

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

Evidence-based practice

De verhouding tussen clinicus, patiënt en wetenschap

THEO BOUMAN, FILIP RAES & KIM DE JONG

Samenvatting

De aanduiding ‘evidence-based’ is de laatste decennia een steeds grotere plaats gaan innemen in de gezondheidszorg. In deze bijdrage gaan we in op misvattingen daarover en op de definitie van evidence-based practice. Met name de rol van wetenschappelijke kennis in de zorg komt aan de orde, evenals de invloed daarvan op de relatie tussen clinicus en patiënt.

Trefwoorden: evidence-based practice, science-to-practice gap, personalized mental health, therapist drift

INLEIDING

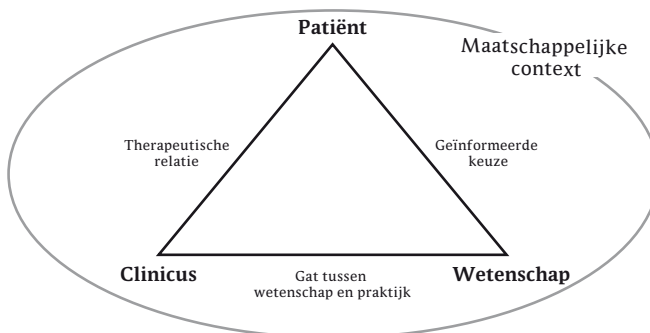
Leuk onderzoekje: noem in een gezelschap van psychologen, orthopedagogen of psychiaters de term *evidence-based practice* (EBP), en er ontspint zich een doorgaans verwarrende en soms zelfs verhitte discussie. Voor veel aanwezigen houdt evidence-based practice kennelijk in dat zij zich naast hun patiëntenzorg ook nog eens ’s avonds met wetenschappelijke literatuur moeten bezighouden en dat zij geacht worden daar overdag iets mee te doen. Alsof ze het al niet druk genoeg hebben! Te pas en te onpas komen we al geruime tijd de kwalificatie ‘evidence-based’ tegen. Men heeft het dan over ‘evidence-based behandelingen’, gebruikt de uitdrukking ‘dat is niet evidence-based’ of doet de verzuchting: ‘We moeten tegenwoordig evidence-based werken.’ Ook woordgrapjes liggen voor het oprapen: ‘Het evidence-beest heeft kuren’ (Lauteslager, 2006). Iedereen lijkt de bijvoeglijke constructie naar believen te definiëren (of sterker nog, *niet* te definiëren), en voor van alles en nog wat te gebruiken of te misbruiken. Laten we eerst eens proberen wat helderheid te scheppen.

Aan het einde van de vorige eeuw raakte de term *evidence based medicine* (EBM) in zwang, die door Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes en Richardson (1996, p. 71) als volgt werd omschreven: ‘*Evidence based medicine is the consci-*

entious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. [...] By best available external clinical evidence we mean clinically relevant research, often from the basic sciences of medicine, but especially from patient centred clinical research into the accuracy and precision of diagnostic tests (including the clinical examination), the power of prognostic markers, and the efficacy and safety of therapeutic, rehabilitative, and preventive regimens.'

Hoewel dit citaat betrekking heeft op een medische context, is duidelijk te zien dat de algemene strekking evenzeer van toepassing is op de geestelijke gezondheidszorg. Enkele andere definities zijn weliswaar korter, maar in essentie gelijkloidend. Het *Oxford Handbook of Psychiatry* (Semple, Smyth, Burns, Darjee, & McIntosh, 2005, p. 104) stelt bijvoorbeeld: 'EBM is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.' Drake (2005, p. 45) beschrijft *evidence based mental health* (EBMH) nog abstracter als een 'systematic approach to helping practitioners apply scientific evidence to decision making at the point of contact with a specific consumer'. EBM, EBMH en EBP worden hiermee gedefinieerd als een optimale afstemming tussen de patiënt, de clinicus en de wetenschap.

In lijn met de bovenvermelde definitie is EBP dus met name een manier van werken of een attitude in de patiëntenzorg. Wanneer men handelt in de geest van EBP, is er sprake van een deskundige clinicus die op de hoogte is van de recentste inzichten over diagnostiek en behandeling van een bepaalde problematiek, en die bij de vakkundige toepassing daarvan rekening houdt met de eigenschappen en wensen van de specifieke patiënt, met als ultiem doel om de best mogelijke zorg te leveren (zie ook: Hermans, Raes, & Orlemans, 2018, pp. 277-279). Figuur 1 geeft die verhouding in een driehoek weer, waarbij de drie partijen ook nog eens worden beïnvloed door de bredere context.



FIGUUR 1 *Drie componenten en de context van evidence-based mental health*

DOMINANTIE VAN DE WETENSCHAP?

.....

66

Allereerst moeten we een ‘kleinigheidje’ rechtzetten. Vaak wordt EBP namelijk vereenzelvigd met het alleen maar (mogen) uitvoeren van behandelingen waarvan positieve resultaten uit degelijk onderzoek beschikbaar zijn. Volgens die opvatting zou iemand die ‘evidence-based werkt’ uitsluitend behandelingen mogen uitvoeren waarvan de werkzaamheid door onderzoeksresultaten wordt ondersteund (zogenaamde *empirically supported treatments*; EST’s). Daarbij ligt vervolgens sterk de nadruk op het gebruik van behandelprotocollen, waarin meer of minder dwingend wordt beschreven wat de inhoud en de vorm van de behandeling dienen te zijn. De kookboekbenadering zou daarmee zijn entree gemaakt hebben in de gezondheidszorg. Hutschemakers en van Nijnatten (2008, p. 1025) stellen bijvoorbeeld dat ‘evidence-based werken’ synoniem werd met het standpunt dat interventies in de zorg gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijk bewijs.

Dit soort opvattingen leidt over het algemeen tot tegenargumenten als dat academisch onderzoek niet relevant is voor de praktijk, dat het gaat om een degeneratie van klinische ervaring en expertise, dat iedere patiënt uniek is en niet in hokjes kan worden geplaatst, of dat EBP een verkapt bezuinigingsmaatregel zou zijn. Dat zijn vaak emotionele en aspecifieke argumenten. Ernstiger is dat het er met de evidentie voor allerhande behandelingen die worden genoemd in de wetenschappelijke literatuur minder rooskleurig voorstaat dan ons lief is. Van maar een klein deel van de interventies is onomstreden dat ze effectief zijn. Zouden we alleen maar behandelingen uitvoeren op basis van degelijk bewijs, dan zou het behandelarsenaal zwaar gedece-meerd worden.

Iets soortgelijks geldt voor het door vele hardliners bepleite gebruik van behandelprotocollen. Keijsers, Vissers, Hutschemakers en Witteman (2010) leggen sterk het accent op empirisch ondersteunde protocollen en bepleiten dat die weliswaar hun nut kunnen hebben, maar niet naar de letter gevolgd moeten worden. Er dient ook aandacht te zijn voor de eigenheden van de patiënt. Ze vatten het mooi samen in de volgende zin (p. 372): ‘Het protocol is niet de behandeling, maar slechts een hulpmiddel om de behandeling uit te voeren.’ Het protocol kan als kader worden gebruikt en worden aangepast aan de individuele patiënt en zijn omstandigheden. Daarnaast zijn protocollen niet altijd volledig op hun effectiviteit onderzocht. Ze bevatten doorgaans elementen die weliswaar plausibel zijn, maar die niet feitelijk zijn onderzocht. *Face validity* is één ding, maar overtuigende evidentie iets heel anders.

Interessant genoeg zien we dat de recente opkomst van *personalized mental health* (gepersonaliseerde psychotherapie; zie Huibers, in dit nummer) tegenwicht beoogt te bieden aan de *one-size-fits-all*-benadering die uit bovenstaande misvattingen over EBP naar voren komt. Dit roept overigens wel de vraag op of *personalized mental health* mogelijk verkeerd opgevat of zelfs misbruikt kan worden. Als het opgevat wordt als het geheel meevaren op het

kompas van de patiënt, is er ongetwijfeld sprake van de door Waller en Turner (2016, 2018; dit nummer) beschreven *therapist drift*. Dan gaat het al snel om een behandelplanpak die niet is gebaseerd op empirische steun. Zoals onder meer Huibers laat zien, is er wel degelijk evidentie te vinden voor behandelroutes die zich richten naar specifieke kenmerken van patiënten.

DE SPAGAAT VAN DE CLINICUS

.....

Dan komen we aan bij de clinicus. Deze brengt deskundigheid, vaardigheden en ervaring in, onder andere met betrekking tot de diagnostiek en de behandeling van de problemen van de patiënt. In zekere zin verkeert de clinicus in een spagaat tussen aan de ene kant wetenschappelijke kennis, en aan de andere kant de individuele problemen en kenmerken van de patiënt. Zoals Tiemens in dit nummer stelt, moet de clinicus balanceren tussen contextualiseren (de patiënt in het oog houden) en decontextualiseren (algemene behandelprincipes in het oog houden). Deze evenwichtsoefening is een uiterst delicaat proces, waarbij nogal eens iets misgaat. Wat te denken van een therapeut die met overtuiging begint aan een exposurebehandeling bij een patiënt met agorafobie. Volgens plan worden de eerste stappen gezet, maar in de loop van de sessies begint de patiënt steeds meer te vertellen over zijn leefomstandigheden en zijn relatieproblemen. De therapeut hoort dat met volle aandacht aan en vraagt erop door. Fastforward: een paar sessies later gaat het niet meer over de agorafobie, maar om allerlei zaken uit het dagelijkse leven van de patiënt die hij erg belangrijk vindt om te noemen. *Et voilà*: therapist drift van de eerste orde. Toegegeven, dit is een eenvoudig voorbeeld, waarin de geoefende therapeut het vermijdingsgedrag van de patiënt zal herkennen. Een effectieve behandeling aanbieden en uitvoeren, en tegelijkertijd de wensen en waarden van de patiënt in het oog houden, is een kunde.

EN DE PATIËNT DAN?

.....

De patiënt staat centraal in de gezondheidszorg. Dat lijkt een enorme open deur, maar de praktijk van alledag doet soms anders vermoeden. Hoe vaak moeten patiënten zich niet schikken naar het behandelplanpak dat toevallig voorhanden is, naar de bekwaamheden van de therapeut, of naar de financiering van de zorg? In het ergste geval wordt de patiënt gereduceerd tot een constellatie van meer of minder heldere diagnoses. Dit doet denken aan een arts-assistent die enthousiast vertelt dat zij tijdens haar dienst een hele interessante 'acute buik' heeft gezien. Ze vergeet dan dat om die buik toevallig ook nog een patiënt zit.

Patiëntgebonden factoren die van grote invloed zijn op de praktijk van de gezondheidszorg zijn uiterst divers. Ze betreffen bijvoorbeeld specifieke kenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, culturele achtergrond), aard van de problemen, en voorkeuren (zoals het doel van de behandeling, de wijze waarop iemand zijn leven wil inrichten, enzovoort). Doorgaans veronachtzaamde factoren als culturele of religieuze waarden kunnen wel degelijk in cognitieve gedragstherapie worden geïncorporeerd. Dit leidt tot een iets grotere behandel-effectiviteit dan wanneer dit niet gebeurt (zie bijvoorbeeld: Anderson et al., 2015; Hall, Ibaraki, Huang, Marti, & Stice, 2016). Maar ook met ogenschijnlijk triviale wensen en verlangens van de patiënt moet in de behandeling rekening worden gehouden. Voorbeelden daarvan zijn de patiënt die lijdt aan een paniekstoornis maar die graag de bruiloft van haar dochter wil meemaken, of de patiënt met schoonmaakdwang die zijn terrarium met gekko's niet wil wegdoen. Ook als de therapeut heel trouw een goed onderbouwd protocol volgt, zal de uitvoering daarvan voor een groot deel in samenspraak met de patiënt tot stand komen. Zorg is in die zin *altijd* gepersonaliseerd.

Overigens genereert de wetenschap ook kennis die voor patiënten van belang kan zijn. Patiënten vragen steeds vaker om deelgenoot te worden gemaakt van die kennis. Het omvangrijke lezerspubliek van populaire psychologische tijdschriften als *Psychologie Magazine* is daarvan een duidelijke indicator. De kennis die de patiënt daarin opdoet, kan een rol spelen bij zijn voorkeur voor een bepaald soort behandeling ('Ik wil graag mindfulness doen').

Hierbij aanhakend is het niet gek om te bepleiten dat de therapeut de patiënt goed informeert en bijpraat over de zin en onzin van behandelingen voor zijn problemen. Onder meer daardoor krijgt het proces van *shared decision making* gestalte. Uit onderzoek (Joosten et al., 2008; Shay & Lafata, 2015) komt naar voren dat een goed geïnformeerde patiënt die goed begrijpt wat de behandeling behelst een betere prognose heeft.

DE KLOOF TUSSEN PRAKTIJK EN WETENSCHAP

.....

Van de wederkerigheden tussen de drie partijen patiënt, clinicus en wetenschap lichten we die tussen wetenschap en praktijk eruit. Idealiter draagt de wetenschap ertoe bij om richting te geven aan het klinische handelen; tegelijkertijd roept de klinische praktijk vraagstukken op die wetenschappelijk onderzocht dienen te worden. Dat onderzoek kan betrekking hebben op behandelmogelijkheden voor bijvoorbeeld complexe problematiek, maar ook op psychopathologische mechanismen die het begrip van psychopathologie kunnen vergroten.

Opmerkelijk is echter de centrale positie die 'de wetenschap' inneemt in het vaak slordige discours over 'evidence-based' zorg. Het lijkt er vaak op dat

wetenschappelijk onderzoek dicteert wat er in de praktijk zou moeten gebeuren en dat er daarmee sprake is van eenrichtingsverkeer. Los daarvan vinden veel onderzoeksresultaten niet of pas laat hun weg naar de praktijk van de gezondheidszorg. Dit gat tussen wetenschap en praktijk is werkelijk een reden tot zorg. Hoewel de complexe discussie hieromtrent de bedoeling van deze bijdrage overstijgt, willen we het volgende punt wel onder de aandacht brengen.

Een te weinig belicht aspect is namelijk de toegankelijkheid van wetenschappelijke kennis voor mensen die in de praktijk werken. Greenhalgh, Howick en Maskrey (2014) bepleiten bijvoorbeeld dat de toegankelijkheid van wetenschappelijke kennis voor professionals in de praktijk sterk verbeterd dient te worden. Ondanks allerhande tips en trucs die praktijkmensen aangeleerd krijgen om zelf literatuur op te zoeken en op haar merites te beoordelen, valt redelijkerwijs niet te verwachten dat zij die aanmoediging braaf zullen opvolgen. Er wordt domweg te veel gepubliceerd, er is te weinig of zelfs geen tijd voor raadpleging beschikbaar, en het vereist een behoorlijke dosis kennis en vaardigheden om wetenschappelijke literatuur te doorvorsen. Efficiënter zou het zijn als wetenschappers naar aanleiding van vragen uit het veld toegankelijke overzichtsartikelen gingen schrijven, bij voorkeur samen met collega's uit de praktijk. Nu zult u ongetwijfeld kunnen tegenwerpen dat er toch richtlijnen en zorgstandaarden zijn. Echter, wanneer u die leest, zult u merken dat het om een verdunde vorm van wetenschappelijke rapportage gaat. In de uiteindelijke aanbevelingen die beide typen documenten doen, spelen namelijk ook politieke, financiële, hobbyistische en andere factoren een rol. In richtlijnen en zorgstandaarden zijn de wetenschappelijke resultaten te veel ingebed in een context van bedoelingen van de werkgroepen.

BREDERE CONTEXT

.....

Naast bovengenoemde drie partijen is het ook nuttig om te realiseren dat er factoren op macroniveau zijn die een grote invloed doen gelden. Te denken valt aan maatschappelijke, economische en culturele invloeden die inwerken op elk van de drie partijen in het gepresenteerde schema. Denk bijvoorbeeld aan hoeveel de zorgverzekering vergoedt voor de behandeling van bepaalde aandoeningen. Zo kan het verdwijnen van de diagnose 'aanpassingsstoornis' uit de verzekerde zorg mogelijk hebben geleid tot een toename van de diagnose 'depressieve stoornis'. Wanneer patiënten geen arbeidsongeschiktheidsuitkering meer krijgen vanwege specifieke omstandigheden, zal dat op macroniveau hun hulpzoekgedrag beïnvloeden. Het zal duidelijk zijn dat alle partijen gebonden zijn aan zaken als wet- en regelgeving, financiering, en politieke machtsverhoudingen. Wat er gefinancierd wordt (vanuit de overheid en de ziektekostenverzekeraars) en wat de samenleving belangrijke waarden vindt ('iedereen moet werken') bepaalt voor een deel de

vraag van de patiënt, de behandelmogelijkheden van de clinicus en de focus van wetenschappelijk onderzoek. In de spreekkamer klinken die effecten (soms) door; in behandelonderzoek niet of nauwelijks.

TEN SLOTTE

.....

Wanneer men naar de geest van EBP wil handelen, ligt de lat een stuk hoger dan nu vaak het geval is. Uit het bovenstaande komt naar voren dat EBP heel wat eist van de praktiserende clinicus, namelijk actuele kennis van de behandelmogelijkheden, de achtergronden en de effectiviteit daarvan, en de vaardigheden en het vermogen om die behandelmogelijkheden op de concrete patiënt af te stemmen. De EBP-professional is dus een expert, die zich baseert op wetenschappelijke kennis, die weet wanneer hij daarvan gebruik kan maken, maar die ook weet wanneer hij ervan af moet wijken. Daarbij maakt hij gebruik van zijn eigen klinische expertise en van de inbreng van zijn patiënten.

Theo K. Bouman is als adjunct-hoogleraar verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen.

Filip Raes is als hoogleraar verbonden aan het Centre for the Psychology of Learning and Experimental Psychopathology van de KU Leuven.

Kim de Jong is als universitair docent verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden.

Correspondentieadres: T.K. Bouman, Afdeling Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Grote Kruisstraat 2, 9712 TS Groningen. E-mail: t.k.bouman@rug.nl

Summary *Evidence-based practice. The relation between clinician, patient and science*

The qualification 'evidence based' has become increasingly important in health care in recent decades. In this article we will discuss the misconceptions and the definition of evidence-based practice. In particular, the role of scientific knowledge in health care is discussed, as well as its influence on the relationship between clinician and patient.

Keywords *evidence-based practice, science-to-practice gap, personalized mental health, therapist drift*

Literatuur

Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J., & McMillan, D. (2015). Faith-adapted

psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 176, 183-196.

- Drake, R. E. (2005). The principles of evidence-based mental health treatment. In R. E. Drake, M. R. Merrens, & D. W. Lynde (Eds.), *Evidence-based mental health practice*. New York, NY: Norton.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, *348*, g3725.
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, *47*, 993-1014.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (7de herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hutschemakers, G. J. M., & van Nijnatten, C. (2008). De scientist-practitioner en evidence-based practice. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *63*, 1025-1032.
- Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*, 219-226.
- Keijsers, G. P. J., Vissers, W., Hutschemakers, G. J. M., & Witteman, C. L. M. (2010). Empirisch ondersteunde psychologische behandelingen: Moeten we dat nu wel doen? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *65*, 364-376.
- Lauteslager, M. (2006). Het evidence-beest heeft kuren: Gebruik en misbruik van EBP, RCT- en EST-methodologie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *32*, 347-366.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, *312*, 71.
- Semple, D., Smyth, R., Burns, J., Darjee, R., & McIntosh, A. (2005). *Oxford handbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, *35*, 114-131.
- 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.