 3 in het kunnen toepassen van de strategie met hulp vanuit de eigen omgeving, indien nodig. <p>Benadruk met regelmaat dat na afronding van de therapie deze vaardigheden de patiënt helpen om zich te beschermen tegen terugval.</p> <p>Hoe meer de buitenwereld binnenkomt in de therapie, hoe beter de vaardigheden van de patiënt zullen worden.</p>

dan wel subjectieve) eetbuien. Als gevolg van deze eetbuien treden compensatoire gedragingen als braken of laxeren op.

Bij de uitvoering van de CBT-E-behandelinterventies keren bepaalde stappen telkens terug: het geven van uitgebreide educatie, de patiënt laten monitoren wat de precieze aard en omvang van het probleemgedrag is, het uitleggen van de rationale van de interventie, en de patiënt leren herkennen welke triggers het fenomeen verergeren en hem vervolgens alternatieve gedragingen aanleren om op een andere manier met deze triggers om te gaan (zie tabel 1).

GEFASEERDE AANPAK

.....

Alle sessies kennen een identieke opbouw. Als er naasten meekomen wordt de sessieduur verlengd. Zij schuiven steeds aan na het doornemen van de vaste agendapunten.

Tijdens de behandeling doorloopt de patiënt vier fasen. Om de gewenste gedragsverandering — in de vorm van regelmaat aanbrengen in het eetpatroon en weegpatroon — zo snel mogelijk in gang te zetten, vinden tijdens de *eerste fase* de sessies tweemaal per week plaats. De therapeut stelt samen met de patiënt een gepersonaliseerde formulering op van alle aanwezige mechanismen die de eetstoornis in stand houden. Deze formulering fungeert vervolgens als leidraad voor de opbouw van de behandeling.

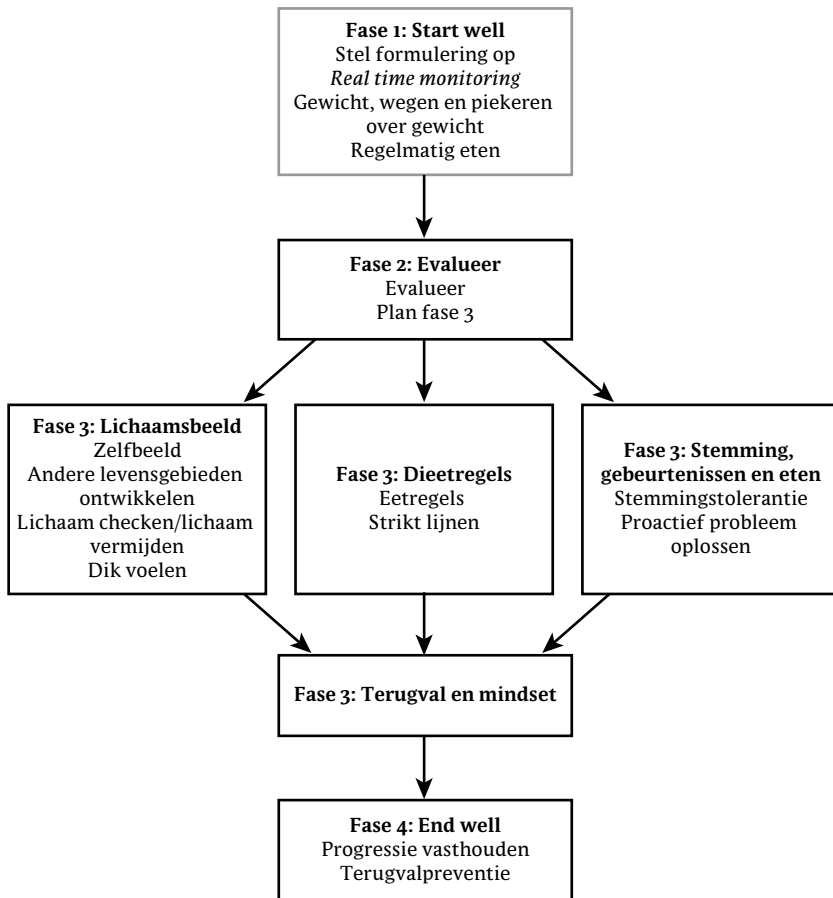
In de *tweede fase* wordt teruggeblikt op de gemaakte progressie. De therapeut brengt de betrokkenheid en barrières voor verdere gedragsverandering samen met de patiënt in kaart. Daarnaast wordt ook de inbreng van de therapeut geëvalueerd, met vragen als: ‘Doe ik als therapeut het goed genoeg voor jou?’ Op basis van de gepersonaliseerde formulering stellen patiënt en therapeut samen vast welke probleemgebieden er vervolgens aan bod komen. Hierbij wordt op grond van de persoonlijke formulering een keuze gemaakt uit de volgende drie probleemgebieden: 1) lichaamsbeeld, 2) dieetregels, of 3) stemming, gebeurtenissen en eten.

De *derde fase* is zo opgezet dat er naast het werken aan de eerder gestelde behandeldoelen (normaliseren eetpatroon en herstellen van ondergewicht) ook aandacht kan worden besteed aan de bijkomende behandeldoelen die in de tweede fase zijn geformuleerd zijn (zie figuur 1).

In de *vierde fase* zijn de behandeldoelen gericht op het vasthouden van wat er inmiddels is bereikt en op de preventie van terugval. De focus verschuift van het heden naar de toekomst. Tijdens de laatste drie sessies (die nu één in de twee weken plaatsvinden) maken patiënt en therapeut samen een zogeheten behoudsplan. Hierin beschrijven zij naast de vroege waarschuwingssignalen die kunnen leiden tot terugval ook alle concrete stappen die de patiënt (liefst met hulp van naasten) na afronding van de behandeling moet blijven zetten om terugval te voorkomen.

Na twintig weken (of bij extreem ondergewicht na veertig weken) wordt de behandeling afgesloten, ook wanneer alle symptomen nog niet volledig in remissie zijn. Het belangrijkste is dat de patiënt op dit moment voldoende vertrouwen heeft opgebouwd om zelfstandig verder te werken aan het eigen herstel. Nog eens twintig weken later vindt een follow-upsessie plaats. Daarin wordt geëvalueerd in welke mate de patiënt de verbetering heeft kunnen vasthouden, in welke mate het behoudsplan voldeed en welke kwetsbaarheden op langere termijn extra aandacht behoeven.

De opbouw van de CBT-E-behandeling is schematisch weergegeven in figuur 1.



FIGUUR 1 *Opbouw behandeling*

KLINISCH BEHANDELPROTOCOL

.....

Bij ernstig ondergewicht (waarvoor Novarum voorsnog als criterium een BMI kleiner dan 15 hanteert), bij somatische complicaties of bij stagnatie in het ambulante traject kan een klinische opname worden geïndiceerd. Dit gebeurt echter steeds nadrukkelijk met als doel om de patiënt zo snel mogelijk te laten doorstromen naar de ambulante behandeling.

Het klinische programma is vergelijkbaar vormgegeven als de hierboven beschreven ambulante CBT-E-behandeling. Gedurende de opname ontvangt de patiënt individuele CBT-E-behandeling in dezelfde dosering en met dezelfde opbouw als op de polikliniek. Omdat 'wederkerigheid' centraal staat in de behandeling, vinden alle teamoverleggen plaats in aanwezigheid van de patiënt. In dit overleg worden gezamenlijk afspraken gemaakt over de 'aankomlijn' en het menu. Er wordt dus niet meer met vaste aankommenu's gewerkt. De patiënt is aan zet voor het doen van voorstellen om de gewichtslijn te halen. Tevens wordt de progressie (of stagnatie) op de verschillende (eetstoornis)symptomen in kaart gebracht en geëvalueerd om op basis hiervan samen de behandeldoelen voor de komende week vast te stellen. Vóór de CBT-E-implementatie hanteerde men bij Novarum een systeem waarin de patiënt een waarschuwing kreeg als hij zich niet aan de behandelafspraken hield, wat uiteindelijk kon leiden tot voortijdig ontslag. Dit waarschuwingensysteem werd na de CBT-E-implementatie losgelaten.

Patiënten nemen deel aan drie CBT-E-behandelgroepen. Analoog aan het ambulante protocol zijn dit de groep Lichaamsbeeld, de groep Dieetregels en de groep Gebeurtenissen & stemming. De behandelgroepen zijn opgezet als vaardigheidstrainingen. In deze groepen maken de patiënten kennis met de verschillende CBT-E-procedures die zij ook in het verdere ambulante beloop van hun behandeling zullen tegenkomen. Het klinische behandel aanbod bestaat verder uit een psycho-educatiegroep, die tweemaal per week wordt aangeboden en waarin uitgebreid wordt stilgestaan bij de eetstoornissymptomatologie, bij de factoren die haar in stand houden en bij de gevolgen die eetstoornissen hebben op de kwaliteit van leven. Ook is er een wekelijkse beweeggroep.

Gedurende de behandeling worden patiënten gestimuleerd om zo veel mogelijk tijd buiten de afdeling door te brengen. Er wordt actief gestuurd op het weer oppakken van een hobby of studie, enerzijds om hospitalisatie tegen te gaan, anderzijds om het aantal normaliserende sociale activiteiten uit te breiden. Dit is van cruciaal belang bij het verminderen van de extreme en eenzijdige focus op gewicht en uiterlijk, een bekende uitlokker van terugval. Na afloop van het klinische behandelprogramma gaan de patiënten verder met een poliklinische behandeling conform de afgesproken behandelduur.

IMPLEMENTATIE

.....

94

Sinds voorjaar 2015 heeft Novarum het klinische en ambulante zorgaanbod heringericht conform de CBT-E-methodiek. Novarum behandelt patiënten met anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornissen NAO op vrijwillige basis, vanaf 18 jaar en ouder en met een BMI groter dan 13.

Novarum wilde met de CBT-E-implementatie de behandel-effectiviteit verhogen. Onderzoek naar het behandelresultaat over de periode 2013-2014 liet namelijk zien dat er ruimte was voor verbetering.

Ook wil Novarum met deze implementatie het gehele zorgaanbod vormgeven met louter bewezen effectieve interventies, gebaseerd op een uniforme methodiek. Het oorspronkelijk CGT-georiënteerde behandelaanbod van het behandelcentrum was geleidelijk aan eclecticisch geworden. Gaandeweg waren voor eetstoornissen niet bewezen effectieve interventies als *schema focused therapy* en mindfulness, alsook groepsdynamische interventies, aan het behandelaanbod toegevoegd. Naast de wens om het eclecticische karakter van het behandelaanbod op te heffen was het belangrijk om het behandelklimaat minder bestraffend te laten zijn.

Een uitdaging tijdens de implementatie is het gegeven dat CBT-E primair ontwikkeld is als ambulante behandelmethodiek, terwijl Novarum met CBT-E zowel het ambulante als klinische zorgaanbod wil vernieuwen. Met dit doel voor ogen formeerde het behandelcentrum een voorhoede van senior therapeuten die reeds enige ambulante behandelervaring met CBT-E hadden opgedaan. Professor Fairburn werd benaderd en bereid gevonden om het implementatietraject en het bijbehorende scholingstraject te superviseren. Met Fairburn werd het vernieuwde zorgaanbod ontworpen, zodat Novarum over de gehele linie volgens de CBT-E-basisprincipes kan gaan werken.

Het nieuwe behandelaanbod werd vervolgens uitgeschreven door verschillende teams, onder aansturing van een senior therapeut. Vertegenwoordigers van verschillende behandel disciplines, zoals diëtisten, verpleegkundigen, psychomotore therapeuten en psychiaters, maken op deze manier intensief kennis met CBT-E en de bijbehorende interventies.

Het zorgaanbod wordt teruggebracht tot twee behandelprogramma's: een transdiagnostisch poliklinisch individueel behandelprogramma en een klinisch behandelprogramma. De ambulante individuele behandeling vormt de kern van het behandelaanbod, terwijl het kortdurend klinisch traject is bedoeld voor patiënten die vanwege somatische dan wel psychiatrische instabiliteit (nog) niet in een ambulant traject kunnen instromen. Doel van de opname is de patiënt zodanig te stabiliseren dat contra-indicaties voor een ambulante behandeling worden weggenomen en de behandeling bij dezelfde therapeut ambulant kan worden vervolgd.

Er wordt binnen het protocol geen BMI-ondergrens voor ambulante behandeling gehanteerd. Omdat CBT-E transdiagnostisch van aard is, stopt het behandelcentrum met het aanbieden van stoornisspecifieke behandelpro-

gramma's: alle patiënten met anorexia nervosa, boulimia nervosa of een eetstoornis NAO krijgen voortaan een behandeling die niet is gebaseerd op de diagnose, maar op de persoonlijke in stand houdende mechanismen van hun eetstoornis.

Besloten werd om het deeltijdprogramma en de ambulante groepsbehandelingen op te heffen, omdat het behandelresultaat daarvan achterblijft bij dat van individuele behandelingen (Fairburn, 2008). Een ander gevolg van het CBT-E-herontwerp is dat Novarum geen CBT-E-incompatibele interventies meer aanbiedt. Binnen het klinische programma worden onder meer de groepen schema focused therapy, mindfulness en cognitieve therapie gestopt.

Gedurende de overgang van het oude naar het nieuwe behandelaanbod kiest Novarum ervoor om de overeengekomen behandelafspraken met patiënten zo veel mogelijk te handhaven. Hierdoor neemt de afbouw van het deeltijdaanbod en de afbouw van ambulante groepsbehandelingen een half jaar in beslag. De laatste groep patiënten rondt hun behandeling uiteindelijk individueel af.

Als onderdeel van de transitie werden twee (tot dan toe naast elkaar bestaande) klinische afdelingen samengevoegd. Eind 2014 stroomde de laatste deeltijdpatiënt uit en in het voorjaar van 2015 startte in de kliniek het nieuwe CBT-E-programmarooster.

SCHOLINGSPLAN

.....

Besloten werd de therapeuten eerst te scholen in CBT-E-basisprincipes als *vaste behandelduur*, *sparzaamheid* en *wederkerigheid*, alvorens de behandelprotocollen in te trainen. De implementatie van CBT-E behelst namelijk veel meer dan het aanleren van een nieuw behandelprotocol: ze dient ook als basis voor het behandelklimaat en de inrichting van de zorg, waarbij de patiënt meer verantwoordelijkheid gegeven wordt voor het behalen van behandeldoelen.

Uitgangspunt van het scholingsplan is dat alle teamleden, ongeacht hun vooropleiding, worden opgeleid tot CBT-E-therapeut. Zo wordt de gehele multidisciplinaire staf van verpleegkundigen, diëtisten, psychiaters, psychologen en psychomotore therapeuten op uniforme wijze geschoold.

Fairburn gaf zelf het startsein voor de scholing met een tweedaagse training op locatie voor de gehele behandelstaf. Bij het aanleren van de interventies maakt Novarum gebruik van een toetsende geaccrediteerde webtraining, ontwikkeld door het Center for Research on Eating Disorders van de Universiteit van Oxford. Deze webtraining bestaat uit theoretische modules (die worden onderwezen door Fairburn), uit demonstraties van interventies bij ingewikkelde situaties en uit een nagespeelde complete ambulante behandeling. Een deel van de behandelstaf nam tevens deel aan verschillende CBT-E-

workshops, die werden gegeven door Fairburn en Dalle Grave. Parallel aan de webtraining startte iedere collega met ten minste één ambulante CBT-E-behandeling. Ook werd er een meerdaags werkbezoek afgelegd aan het Italiaanse CBT-E-behandelcentrum van Dalle Grave om te leren van ervaringen met CBT-E-implementatie in een klinische setting.

Door verplichte, wekelijkse, teambrede en multidisciplinaire besprekingen en supervisie wordt de trouw aan de CBT-E-methodiek bijgehouden en verbeterd.

RESULTATEN

.....

De implementatie van het CBT-E-protocol voor ambulante behandelingen leidde tot een verkorting van het gemiddelde aantal behandelsessies. In de periode 2013-2014 bedroeg het gemiddelde aantal sessies 33 (bij patiënten met een afgeronde behandeling), waarbij 79% van de patiënten binnen een jaar behandeld werd. De nieuwe vaste behandelduur van twintig sessies, verdeeld over twintig weken, betekent een belangrijke reductie. De gemiddelde duur van het reguliere klinische behandeltraject is teruggebracht van twintig tot twaalf weken.

Voor ambulante behandelingen in de periode 2013-2014 bedroeg het behandelingsucces bij patiënten met een afgeronde behandeling bij Novarum 56,9%, tegenover 66,4% behandelingsucces vanuit de originele CBT-E studies (Fairburn et al., 2015). In dezelfde periode bedroeg het behandelingsucces van het klinische behandeltraject bij Novarum 32,7%, versus 48,6% van de originele CBT-E klinische behandelstudie (Dalle Grave et al., 2013). Behandelingsucces wordt als volgt gedefinieerd: bij afronding van de behandeling ligt de totaalscore op de *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q) binnen één SD van de totaalscore van de normaalpopulatie (Fairburn & Beglin, 2008; Nederlandse vertaling: van Furth, 2000).

Het voorlopige uitvalpercentage bedraagt op de polikliniek 16%. Dit is in lijn met de 22% uitval zoals gerapporteerd in de originele CBT-E-studies (Fairburn et al., 2009). Het voorlopige uitvalpercentage op de kliniek bedraagt 15%, wat in lijn is met de 25% die Dalle Grave vermeldt (Dalle Grave et al., 2013). Over de periode 2013-2014 zijn voorsnog onvoldoende betrouwbare uitvalpercentages bekend.

Het lukte iedere aangemelde collega, over alle disciplines heen, om de webtraining binnen de gestelde termijn succesvol af te ronden en als primair therapeut patiënten te gaan behandelen. Fairburn benadrukt dat intensief collegiaal overleg en supervisie onmisbaar zijn voor het daadwerkelijk in de vingers krijgen van het protocol (Fairburn, persoonlijke communicatie, 2015).

Aan de twaalf patiënten die tijdens de transitieperiode bij Novarum zijn opgenomen (zeven met anorexia nervosa, vijf met een eetstoornis NAO)

werd kort na de transitie gevraagd wat zij van de werkrelatie binnen de nieuwe methodiek vonden. Hierbij is gebruikgemaakt van de Nederlandse versie (Stinckens, Ulburghs, & Claes, 2009) van de *Working Alliance Inventory-Short Revised* (WAI-SR; Tracey & Kokotovic, 1989). De WAI-SR bestaat uit twaalf items, die gescoord worden op een vijfpuntsschaal, variërend van 1 ('zelden of nooit') tot 5 ('altijd'). Er worden drie subschalen met elk vier items onderscheiden: de *doelschaal*, waarmee de mate van overeenkomst inzake therapiedoelen wordt gemeten, de *taakschaal*, waarmee de mate van overeenkomst inzake therapietaken wordt gemeten, en de *bandschaal*, die de emotionele band tussen patiënt en therapeut evalueert. Een hogere score duidt op een grotere mate van overeenkomst.

De betrouwbaarheid is goed, met een Cronbachs α tussen de 0,85 en 0,87 voor de subschalen (Stinckens et al., 2009).

TABEL 2 *Werkalliantie Vragenlijst (WAI-SR)*

	Gemiddelde	SD
Doelschaal	4,22	0,67
Taakschaal	4,11	0,81
Bandschaal	3,79	1,35

Het hoogst scoort de doelschaal, met items als: 'Mijn therapeut en ik werken beiden aan dezelfde doelstellingen voor mijn therapie' ($m = 4,22$, $SD 0,67$). Het laagst scoort de bandschaal ($m = 3,79$, $SD 1,35$), met items als: 'Ik geloof dat de therapeut mij aardig vindt' (zie tabel 2). Hierbij geeft de score van 3,79 een waardering aan die ligt tussen 'dikwijls' en 'zeer vaak'.

Ook de therapeuten in de kliniek werd gevraagd naar hun ervaringen met de implementatie. Zij gaven aan moeite te hebben met het opheffen van enkele bestaande interventies, zoals de schema focused therapy. Het is belangrijk dat het management met regelmaat de redenen blijft benoemen om alle interventies waarvan de effectiviteit voor eetstoornissen niet bewezen is te schrappen uit het behandel aanbod. Hier staat tegenover dat de collega's de aangeboden CBT-E-scholing waarderen. Bovendien zijn zij positief over het feit dat patiënten meer eigen verantwoordelijkheden krijgen. Uiteindelijk heeft één collega ervoor gekozen vanwege de transitie ontslag te nemen.

Onderzoek is gaande naar de behandel effectiviteit, waarbij gekeken wordt of de behandelresultaten vergelijkbaar zullen zijn met de door Fairburn gevonden resultaten (Fairburn et al., 2009, 2015) Volgend jaar worden de eerste resultaten verwacht.

DISCUSSIE

.....

98

Met de implementatie van de CBT-E-methodiek wil Novarum de behandel-effectiviteit verhogen, de uitval verlagen, het behandelklimaat minder stringent maken, de behandelduur verkorten en de kosteneffectiviteit verbeteren. Door patiënten met ernstig ondergewicht ambulante te gaan behandelen wil Novarum een verdere verkorting van de klinische opnameduur realiseren.

Het lukte alle collega's om de CBT-E-webtraining succesvol af te ronden en als primair therapeut patiënten te gaan behandelen. Er is in samenwerking met professor Fairburn een klinisch CBT-E-behandelaanbod ontwikkeld, waarbinnen de werkrelatie door patiënten als goed wordt beoordeeld: op de WAI-SR lagen de scores van de subschalen tussen 'dikwijls' en 'vaak' (doel-schaal: $m = 4,22$, $SD 0,67$; taakschaal: $m = 4,11$, $SD 0,81$; bandschaal: $m = 3,79$, $SD 1,35$). De kosteneffectiviteit blijkt door de implementatie in belangrijke mate te verbeteren door de verkorting van het aantal ambulante behandelcontacten en de klinische opnameduur met gemiddeld 25%. Het opleiden van verpleegkundigen, diëtisten en psychomotoire therapeuten tot primair therapeut leidt tot een andere disciplinemix en draagt bij aan een verbetering van de kosteneffectiviteit. De voorlopige uitvalpercentages liggen in lijn met de originele CBT-E-cijfers: 16%, versus 22%, voor ambulante behandelingen en 15%, versus 25%, voor klinische behandelingen (Dalle Grave et al., 2013; Fairburn et al., 2009). Deze uitvalpercentages zijn lager dan in andere studies gevonden werden (Halimi et al., 2005).

Het niet langer aanbieden van niet-bewezen of CBT-E-incompatibele interventies was voor enkele therapeuten ingrijpend. Om het benodigde draagvlak te creëren, was het aanbieden van deskundigheidsbevordering voor alle betrokken professionals en het inhoudelijk onderbouwen van de ingezette veranderingen noodzakelijk. Ook het bieden van voldoende ruimte om uitgebreid stil te staan bij het veranderproces bleek belangrijk. Het werken volgens de uitgangspunten van CBT-E (zoals een beperkt aantal sessies en de focus op slechts enkele technieken) vereiste hoogfrequent intercollegiaal overleg. Het merendeel van de therapeuten moest vertrouwen ontwikkelen in de CBT-E-aanname dat het aanpakken van een beperkt aantal kernsymptomen leidt tot het uitdoven van secundaire symptomen, ook zonder die laatste afzonderlijk te behandelen. Ook het omgaan met stagnatie (bijvoorbeeld voortkomend uit comorbide persoonlijkheidsproblematiek) was een valkuil. Vanuit de CBT-E-methodiek wordt aanbevolen om bij stagnatie geen extra, andersoortige interventies aan te bieden, maar juist steeds terug te keren en vast te houden aan het uitvoeren van de CBT-E-interventies die de kernpsychopathologie bewerken. Na meerdere positief afgeronde behandelingen nam het vertrouwen in de behandelmethodiek bij de behandelstaf toe en werd het makkelijker voor de therapeuten om vast te blijven houden aan het behandelprotocol.

Door alle collega's op identieke wijze te trainen ontstaat er een uniform vocabulaire en een uniform gebruik van behandelinterventies. Deze uniforme scholing maakt ook dat nieuwe collega's en therapeuten in opleiding op identieke wijze kunnen worden geschoold en ingewerkt. Het op reguliere basis vervangen van collega's die afwezig zijn, was ongebruikelijk en aanvankelijk ook onwennig voor de therapeuten. Voor de patiënt leek het echter van meerwaarde te zijn om omwille van de continuïteit met een andere therapeut dezelfde interventies door te nemen. Het tweemaal per week zien van patiënten gedurende de eerste weken van de behandeling wordt door therapeuten en door patiënten als positief en helpend ervaren.

CONCLUSIE

.....

De hierboven beschreven observaties suggereren dat het mogelijk en kosten-effectief is om in de dagelijkse behandelpraktijk wetenschappelijk bewezen interventies toe te passen in voldoende dosering, in voldoende intensiteit en over verschillende zorgzwaarten heen, en 'zo te garanderen dat patiënten de behandeling krijgen die op grond van wetenschappelijk onderzoek de meeste kans op succes biedt' (Korrelboom, 2016). Het implementeren van een bewezen effectieve behandelmethodiek vraagt uitgebreide voorbereiding, intensieve scholing en vasthoudendheid van het management, waarbij ondersteuning door de grondlegger van de methodiek nadrukkelijk meerwaarde heeft. Er hebben zich gedurende de implementatie geen onoverkomelijke hindernissen voorgedaan waaruit zou blijken dat het implementeren van bewezen effectieve behandelrichtlijnen binnen reguliere behandelcentra niet op grotere schaal kan plaatsvinden.

Elske van den Berg is klinisch psycholoog en directeur behandelzaken bij Novarum, Amsterdam.

Daniela Schlochtermeyer is gz-psycholoog/cognitief gedragstherapeut en werkzaam bij Novarum, Amsterdam.

Anneke Goudriaan is hoofd verslavingsonderzoek bij Arkin, Amsterdam, bijzonder hoogleraar werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, en psycholoog i.o. tot gz-psycholoog.

Jack Dekker is hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en hoofd onderzoek bij Arkin, Amsterdam.

Correspondentieadres: Elske van den Berg, Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR, Amsterdam. E-mail: elske.vanden.berg@novarum.nl

Summary *Implementation of cognitive behavioral therapy-enhanced (CBT-E) in a non-academic treatment setting for eating disorders.* Treatment of eating disorders is characterised by rather poor outcome and a high dropout rate. Cognitive behavioral therapy-enhanced (CBT-E), as developed by Fairburn and colleagues, shows an improved outcome rate, compared to regular CBT, for anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). In 2015 Novarum, a center for eating disorders in Amsterdam, implemented CBT-E in both inpatient and outpatient settings.

This paper describes the implementation of the CBT-E protocol in the outpatient setting of Novarum, together with the newly developed strictly CBT-E based inpatient treatment protocol. It aims to help other treatment centers who are considering to implement evidence based guidelines, in sufficient dose, in outpatient and particularly inpatient settings. Obstacles, as well as opportunities concerning the implementation are discussed. The effects of the implementation on cost effectiveness were measured.

It was possible to implement CBT-E in a non-academic setting, both in the inpatient and the outpatient setting. Because of its shortened duration of 25% on average and of its cheaper discipline mix, CBT-E is a cost effective treatment. The dropout rates are in line with those found in the original CBT-E studies (16% versus 22%). The CBT-E working alliance was well perceived by inpatients.

Currently a CBT-E outcome study is in progress.

Keywords *cognitive behavioral therapy-enhanced, CBT-E, implementation, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders not otherwise specified*

Literatuur

- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive behavior therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 459-466.
- Dalle Grave, R. (2012). *Intensive cognitive behavior therapy for eating disorders*. Hauppauge: Nova.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep cognitive behavioral therapy for eating disorders*. Plymouth: Jason Aronson.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behavior therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*, 390-398.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Strabler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. A. (2015). Transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *70*, 64-71.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-313). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *166*,

- 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 2-8.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assessment and treatment* (pp. 3-14). New York: Guilford Press.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L.,... Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists (2014). Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*, 977-1008.
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W., & Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 776-81.
- Korrelboom, K. (2016). 'Echte' scientist practitioners: *Meesters in hun vak*. Mondelinge presentatie, VCGt Naajaarscongres Veldhoven, 9 november.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Londen: National Institute for Clinical Excellence.
- Raykos, B. C., Watson, H. J., Fursland, A., Byrne, S. M., & Nathan, P. (2013). Prognostic value of rapid response to enhanced cognitive behavioral therapy in a routine clinic sample of eating disorder outpatients. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 764-70.
- Stinckens, N., Ulburghs, A., & Claes, L. (2009). De werkalliantie als sleutelelement in het therapiegebeuren: Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, *39*, 44-60.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*, 207-210.
- Trimbos-instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen. Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Furth, E. (2000). *Nederlandse vertaling van de EDE-Q*. Leidschendam: Robert-Fleury Stichting.
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D.,... ANTOP Study Group (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, *383*, 127-137.