

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

Hoe evidence-based werken cognitief gedragstherapeuten in de praktijk?

Resultaten van een enquête

ANJA GREEVEN & NIENKE VAN SAMBEEK

Samenvatting

In dit artikel beschrijven we de uitkomsten van een verkennende enquête naar *evidence-based practice* onder 865 Vlaamse en Nederlandse cognitief gedragstherapeuten. Hieruit komt naar voren dat een meerderheid van de respondenten aangeeft meestal evidence-based behandelingen in te zetten. Dit betekent niet altijd dat zij protocollen naar de letter volgen. Slechts 3% werkt volledig volgens protocol. Cliëntfactoren worden het meeste genoemd als reden om van het protocol af te wijken. Tevens lijken respondenten wat betreft de effectiviteit van de behandeling het belang van de werkrelatie hoger in te schatten dan een nauwgezette uitvoering van het protocol.

Trefwoorden: evidence-based practice, protocollair werken, cognitief gedrags-therapeuten, therapeutische dwaling

INLEIDING

Evidence-based practice (EBP) vraagt veel van therapeuten. De Presidential Task Force van de APA (2006) geeft dan ook een uitgebreide beschrijving van de verschillende vaardigheden die therapeuten tot hun beschikking moeten hebben om evidence-based te kunnen behandelen. Zo moeten zij in staat zijn om de behandelingen met de meeste evidentie op maat aan te bieden aan hun cliënten. Technische vaardigheden, zoals het opstellen van een casusconceptualisatie met aandacht voor de persoonlijkheid, veranderingsbereidheid, levensfase, persoonlijke voorkeuren en sociaal-culturele context van de cliënt zijn hierbij van belang. Verder zijn de vaardigheid om concrete

en haalbare behandelplannen op te stellen, en om herhaalde metingen uit te voeren teneinde de effectiviteit van de behandeling te toetsen onmisbaar bij het opzetten en evalueren van het behandeltraject (zie ook: Hermans, Raes, & Orlemans, 2018, pp. 277-279). Daarnaast dienen therapeuten over interpersoonlijke vaardigheden te beschikken die hen in staat stellen om een therapeutische relatie aan te gaan, kritisch op zichzelf te reflecteren en zich bewust te zijn van factoren die hun klinische oordeel kunnen vertroebelen. Tot slot zijn wetenschappelijke vaardigheden van belang om de vakliteratuur, waarin recente ontwikkelingen worden beschreven, bij te houden en toe te passen.

Technische, interpersoonlijke en wetenschappelijke vaardigheden moeten dus gecombineerd worden om de algemene kennis en resultaten vanuit wetenschappelijk onderzoek te vertalen naar de individuele cliënt in de spreekkamer, om zo optimale zorg op maat te kunnen verlenen (APA Presidential Task Force, 2006). Daarbij krijgen therapeuten ook tegenstrijdige signalen: aan de ene kant roepen onderzoekers op om bewezen effectieve protocollen zo getrouw mogelijk te volgen en vooral niet te gaan 'dwalen', anderzijds moeten therapeuten gepersonaliseerde zorg bieden, terwijl het onderzoek hiernaar nog in de kinderschoenen staat.

In dit themanummer beschrijven wetenschappers vanuit verschillende invalshoeken hun ideeën over hoe EBP kan worden vormgegeven, en hoe een brug geslagen kan worden tussen de wetenschappelijke wereld en de klinische praktijk. Om te voorkomen dat EBP eenzijdig vanuit de visie van wetenschappers wordt belicht, hebben we ervoor gekozen therapeuten ook te vragen naar hun ervaringen en expertise met EBP. We hebben in het najaar van 2017 een korte verkennende enquête van dertien vragen uitgezet onder Nederlandse en Vlaamse cognitief gedragstherapeuten, met als belangrijkste onderwerpen welke componenten volgens hen bijdragen aan een effectieve behandeling, hoe vaak zij een evidence-based behandeling hebben ingezet, hoe vaak zij protocollen volgen en wat volgens hen redenen zijn om van een protocol af te wijken.

RESULTATEN

.....

Alle leden van de Nederlandse Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGct) en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVGt) hebben een persoonlijke mailing ontvangen met een link naar de online-enquête. Uiteindelijk hebben 865 mensen deelgenomen, onder wie 734 leden van de VGct (13% van de 5584 leden) en 90 leden van de VVGt (15% van de 612 leden).

Het merendeel was vrouw (78%), met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar ($SD = 11,8$). Het grootste deel van de respondenten was werkzaam bij een instelling (67%) en is gz-psycholoog (42%) van beroep. Gemiddeld hadden res-

pondenten 16 jaar ervaring ($SD = 10,1$). Respondenten werkten het meest met cliënten met angststoornissen (25%), stemmingsstoornissen (22%), PTSS (17%) en persoonlijkheidsproblematiek (16%).

Effectiviteit van de behandeling

Wij vroegen de respondenten onder meer: 'Wat maakt een behandeling volgens u effectief?' Van de vier antwoordopties was de meeste overeenstemming over het belang van een goede werkrelatie: 96% van de respondenten was het (geheel) eens met de stelling dat een goede werkrelatie de behandeling effectief maakt. Daarnaast was 86% van de respondenten het er (geheel) mee eens dat de motivatie van de cliënt bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling. 68% van de respondenten was het (geheel) eens met de stelling dat een goede uitvoering van het protocol een behandeling effectief maakt. De relatie tussen de ervaring van de therapeut en behandel-effectiviteit was minder eenduidig: 61% van de respondenten is het hier (geheel) mee eens, maar bijna een derde van de therapeuten is het eens noch oneens met deze stelling.

TABEL 1 *Overzicht van antwoorden op de vraag: 'Wat maakt een behandeling effectief?'*

Antwoordoptie	(Geheel) mee oneens % (N)	Niet mee eens/ niet mee oneens % (N)	(Geheel) mee eens % (N)
Goede uitvoering van het protocol	10 (85)	22 (191)	68 (587)
Goede werkrelatie	2 (22)	2 (16)	96 (826)
Gemotiveerde cliënt	4 (33)	10 (86)	86 (745)
Ervaring van de therapeut	10 (88)	29 (249)	61 (526)

Noot. De categorieën 'geheel mee oneens' en 'mee oneens' zijn voor het overzicht samen genomen, evenals de categorieën 'geheel mee eens' en 'mee eens'.

Een deel van de respondenten ($n = 199$) gaf ook aanvullingen op de genoemde opties. De meeste antwoorden hadden betrekking op het leveren van maatwerk, waarbij het belang van het formuleren van een passend verklaringsmodel (door bijvoorbeeld een goede casusconceptualisatie, als uitgangspunt voor het bepalen van heldere en concrete behandel doelen) regelmatig terugkwam:

- ▶ ‘Op basis van de casusconceptualisatie beargumenteerd kunnen afwijken van het protocol indien nodig.’
- ▶ ‘Flexibiliteit en creativiteit om het protocol zo over te brengen en door zo te werken dat het past bij betreffende cliënt.’
- ▶ ‘De behandeling — al dan niet geprotocolleerd — dient aan te sluiten bij (het niveau) van de cliënt en diens draaglast/draagkracht.’



FIGUUR 1 Wordcloud van de gecodeerde antwoorden, naar frequentie weergegeven, op de vraag: 'Wat maakt een behandeling effectief?'

Protocollair werken

Het gebruik van bewezen effectieve behandelingen vormt een belangrijk onderdeel van EBP. Effectief bewezen behandelingen worden veelal vastgelegd in protocollen, met als doel het klinisch werken te systematiseren en te vereenvoudigen. In de klinische praktijk is het echter niet altijd even eenvoudig om een protocol goed te volgen, bijvoorbeeld omdat het profiel van de cliënt niet eenduidig aansluit op de inhoud en de vorm van zo'n behandelprotocol. Die zijn immers vaak onderzocht binnen de context van *randomized controlled trials*, waarbij om de werkzaamheid van de therapie te kunnen evalueren cliënten aan stringente in- en exclusiecriteria moesten voldoen.

De resultaten van de vraag naar hoe vaak therapeuten een protocol volledig volgen, bevestigen het vermoeden van een discrepantie tussen wetenschap en praktijk. Hoewel een ruime meerderheid (64%) aangeeft bij ten minste 60% van hun cliënten een evidence-based behandeling in te zetten, geeft minder dan 3% aan een protocol bij (bijna) alle cliënten volledig te volgen. Een even klein aantal geeft aan het protocol helemaal niet te volgen. Een derde van de respondenten volgt bij een beperkt deel van hun cliënten het protocol volledig (zie tabel 2 voor een beschrijving van de resultaten).

TABEL 2 Overzicht van antwoorden op de vraag: 'Geef een schatting van het percentage cliënten waarbij u een protocol volledig heeft gevolgd zoals beschreven'

Percentage cliënten bij wie respondenten het protocol naar eigen schatting volledig hebben gevolgd (N = 865)	Aantal respondenten dat dit percentage opgaf, in N en percentage
0%-20%	293 (33,6%)
21%-40%	218 (25,0%)
41%-60%	183 (21,0%)
61%-80%	123 (14,1%)
81%-100%	24 (2,8%)
Niet van toepassing, want ik heb geen protocollaire behandelingen gegeven	24 (2,8%)

Een vervolgvraag betrof de geschatte duur van de gemiddelde CGT-behandeling. 54% gaf aan dat hun CGT-behandelingen tussen de tien en twintig sessies in beslag namen, terwijl 32% van de respondenten aangaf meer dan twintig sessies te benutten voor CGT.

Een interessante vervolgvraag is dan natuurlijk *waarom* therapeuten afwijken van een protocol. Wij stelden een aantal antwoordopties op, die onder andere uit onderzoek naar *therapist drift* naar voren zijn gekomen (Waller, 2016, 2018). We lieten de respondenten beoordelen hoe vaak die opties redenen voor hen waren om af te wijken van een protocol (zie tabel 3).

Cliëntfactoren speelden een belangrijke rol bij de afweging om van een protocol af te wijken. Zo rapporteerde 42% van de respondenten dat het 'geregeld' en 18% dat het 'heel vaak' voorkwam dat het protocol onvoldoende aansloot bij de hulpvraag van de cliënt. Verder rapporteerde 33% dat het 'geregeld' en 22% dat het 'heel vaak' voorkwam dat de problematiek te complex was voor een protocollaire behandeling. Ook acute klachten staan protocollair behandelen in de perceptie van de respondenten 'geregeld' in de weg (30%). Protocolonderdelen te belastend vinden voor de cliënt bleek een minder herkenbare reden voor therapeuten om van het protocol af te wijken. Slechts 10% gaf aan dat dit 'geregeld' voorkwam. Therapeutfactoren speelden volgens de respondenten een ondergeschikte rol bij behandelinhoudelijke besluitvorming om het protocol niet volledig te volgen. 20% gaf aan 'geregeld' eigen inzicht te laten prevaleren boven de boeken, en een kleine minderheid (4%) gaf aan zich 'geregeld' niet bekwaam te voelen om protocolonderdelen uit te voeren. Ook niet ondersteund worden door de werkomgeving om protocollair te werken lijkt voor veel cognitief gedragstherapeuten niet van toepassing: voor 62% van de respondenten is dit nooit een reden om

TABEL 3 Meest voorkomende redenen om van een protocol af te wijken

Antwoordoptie	Nooit % (N)	Soms % (N)	Geregeld % (N)	Heel vaak % (N)
Protocol sluit onvoldoende aan bij de unieke hulpvraag van mijn cliënt. (N = 837)	5 (39)	36 (300)	42 (348)	18 (150)
De problematiek van mijn cliënten is te complex om protocollair te behandelen. (N = 835)	8 (69)	37 (310)	33 (274)	22 (182)
Ik word in mijn werkomgeving onvoldoende ondersteund om protocollair te werken. (N = 832)	63 (523)	23 (190)	9 (78)	5 (41)
Ik werk liever op basis van mijn eigen inzicht en ervaring. (N = 835)	23 (188)	54 (450)	19 (158)	5 (39)
Sommige protocolonderdelen zijn te belastend voor mijn cliënten. (N = 835)	40 (335)	49 (406)	10 (80)	1 (10)
Ik voel me niet bekwaam om alle protocolonderdelen uit te voeren. (N = 834)	58 (483)	38 (315)	4 (30)	< 1 (6)
Er spelen bij mijn cliënten vaak acute klachten waar ik tijdens de sessie op moet inspelen. (N = 832)	5 (43)	58 (483)	30 (250)	7 (56)
Het is niet alleen aan mij, want vaak maken cliënten hun opdrachten niet, waardoor de behandeling vastloopt. (N = 828)	11 (89)	67 (557)	19 (160)	3 (22)

af te wijken van een protocol en slechts 5% van de respondenten loopt hier ‘heel vaak’ tegenaan.

Respondenten konden ook zelf redenen opgeven om af te wijken van een protocol. We beperken ons hier tot het bespreken van de drie meest genoemde redenen. Op nummer één staat *tijdgebrek*. Dit wordt met name genoemd door mensen die werkzaam zijn in de basis-ggz: ‘Het protocol is negen van de tien keer langer dan het aantal sessies dat ik in de basis-ggz tot mijn beschikking heb. Ik moet dus wel afwijken en die interventies kiezen die het belangrijkst lijken. Het liefst zou ik volledig protocollair werken.’

Op de tweede plek staat de eerdergenoemde voorkeur van therapeuten om *maatwerk* te leveren, wat twee van de respondenten als volgt samenvatten: ‘Het protocol is een goede basis, maatwerk is effectiever.’ ‘Aansluiting en soepelheid staan voor mij voorop. Sommige mensen kunnen niet uit de voeten met cognities, sommige mensen schrijven nooit, sommige mensen moeten überhaupt nog ontwikkelen dat ze weten wat ze denken en voelen.’ ‘Afwijken van een protocol om maatwerk te leveren gebeurt om verschillende redenen en op verschillende manieren. Comorbiditeit wordt vaak genoemd als reden om meerdere protocollen te combineren. Sommige doelgroepen vragen volgens de respondenten ook om een verlaging van tempo bij de uitvoering van het protocol (bijvoorbeeld bij ouderen, mensen met autisme of mensen met een lager IQ). Daarnaast geven respondenten aan op basis van hun casusconceptualisatie maatwerk te leveren: ‘Uit mijn analyse van de klachten middels BA/FA komt naar voren dat behandelonderdelen moeten worden toegevoegd, of dat bepaalde behandelonderdelen juist geen toegevoegde waarde hebben.’

Op de derde plaats staat het *ontbreken van protocollen*. Niet voor alle doelgroepen zijn goede protocollen beschikbaar. Dit werd vooral genoemd door mensen die werkzaam zijn in de forensische ggz of ziekenhuiszorg, en door therapeuten die werken met mensen met een lichte verstandelijke beperking, met hele jonge of juist met oudere cliënten.

DISCUSSIE

.....

Met behulp van een korte verkennende enquête onder Nederlandse en Vlaamse cognitief gedragstherapeuten (N = 865) hebben wij een poging gedaan om te inventariseren in hoeverre volgens EBP wordt gewerkt in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening.

Wat waren de meest in het oog springende resultaten? Ten eerste valt op dat hoewel de meerderheid van de respondenten een evidence-based behandeling inzet, een zeer kleine minderheid van hen (3%) een protocol volledig volgt. Cliëntfactoren, zoals een protocol dat onvoldoende aansluit op de hulpvraag en de complexiteit van de klachten, zijn de meest genoemde redenen voor een dergelijk besluit. Daarnaast duurt de gemiddelde behandeling van de respondenten ook langer dan in de meeste protocollenboeken beschreven

staat, namelijk uit meer dan twintig sessies. Een tweede opvallend resultaat is dat cognitief gedragstherapeuten het belang van de werkrelatie voor de effectiviteit van de behandeling hoger lijken in te schatten dan die van een nauwgezette uitvoering van het protocol.

Hoe kunnen we deze resultaten duiden? In ieder geval kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de respondenten tot op zekere hoogte lijken te werken volgens de principes van evidence-based practice. Op hun effectiviteit onderzochte methodieken worden immers op maat aangeboden, en wel door rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden en de kenmerken van de individuele cliënt. Ook wordt bevestigd dat EBP en protocollair werken twee verschillende praktijken zijn. Wat betreft dat laatste ligt het gevaar van *therapist drift* op de loer, want in hoeverre is complexe problematiek altijd een valide reden om van een protocol af te wijken? Onderzoek heeft immers uitgewezen dat ook in het geval van ernstige en complexe comorbiditeit, zoals in het geval van een psychotische stoornis, een traumabehandeling veilig en effectief kan worden uitgevoerd (van den Berg et al., 2015). Ook in het geval van comorbide alcoholafhankelijkheid kan een succesvolle protocollaire behandeling voor angststoornissen worden ingezet (Schade et al., 2005). Toch is het bij EBP van groot belang dat therapeuten zelf blijven nadenken, gebruikmaken van gedragsanalyses en creatief inspelen op unieke situaties, zo lang ze de werkzame principes van een behandeling maar kennen en gebruiken. Een relevante vraag voor onderzoek zou zijn *hoe* therapeuten afwijken van een protocol en hoe dat de werkzaamheid van hun behandeling verandert.

De uitkomsten kunnen ook geïnterpreteerd worden als een ontkrachting van het vooroordeel dat cognitief gedragstherapeuten louter op afstandelijke wijze een protocol afwerken, zonder aandacht te besteden aan het opbouwen van een relatie met de persoon voor hen. Een kanttekening uit wetenschappelijk onderzoek is wel dat het belang van de therapeutische relatie regelmatig wordt overschat en dat zij zelfs negatieve bijeffecten kan hebben. De therapeut kan geneigd zijn om zelf (bijvoorbeeld in het geval van angstproblematiek) veiligheidzoekend gedrag te vertonen, waardoor er minder of geen exposureoefeningen uitgevoerd worden, of de kwaliteit van de oefeningen achterblijft, resulterend in een teleurstellend effect (Waller & Turner, 2016, 2018).

Uiteraard dienen de resultaten met de grootst mogelijke voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Zo vulde slechts een klein percentage van de Nederlandse (13%) en de Vlaamse (15%) geregistreerde gedragstherapeuten de enquête in. Hoewel we uiteindelijk een omvangrijke steekproef tot onze beschikking hadden, is onduidelijk in hoeverre deze selectie een goede representatie geeft van de totale groep. We hebben geprobeerd het concept 'EBP' te vangen met behulp van een niet-gevalideerde vragenlijst onder een heterogene groep hulpverleners, die werken met verschillende cliëntenpopulaties. Wij realiseren ons terdege dat we het brede concept 'evidence-based practice'

smal hebben geoperationaliseerd door ons vooral te richten op de mate van protocollair werken. Onze beschrijving van de resultaten kan de suggestie wekken dat het rücksichtslos volgen van protocollen de impliciete norm is, wat niet de primaire boodschap is die we willen uitdragen. Immers, juist op de persoon en de context toegespitste empirisch ondersteunde methodieken vormen het hart van EPB. Desondanks hopen we dat de uitkomsten aanzetten tot reflectie.

Anja Greeven werkt als cognitief gedragstherapeut en senior onderzoeker aan de afdeling angststoornissen van PsyQ in Den Haag. Tevens is zij als docent verbonden aan de Universiteit Leiden en is zij specialismeleader angststoornissen van PsyQ.

Nienke van Sambeek is gz-psycholoog en medisch antropoloog. Zij is werkzaam als projectmedewerker kennis en ROM bij de VGCT.

Correspondentieadres: N.vansambeek@vgct.nl

Summary *How evidence based is the practice of cognitive-behavioral therapist? Results of a survey*

In this article we summarize the findings of an explorative survey on evidence-based practice. Respondents were 865 Flemish and Dutch cognitive behavioral therapists. A majority of the respondents reported to apply evidence-based treatments regularly. This doesn't imply that they follow the protocol completely. On the contrary: only 3% of the respondents reported to adhere strictly to the treatment protocol. According to the respondents, patient characteristics are the most important motivation to deviate from the protocol. The respondents also seemed to value therapeutic alliance over protocol-compliance as a factor associated with treatment effectiveness.

Keywords *evidence-based practice, protocol compliance, cognitive behavioral therapist, therapist drift*

Literatuur

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (7de herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schade, A., Marquenie, L. A., van Balkom, A., Koeter, M. W. J., de Beurs, E., van den Brink, W., & van Dyck, R. (2005). The effectiveness of anxiety treat-

ment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: A randomized controlled trial. *Alcoholism — Clinical and Experimental Research*, 29, 794-800.

van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized

- clinical trial. *Jama Psychiatry*, 72, 259-267.
- 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.