



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

MARC VERBRAAK

Illusies van de psycholoog

Gezondheidszorgpsychologie in tijden van doelmatigheid

Het gaat goed met de gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog). Veertien jaar na de ‘geboorte’ van dit beroep in 1998 telt het BIG-register 14.350 gz-psychologen. Ter vergelijking: het officiële aantal artsen in Nederland bedraagt weliswaar 74.333, maar van hen zijn er 3.220 psychiater (cijfers: www.bigregister.nl/overbigregister/cijfers, april 2012). De gz-psycholoog is een professional die meetelt in de gezondheidszorg. Maar maakt de gz-psycholoog de verwachtingen in de praktijk ook waar? Wat in deze tijd in de gezondheidszorg immers erg belangrijk wordt gevonden, is dat de best mogelijke zorg tegen aanvaardbare kosten wordt geleverd. Juist gz-psychologen kunnen vanuit hun academische achtergrond, hierin een bijzondere positie innemen. Doelmatigheid van de zorg voor patiënten met psychische aandoeningen, inhoudelijk aangestuurd en vormgegeven door het inzetten van standaarden uit wetenschappelijk onderzoek en in onderwijs, is het uitgangspunt van psychologische interventies. En het thema van deze oratie.

Veel van wat en hoe we doen, veel van de regels, standaarden en gebruiken die we hanteren in ons werk, en die we overbrengen in opleidingen, zijn nog steeds vaak meer conventies en ervaringen dan dat ze gebaseerd zijn op wetenschappelijke kennis. Daarmee zijn ze niet per se verkeerd, maar het is wel goed ons hiervan bewust te zijn.

Zo vond je, alweer jaren geleden, standaard in de kamer van een behandelaar een ‘therapeutisch zitje’. Twee stoelen, opgesteld in een hoek van negentig graden. Bij voorkeur lage, vaak ongemakkelijke stoelen, waarin je vanzelf diep onderuitgezakt zat. Met een lage tafel ertussen. Ik verbaasde me daarover. Het leek me zo onhandig als je bijvoorbeeld aantekeningen moest maken. In de postacademische beroepsopleiding tot klinisch psycholoog werd me geleerd dat een dergelijke opstelling een belangrijke voorwaarde is voor het goed kunnen uitvoeren van psychotherapie. De psycholoog dient in deze opstelling de zogenaamde ‘koetsierszit’ aan te nemen (Stroeken, 1988). Enigszins voorovergebogen,

zoals de koetsier op de bok. Daarmee neemt de psycholoog of psychotherapeut een open en uitnodigende houding aan. Hij kan de patiënt ook goed observeren. Deze opstelling en houding doen ook het lichaam spreken. Non-verbale communicatie. Als ik aangaf de voorkeur te geven aan het zitten achter een bureau, met de patiënt ervoor, werd ik enigszins meewarig aangekeken. Zo kun je toch geen echte en goede behandeling, met name psychotherapie, doen. Maar op mijn vraag of er ook wetenschappelijk onderzoek is dat aantoonde dat deze opstelling direct bijdraagt aan het effect van de therapie, had men geen antwoord. Ook jaren later niet. Er bestaat geen vergelijkend onderzoek naar het effect van psychotherapie uitgevoerd vanachter het bureau of vanuit een lage stoel.

De klinische praktijk van de gezondheidszorg, waar klinische ervaring en wetenschappelijke kennis bij elkaar komen en elkaar versterken, is weerbarstig.

DE TOEPASSING VAN BEHANDELRICHTLIJNEN EN EVIDENCE-BASED INTERVENTIES

Neem nou een van de belangrijke ontwikkelingen van de afgelopen tien jaren binnen de geestelijke gezondheidszorg: die van de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor een groot aantal psychische aandoeningen (zie www.ggzrichtlijnen.nl voor de verschillende stoornisspecifieke multidisciplinaire richtlijnen die vanaf 2003 in Nederland zijn verschenen). Deze richtlijnen geven adviezen over wat na vaststelling van de aandoening, en eventuele eerdere behandeling daarvan, de aangewezen behandeling of interventie is. Deze adviezen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op wat we weten over de effectiviteit van dergelijke interventies. Daarmee passen deze richtlijnen in de gezondheidszorgbenadering van het zogenaamde *evidence-based* werken. Onder *evidence-based* werken wordt verstaan het beslissingen nemen voor individuele patiënten op basis van het op dat moment beste bewijsmateriaal in combinatie met de individuele klinische expertise. Hierin spelen overigens de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt bij de besluitvorming een expliciete en centrale rol (Offringa, Assendelft & Scholten, 2000). Richtlijnen ondersteunen de besluitvorming van patiënt en therapeut.

Bijzonder verheugend voor psychologen is dat in de meeste richtlijnen psychotherapie of psychologische behandelingen een prominente plaats innemen. Van de ongeveer driehonderd psychi-

sche aandoeningen die we kennen in het meest gebruikte classificatiesysteem binnen de geestelijke gezondheidszorg, de DSM-IV, bestaat er voor weliswaar maar zo'n veertig een wetenschappelijk goed onderzochte en gestandaardiseerde psychologische behandeling (Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2011). Maar deze veertig aandoeningen zijn wel de meest voorkomende. Met andere woorden, we kunnen hiermee zo'n zeventig procent van de volwassen patiënten binnen de ggz behandelen (GGZ Nederland, 2010). Veel van deze geadviseerde psychologische behandelingen zijn ook nog eens redelijk goed omschreven, specifieke en goed te standaardiseren interventies. Een psycholoog kan zich met de juiste training en opleiding prima bekwamen in deze interventies om ze vervolgens vakbekwaam te gaan toepassen. We vinden als psychologen de wetenschap dus aan onze zijde.

Toch ervaren veel psychologen de richtlijnen en het klachtgericht evidence-based werken niet als een zegen, maar als iets wat van bovenaf wordt opgelegd. Als een beperking van hun vrijheid, van hun professionele autonomie en integriteit (zie bijvoorbeeld Addis & Cardemil, 2005; Rokx, 2011). In de praktijk lijken de richtlijnen onder de psychologen dan ook nog weinig echte navolging te vinden.

¶ De mate waarin volgens standaarden gewerkt wordt

Onderzoek van het Trimbos-instituut uit 2009 illustreert dit. Hoewel 91% van de ondervraagde hulpverleners aangeeft op de hoogte te zijn van het bestaan van richtlijnen, zegt slechts 28% de richtlijnen daadwerkelijk toe te passen (Sinnema, Franx & Van 't Land, 2009). Ook de specifieke interventies die bewezen effectief zijn bij specifieke psychische aandoeningen worden weinig toegepast in de praktijk. Zo komt Van Dijk in een voorstudie — in voorbereiding op de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen binnen een ambulante behandelteam Angststoornissen van een ggz-instelling — op basis van een dossieronderzoek onder 150 patiënten met een angststoornis tot de volgende bevindingen: er wordt slechts in 17% van de daartoe geëigende gevallen *exposure* toegepast; er worden in ongeveer 15% van de gevallen state of the art verbaal-cognitieve interventies toegepast (Van Dijk, Verbraak, Oosterbaan & Van Balkom, in revisie).

Hoewel bovenstaande constatering van recente datum zijn, zijn ze niet nieuw en ook niet specifiek voor Nederland. Al langer wordt geconstateerd dat evidence-based psychologische interventies slechts in beperkte mate worden toegepast. Minder dan 20% van de patiënten met een angststoornis blijkt cognitieve gedragstherapie, de behandeling van voorkeur, te krijgen (Goisman, Warshaw & Keller, 1999). Als u bedenkt dat per jaar 10% van de

Nederlandse bevolking last heeft van een angststoornis, ruim 1,6 miljoen mensen, en 22,2% daarvan professionele hulp in de geestelijke gezondheidszorg zoekt, zo'n 370.000 mensen (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010), dan betekent dat dat per jaar in Nederland 296.000 mensen met een angststoornis niet de psychologische behandeling van voorkeur krijgen die ze verdienen. De vraag die opkomt, is hoe dat kan.

¶ Verklaringen waarom standaarden onvoldoende toegepast worden

Eén verklaring voor dit soort percentages zou onvoldoende scholing van psychologen in dergelijke technieken kunnen zijn (Collins, Westra, Dozois & Burns, 2004). Maar ook psychologen die opgeleid zijn in, en gebruikmaken van, cognitieve gedragstherapie, blijken heel specifieke en effectieve interventies weinig toe te passen. Zo blijkt dat interoceptieve exposure minder vaak wordt toegepast bij patiënten met een paniekstoornis dan meditatie en zelfhypnose. Bij de sociale angststoornis wordt meer gebruikgemaakt van ademhalings- en ontspanningsoefeningen dan van veel werkzaamere exposuretechnieken. Ook bij de dwangstoornis worden ademhalings- en ontspanningsoefeningen als therapie net zo vaak toegepast als exposure en responspreventie (Freiheit, Vye, Swan & Cady, 2004). Interessante onderzoeksvragen die dit oproept, zijn wanneer de scholing voldoende is en hoe deze scholing het beste kan plaatsvinden (Shafran et al., 2009). Het beschikbaar stellen van behandelprotocollen voor professionals in de praktijk, en het trainen van het gebruik ervan in de gz-opleiding, zijn in ieder geval belangrijke stappen.

Als onvoldoende scholing in de evidence-based behandeltechnieken nog geen afdoende verklaring is, dan zou een mogelijk aanvullende verklaring de volgende kunnen zijn: onvoldoende druk op de professional om verantwoording af te leggen over de gekozen interventies (Collins et al., 2004). Zolang er geen ongelukken gebeuren, staat het de psycholoog immers redelijk vrij om zelf zijn keuzes te maken in wat hij aanbiedt aan behandeling. Pas als het misgaat, en hij zich moet verantwoorden voor het tuchtcollege, wordt als toets bekeken in hoeverre hij zich aan de professionele standaarden, onder andere de behandelrichtlijnen, heeft gehouden (Heinen & Hubben, 2011). Tot die tijd heeft de psycholoog de vrijheid zich te laten leiden door een argument als dat de patiënten in het gecontroleerde wetenschappelijke onderzoek niet overeenkomen met patiënten uit de 'echte' dagelijkse praktijk; de laatsten zouden complexer, zieker en heterogener zijn (Persons & Silberschatz, 1998). Is dit een echt argument of een illusie?

Veel van de redenen om van de evidence-based behandeling af te wijken, zo is mijn stelling, hebben te maken met een viertal illusies.

Ik wil deze illusies hier een voor een bespreken en ontmaskeren. De eerste betreft de illusie dat bewezen effectieve behandelingen, zoals beschreven in behandelrichtlijnen, een beperkte betekenis hebben voor de klinische praktijk. De tweede betreft de illusie dat de methode of interventie nauwelijks iets bijdraagt aan de werkzaamheid van de behandeling. De derde betreft de illusie dat met een gestandaardiseerde behandeling het behandelen van ernstigere problematiek met meer comorbiditeit niet goed mogelijk is. En de vierde, en laatste, betreft de illusie dat er niet veel meer te verbeteren valt aan de kwaliteit van de psycholoog als professional in de zorg.

ILLUSIE 1: BEPERKTE BETEKENIS VAN EVIDENTIE VOOR DE KLINISCHE PRAKTIJK

¶ *Echte patiënten passen niet in de standaard*

In de onderzoektrials waar de evidence-based behandelingen uit voortgekomen zijn, wordt gewerkt met zogenaamde 'inclusie- en exclusiecriteria'. Er is dus sprake van patiëntselectie (Westen 2005; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Vanuit een methodologisch oogpunt zijn deze criteria vooral bedoeld om de te onderzoeken populatie duidelijk te omschrijven. In de regel is het inclusie criterium de primaire DSM-classificatie waarop de te evalueren behandeling is toegesneden. Het exclusie criterium in dit type onderzoek is bijna altijd ernstige psychopathologie in de vorm van acute suïcidaliteit, een psychotische stoornis, een organisch syndroom of middelafhankelijkheid (Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2004), klachten waarop ook in de dagelijkse klinische praktijk wordt gereageerd met een ander hulpaanbod. De veronderstelling is dat alleen patiënten met relatief milde en ongecompliceerde klachten in onderzoek worden geïncludeerd. Echter, systematisch onderzoek als toets voor deze veronderstelling laat juist een grote overeenkomst zien tussen patiënten die behandeld worden in onderzoektrials en patiënten in de dagelijkse klinische praktijk. Sterker nog, patiënten in de dagelijkse klinische praktijk blijken er in de regel minder ernstig aan toe te zijn dan die in wetenschappelijk onderzoek (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Brody, 2003; Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Rothman 2005).

Maar dit doet de illusie niet verdwijnen. De 'echte' dagelijkse praktijk zou de onderzoeksuitkomsten in effectiviteit niet kunnen benaderen (Westen, 2005). Ook dit is een stelling die empirisch te verwerpen is. Bekend is inmiddels dat toepassing van evidence-based behandelingen in de dagelijkse praktijk tot resultaten leidt die vergelijkbaar zijn met die uit de 'streng' gecontroleerde onderzoektrials (Addis & Cardemil, 2005; Shafran et al., 2009; Öst, 2011).

Evidence-based behandelingen in de praktijk doorstaan de 'benchmark' met de resultaten uit de gecontroleerde onderzoekstrials. Zo onderzochten wij een aantal jaren geleden de effecten van het toepassen van evidence-based protocollaire behandelingen in de klinische praktijk bij patiënten met een angststoornis, depressieve stoornis of een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out; Verbraak, Warner, De Roij & Hoogduin, 2006). Omgerekend naar pre-post effect sizes, een statistische maat voor de grootte van het behandel-effect, vonden we een groot effect van 1.36. Dit effect, zo bleek in ons onderzoek, bleef acht tot veertien maanden na de behandeling nog steeds gehandhaafd. Deze effectscores vallen binnen de range van 1.0 en 3.0 van de pre-post effect sizes die typisch gevonden worden voor de evidence-based behandelingen (Keijsers et al., 2011).

¶ De standaard bestaat niet

Tegelijkertijd mogen we vaststellen dat deze effect sizes van deze stoornisspecifieke evidence-based behandelingen aanzienlijk hoger zijn dan de gemiddelde effectscore van 0.85 die voor het algemene effect van psychotherapie naar voren is gekomen in grote meta-analyses uit de jaren tachtig van de vorige eeuw (Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980). Deze uitkomst van die meta-analyses leidde toen nog tot de conclusie dat de uitkomsten van de verschillende therapiestromingen — ieder met hun eigen, belangrijk veronderstelde, interventies — elkaar niet echt ontlopen. Met andere woorden, dat ze allemaal even goed zijn. Deze conclusie is bekend geworden als het zogenaamde *Dodo-bird-verdict*, naar een citaat uit het boek van Lewis Carrolls *Alice in Wonderland*, waarin de vogel Dodo als scheidsrechter van een wat uit de hand gelopen, want slecht georganiseerde, race tussen verschillende dieren tot het volgende oordeel komt: 'Everybody has won, and all must have prizes' (zie Lambert, Shapiro & Bergin, 1986). Deze conclusie in relatie tot het algemene effect van psychotherapie verdient echter wel enige nuancering. In de meta-analyses die hieraan ten grondslag liggen, werden verschillende problemen en stoornissen, verschillende vormen van therapie, verschillende effectmaten en verschillende na- en follow-upmetingen op een hoop gegooid (Addis & Cardemil, 2005; Ollendick & King, 2005). Dat is net zoiets als verschillende kleuren met elkaar mengen, zoals Diane Chambless dat tijdens 'Tien jaar gz-psycholoog' op 26 juni 2008 in Amsterdam zei. Je krijgt dan uiteindelijk iets grijs-bruinigs, iets onopvallends en algemeen, en zeker geen herkenbare, te onderscheiden, frisse kleur.

¶ Wat er gebeurt als de standaard een kans krijgt

Australische onderzoekers hebben berekend dat wanneer richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg goed gebruikt worden, de kosteneffectiviteit omhooggaat (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry & Lapsley, 2004; Issakidis, Sanderson, Corry, Andrews & Lapsley, 2004). In algemene zin kan over de verschillende psychische aandoeningen heen de effectiviteit bij adequaat richtlijngebruik met vijftig procent toenemen. De zorgkosten zouden bij inzet van behandelingen volgens richtlijnen echter met veertig procent omlaag kunnen gaan bij dezelfde aantallen patiënten die momenteel van de geestelijke gezondheidszorg gebruik (kunnen) maken. De onderzoekers stellen tevens vast dat op dit moment nog veel (potentiële) patiënten helemaal niet bereikt worden. Dat ligt overigens niet per se aan de ggz. Zij vragen gewoon nog niet om behandeling. Dit brengt niet alleen extra lijden van deze patiënten met zich, maar ook hogere maatschappelijke kosten. Als we de zorg meer optimaal zouden kunnen inrichten, namelijk als we alle patiënten die er zijn met evidence-based behandelingen zouden gaan behandelen, dan zal de effectiviteit in vergelijking tot de huidige situatie twee keer zo groot kunnen worden tegen bijna de helft van de huidige kosten per patiënt.

In het eerder aangehaalde onderzoek naar de implementatie van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen binnen de ambulante ggz vinden wij dat 87% van de patiënten in de praktijk in aanmerking komt voor behandeling volgens de richtlijn. Als deze patiënten dan ook echt volgens de richtlijn worden behandeld, vinden we een betere behandeluitkomst. Dit terwijl ze minder behandel sessies nodig hebben en ook nog eens meer tevreden zijn over hun behandeling, in vergelijking tot de patiënten die alsnog niet volgens de richtlijn behandeld worden (Van Dijk, Oosterbaan, Verbraak & Van Balkom, 2012).

De mogelijkheid dat de interventies niet op de patiënt van toepassing zijn op grond van kenmerken van de patiënt of diens problematiek blijkt in onderzoek nergens een steekhoudend argument. In de mate waarin evidence-based interventies worden toegepast speelt de psycholoog vooralsnog een belangrijkere rol dan de patiënt. Een volgende reden om de hulp van werkzame gestandaardiseerde interventies af te slaan, is de even aantrekkelijke als eenvoudige veronderstelling dat het in de behandeling vooral om zaken als de therapeut-patiëntinteractie of therapeutische relatie zou gaan. Een te grote nadruk op de psycholoog die als een vakman zijn interventies als gereedschap inzet, wordt in dat licht gezien als onvoldoende oog hebben voor wat er gebeurt in het therapeutisch contact tussen psycholoog en patiënt.

ILLUSIE 2: GERINGE BIJDRAGE VAN INTERVENTIE AAN WERKZAAMHEID

Als het onderzoek naar factoren die verantwoordelijk zijn voor het effect van psychotherapie wordt samengevat, dan zou volgens sommigen 40% van de therapie-uitkomst worden verklaard door factoren die niet rechtstreeks met de therapie van doen hebben (bijvoorbeeld spontaan herstel); 15% door de verwachting van de patiënt (placebo-effect); 30% door de zogenaamde *common factors* ofwel algemene therapiefactoren (met de therapeutische relatie als belangrijkste component) en slechts 15% door de specifieke therapeutische technieken (zoals weergegeven in behandelprotocollen; zie bijvoorbeeld Lambert & Barley, 2002). De hieruit volgende veronderstelling dat de therapeutische interventies maar beperkt bijdragen aan het uiteindelijke therapieresultaat, geeft voeding aan het idee dat specifieke interventies in het algemeen, en protocollen in het bijzonder, weinig toevoegen aan de praktijk van psychotherapie (zie bijvoorbeeld Duncan & Miller, 2005).

De weergave van deze 'stellige' percentages in deze, in zijn algemeenheid opvallend populaire, samenvatting van bevindingen uit procesonderzoek behoeft enige nuancering. Op de eerste plaats moet bedacht worden dat deze samenvatting een schatting is op basis van de bevindingen uit correlationeel onderzoek en daarmee vooral iets zegt over samenhang, maar niet over oorzaak en gevolg. De waarde die door patiënt of therapeut aan bijvoorbeeld de therapeutische relatie gehecht wordt, kan ook voortkomen uit het therapie-effect in plaats van andersom (Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999). In deze indeling van de relatieve bijdrage van verschillende factoren aan het uiteindelijke therapie-effect wordt uitgegaan van een model dat rechtlijnig optelt tot honderd procent. Dat is aantrekkelijk in zijn eenvoud. Maar de verschillende factoren zouden ook op verschillende en elkaar wederzijds beïnvloedende niveaus met elkaar kunnen samenhangen (*multi-level*; DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005; Beutler & Johannsen, 2005). Patiëntkenmerken, therapeutkenmerken, de toegepaste behandelmethode en de interactie hiertussen kunnen alle als tussenliggende of intermediërende variabelen van invloed zijn op de verklaring voor de gevonden samenhang (DeRubeis et al., 2005).

Op de tweede plaats, hoewel in verschillende studies inderdaad significante correlaties gevonden worden tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en de uitkomsten van psychotherapie, laten andere studies zien dat de omvang van dit effect nu ook weer niet zo groot is (Stevens, Hynan & Allen, 2000; Horvath & Symonds, 1991; Horvarth, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Zo zijn de significante correlaties vaak gebaseerd op allerlei onderzoeken waarin

niet specifiek werd gekeken naar de relatie tussen zaken als stoornisspecifieke interventies, therapeutische relatie en uitkomst van behandeling. Waar onderzoek dat juist wel doet, blijkt de bijdrage van de therapeutische relatie aan het resultaat van de therapie slechts vijf procent te zijn (Martin, Garske & Davis, 2000). Daarnaast blijkt zo langzamerhand dat de gehanteerde behandelmethodes wel degelijk van invloed is op de therapeutische relatie en de behandeluitkomsten (Norcross & Lambert, 2011).

Om nog even terug te komen op het ‘therapeutische zitje’. Het volgende is vast te stellen: in de begintijd van de psychotherapie was de standaard dat de patiënt op de sofa moest gaan liggen, terwijl de psycholoog ‘onzichtbaar’ plaatsnam achter het hoofdeind. Het uitgangspunt van de traditionele psychoanalyse was immers dat dit vrije associatie mogelijk maakte. In latere jaren werd het met veranderende inzichten over psychotherapie dus gebruik om in ‘therapeutische zitjes’ tegenover elkaar plaats te nemen. Hierdoor zou de psycholoog onder andere zowel verbaal als non-verbaal makkelijker zijn empathie voor de patiënt kunnen uitdrukken. De afgelopen jaren is het onder invloed van een meer directieve en evidence-based benadering van psychotherapie geaccepteerd dat psycholoog en patiënt aan een bureau zitten. De psycholoog wil zijn behandelprotocol bij de hand kunnen hebben. En zowel hij als de patiënt wil formulieren kunnen invullen. De nieuwste trend met de intrede van *e-health*-toepassingen is dat de psycholoog in overdrachtelijke zin bij de patiënt thuis aan tafel of op de bank plaatsneemt. De patiënt communiceert thuis op de bank, met de laptop op schoot, met zijn psycholoog. De patiënt doet steeds meer zelf. De psycholoog ondersteunt en legt uit op afstand. Met andere woorden, voor de interactie tussen psycholoog en patiënt maakt het niet zoveel uit of de psycholoog achter, voor of naast zijn patiënt zit. De therapeutische relatie is er steeds. Het belangrijke punt is vooral wat die interactie inhoudt. Hoe ter zake die is.

Een positieve uitkomst van de behandeling, zo blijkt uit recentere en meer omvattende overzichten, waarin ook specifiekere rekening is gehouden met stoornisspecificiteit en specificiteit van interventies, hangt uiteindelijk — naast therapeut-, patiënt- en relatiekenmerken — sterk af van het vermogen van de therapeut om een gestructureerde behandeling aan te bieden en gedurende deze behandeling gericht te blijven op het consequent toepassen van zijn interventies (Castonguay & Beutler, 2006). In deze analyses

wordt ook niet meer gesproken over de procentuele bijdrage van de verschillende kenmerken aan het uiteindelijke therapie-effect, omdat daar eigenlijk niets over te zeggen is. Zelfs vanuit de hoek van de mensen die de gemeenschappelijke therapiefactoren benadrukken, klinkt inmiddels voorzichtig het geluid dat bepaalde, specifieke en grotere effecten van behandeling vooral bij problemen met een grotere ernst toe te schrijven zijn aan cognitieve en gedragsmatige methoden. Bij problemen met een grotere mate van ernst wordt dan verwezen naar paniekstoornis met agorafobie, obsessieve-compulsieve stoornis, boulimia nervosa, spanningshoofdpijn en ernstige depressie (Lambert et al., 2004). Allemaal stoornissen die de gemiddelde psycholoog zeer regelmatig tegenkomt en waarvoor juist evidence-based protocollen beschikbaar zijn.

Tegelijkertijd verdient, voor alle duidelijkheid, de kwaliteit van de therapeutische relatie binnen de behandeling, ook als die gebruikmaakt van evidence-based interventies, uiteraard de aandacht. Het hanteren van de therapeutische relatie kun je leren, trainen. Er zijn gerichte aanwijzingen te geven hoe je deze relatie maximaal hanteert. Het hoort dan ook deel uit te maken van de opleiding van iedere psycholoog (Emmelkamp & Vedel, 2011). Het gaat niet om óf het toepassen van een evidence-based interventie óf het maximaal hanteren van de therapeutische relatie. Het gaat heel duidelijk om én-én. Interessanter en nuttiger is het om te kijken wat er gebeurt als je net zoveel aandacht besteedt aan het toepassen van adequate interventies als aan de therapeutische relatie.

ILLUSIE 3: NIET GESCHIKT VOOR ERNSTIGERE PROBLEMATIEK MET MEER COMORBIDITEIT

Niet voor iedere aandoening bestaat er een evidence-based behandeling. Voor de meest voorkomende aandoeningen wel, maar toch zal niet iedere patiënt van één evidence-based behandeling opknappen. Daarom bieden de multidisciplinaire richtlijnen ook keuzemogelijkheden en zijn ze ingedeeld in stappen die genomen kunnen worden als een eerdere stap niet het gewenste resultaat oplevert. Maar wat te doen met die patiënten die niet één probleem of aandoening hebben, maar die meer of erg complexe aandoeningen hebben? Daar laten de evidence-based behandelingen ons toch zeker in de steek.

Bij maar liefst 52 tot 60% van de patiënten met respectievelijk een stemmings- of angststoornis die hulp zoeken in de klinische praktijk zou ook een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld kunnen worden (Grant et al., 2005). Maar dat is ook waar voor de potentiële patiënten die deelnemen aan de gecontroleerde onderzoekstudies

en die om die reden niet uitgesloten worden van deelname aan deze studies (Stirman et al., 2005). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat patiënten met een angst- of depressieve stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis uiteindelijk net zoveel profiteren van een gestandaardiseerde behandeling als patiënten zonder een comorbide persoonlijkheidsstoornis (Dreessen, Arntz, Luttel & Sallaerts, 1994; Dreessen & Arntz, 1998; Van den Hout, Brouwers & Oomen, 2006; Mulder, 2002). Ze hebben vaak ernstigere klachten, waardoor meer behandelzittingen nodig zijn en de patiënten over langere tijd gevolgd moeten worden (Weertman, Arntz, Schouten & Dreessen, 2005).

In eigen onderzoek vinden we in aanvulling op het voorgaande aanwijzingen dat wanneer psychologen in hun behandeling ondersteund worden door een handleiding hoe om te gaan met moeilijke momenten en/of moeilijke patiënten, dit — niet verbazingwekkend — als een steun voor de meer onervaren psychologen wordt ervaren. Interessanter is echter dat Dijkgraaf en Brals (publicatie in voorbereiding) op basis van voorlopige analyses lijken te vinden dat er in de behandeling hierdoor minder aanvullende interventies worden ingezet en er dus minder wordt afgeweken van de standaard behandeling. Mogelijk kan de behandeling van deze patiënten, met bijvoorbeeld een angst- of depressieve stoornis en comorbide persoonlijkheidsproblematiek, nog verder versterkt of versneld worden als er specifieke interventies gericht op de persoonlijkheidsproblematiek worden toegevoegd. Dat is onderwerp van een lopende multicenter-trial waarin gekeken wordt naar de toegevoegde waarde van op de persoonlijkheidsproblematiek gerichte schematherapeutische interventies aan een gestandaardiseerde behandeling voor een angst- of depressieve stoornis. Deze waarde wordt vergeleken met een gestandaardiseerde behandeling die langer wordt volgehouden.

Er valt zo langzamerhand ook wel een casus te maken van het feit dat het juist patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn die het goed doen op gestandaardiseerde behandelingen. Zo vonden wij in een studie van patiënten die voldeden aan de diagnostische criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis dat zij meer baat hadden bij een gestandaardiseerde vaardigheidstraining (VERS) dan bij de reguliere behandeling (Bos, Van Wel, Appelo & Verbraak, 2010). En dat het effect van deze training juist sterker optreedt bij deze patiënten als je die vergelijkt met patiënten die maar gedeeltelijk voldeden aan de diagnostische criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis (Bos, Van Wel, Appelo & Verbraak, 2011).

Toch blijft de veronderstelling hardnekkig dat gestandaardiseerde evidence-based interventies bij de meer complexe patiënt geen soelaas kunnen bieden. Deze veronderstelling raakt ook aan

het idee dat in dit soort gevallen bij uitstek een beroep wordt gedaan op de individuele klinische ervaring en deskundigheid van de psycholoog. Een algemene deskundigheid die door hemzelf als groot wordt ingeschat. Daarmee komen we bij de vierde en laatste illusie.

ILLUSIE 4: DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG- PSYCHOLOOG IS NIET TE VERBETEREN

De gemiddelde Amerikaanse therapeut, onder wie de psycholoog, is erg optimistisch over zijn kwaliteit als behandelaar. Zo beoordeelt ruim 90% de kwaliteit van zijn psychotherapeutische vaardigheden als boven het 75% percentiel. Alle therapeuten vinden dat ze boven het gemiddelde (50% percentiel) scoren (Walfish et al., in Lambert, 2010). Als we ervan uitgaan dat kwaliteiten normaal verdeeld zijn, ook therapeutische, dan is hier statistisch gezien sprake van een rare, onwaarschijnlijke verdeling. Dezelfde therapeuten schatten in dat 85% van hun patiënten een duidelijke verbetering na behandeling vertoont. In de alledaagse klinische praktijk knapt in een steekproef van ruim 6.000 patiënten, gemeten met gevalideerde uitkomstmaten, echter slechts 35% van de patiënten echt op van behandeling. 57% laat geen tot nauwelijks verandering zien en 8% verslechtert (Hansen, Lambert & Forman, 2002). Met andere woorden, de verwachtingen van wat therapeuten kunnen en bereiken met patiënten sluit niet helemaal aan bij de werkelijkheid. Ze schatten zichzelf en hun capaciteiten te hoog in. Dit fenomeen staat bekend als het Lake Wobegon-effect, genoemd naar een fictieve plaats uit een Amerikaans radioprogramma van Garrison Keillor, 'waar alle vrouwen sterk, alle mannen knap, en alle kinderen bovengemiddeld zijn' (Lambert, 2010). Iedereen is dus bovengemiddeld.

Met andere woorden, de psycholoog loopt een grote kans te lijden aan zelfoverschatting. Sommigen zullen dat liever zien als therapeutisch optimisme. Maar gezien het mogelijk negatieve effect dat dat heeft op zijn patiënten, kan de psycholoog hier toch beter om hulp vragen. Hulp die beschikbaar is.

¶ De toegevoegde waarde van het meten van resultaat

Aangezien elke vorm van behandeling pas waarde heeft als die behandeling in de klinische praktijk ook oplevert wat ze beoogt, is het raadzaam om voorafgaand, tijdens en na de behandeling te evalueren hoe de toestand is van de patiënt. De centrale vraag hierbij is of de behandeling op de gewenste koers ligt. Eén ding is zeker: de klinische blik alleen is onvoldoende geschikt om deze voortgang te monitoren en hierover beslissingen te nemen (Garb, 2005). De psy-

choloog heeft instrumenten nodig om dit betrouwbaar en valide te kunnen doen. Heeft de arts hiervoor instrumenten als de thermometer en bloeddrukmeter om de ernst van klachten en daarmee ook de vooruitgang in een behandeling vast te stellen, de psycholoog beschikt over zijn eigen instrumentarium, veelal in de vorm van vragenlijsten naar ernst van klachten, mate van welbevinden, mate van functioneren en tevredenheid. Meten is weten is hierbij het motto.

De afgelopen jaren staan het evalueren van het resultaat binnen de behandeling, het terugkoppelen daarvan aan de patiënt (feedback) en het op basis daarvan eventueel bijstellen van het behandelplan erg in de belangstelling. Dit doen we met Routine Outcome Monitoring, of ROM, het routinematig meten van uitkomsten gefaciliteerd door onder andere digitale toepassingen (zie bijvoorbeeld De Beurs & Zitman, 2007).

Met name de onderzoeksgroep rondom Michael Lambert is actief op dit terrein (zie voor een overzicht: Lambert 2010). Hij ontwikkelde een feedbacksysteem, waarbij de therapeut voorafgaand aan iedere sessie informatie ontvangt over de effectiviteit van de behandeling tot dusver. Deze informatie is afgezet tegen gemiddelde vorderingen van patiënten in het algemeen. Door die vergelijking kunnen de behandelingen die significant minder vorderen dan het gemiddelde, worden aangeduid als *signal case* (Lambert, Hansen & Finch, 2001). De behandeling dient dan aangepast te worden. Lambert laat in verschillende onderzoeken zien dat patiënten bij wie actief gemeten wordt tijdens de behandeling en er gewerkt wordt met het geven van feedback, beter af zijn als het gaat om het voorkomen van stagnatie binnen de behandeling en uiteindelijk therapieresultaat (Lambert, 2010; zie ook Knaup, Koesters, Schoefer, Becker & Puschner, 2009).

Maar het resultaat van behandeling kan ook versterkt worden wanneer de behandelaar de kwaliteit van de therapeutische relatie actief monitort en bevordert. Vanuit dit idee, gecombineerd met het monitoren van de effectiviteit van de behandeling, ontwikkelden Miller en Duncan een handzaam systeem om beide aspecten mee te nemen in de behandeling. Zij gebruiken daarvoor twee korte vragenlijsten: de Outcome Rating Scale (ORS; Miller, Duncan, Brown, Spars & Claud, 2003; Miller & Duncan, 2004) en de Session Rating Scale (SRS; Duncan et al., 2003; Miller & Duncan, 2004). Deze vragenlijsten zijn snel af te nemen en eenvoudig te scoren. Dit maakt ze geschikt en aantrekkelijk voor gebruik tijdens iedere zitting voor zowel patiënt als behandelaar. Een aantal studies laat inmiddels zien dat het gebruik van dit feedbacksysteem de therapie-uitkomst vergroot en de therapieduur bekort (Miller, Duncan, Brown, Sorrell & Chalk, 2006; Anker, Duncan & Sparks, 2009; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009).

Heel voorlopige data van een eigen onderzoek door Boezen en Janse (publicatie in voorbereiding) laten zien dat, als je niet alleen protocollair behandelt, maar ook het effect en de therapeutische relatie monitort met de ORS en SRS, het totale aantal sessies dat nodig is voor eenzelfde goede uitkomst van de behandeling met alleen het protocol, met twee vermindert. Een misschien klein, maar relevant verschil. Het loont de moeite om samen met de patiënt structureel en objectief te evalueren of de behandeling op de gewenste koers zit. Dat kan zowel praktisch als efficiënt gebeuren. En het levert informatie op die anders gemist wordt. Daarmee is het een vorm van psychodiagnostiek gedurende de behandeling met een aantoonbare toegevoegde waarde (zie ook Verbraak, 2007).

GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOGIE IN TIJDEN VAN DOELMATIGHEID

Voor het vak, en de patiënt die er profijt van moet hebben, is het van belang dat we onszelf kritisch blijven bekijken. Dat we minder overtuigd zijn van onszelf, maar meer van onze psychologische hulpmiddelen. Dat we ons daardoor meer durven laten sturen. Een belangrijke aanname hierbij is dat het werkelijk gebruikmaken van wetenschappelijke kennis enerzijds, en inzichten uit de praktijk anderzijds, leidt tot een hogere graad van organisatie van de zorgpraktijk. Dat is in ieder geval wat de gezondheidszorgpsychologie beoogt. Hierbij is de gezondheidszorgpsychologie het wetenschapsgebied dat zich bezighoudt met het toetsen en implementeren in de gezondheidszorg van wetenschappelijk gefundeerde psychologische toepassingen op het terrein van diagnostiek en behandeling. Behandelrichtlijnen, doelgerichte en voldoende lang volgehouden gestandaardiseerde behandelingen, het hanteren van de therapeutische relatie en het meten van uitkomsten, hebben allemaal samen de potentie de zorg voor onze patiënten effectiever en doelmatiger te maken. Naar het zich laat aanzien, op basis van het hier gepresenteerde en reeds beschikbare onderzoek, zorgt dat voor meer effect voor meer, en meer tevreden, patiënten in minder sessies.

Deze rationele en empirische ambitie verhoudt zich slecht tot de meer romantische opvatting (naar Garb, 2005) dat iedere patiënt uniek is, en dat daarom een standaard aanpak nooit van toepassing kan zijn. De praktijk neigt er vaak naar om uit te gaan van de uitzonderingen en deze te verheffen tot regel, om vervolgens de bestaande regels die de wetenschap ons oplevert te negeren. De rationale daarachter is dat de patiënt te uniek is om in regels en wetmatigheden te vangen. Voor iedere patiënt ontwerpen we bij voorkeur een unieke

behandeling. Dat is een onjuist vertrekpunt. De problemen waarvoor patiënten behandeling zoeken zijn veel minder uniek dan wij en zichzelf denken (zelfs over culturen heen, zie bijvoorbeeld R. Giel, 1970, in Hutschemaekers, 1990). Wij, en dus ook onze patiënten, zijn daarin vooral variaties op thema's. De thema's bepalen onze aangrijpingspunten en doelen in behandelingen, de variaties de individuspecifieke aanpassingen in onze behandelingen. De richtlijn of de patiënt is niet het probleem. Het probleem zit hem in de psycholoog die ontkent dat het onderwerp van de wetenschappelijke gezondheidszorgpsychologie de patiënt als een zich voorspelbaar gedragend organisme is, die zich laat beïnvloeden door de inzet van specifieke, doeltreffende instrumenten.

Maar het probleem zit hem ook in een professie die intern discussieert zonder rekening te houden met een snel veranderende maatschappelijke context (zie bijvoorbeeld Nederlandse Zorgautoriteit, 2011). Dit maakt dat het verweer van de professie tegen de maatschappelijke invloed van buitenaf regelmatig tekortschiet. We hebben in de praktijk van alledag zelf te weinig in de gaten dat we niet goed kunnen verdedigen waarom we dingen niet doen die we zouden moeten doen. Maar we kunnen ook niet verdedigen waarom we dingen doen, omdat niet of onvoldoende bekend is waarom we die zouden moeten doen. We reageren dan verbaasd of verbolgen als de maatschappelijke context ingrijpt. Neem bijvoorbeeld het schrappen van de traditionele psychoanalytische bankanalyses als een te vergoeden verrichting vanuit de zorgverzekering door het College voor Zorgverzekeringen in 2010. Of het schrappen van de aanpassingsstoornis als een stoornis die voor vergoeding in aanmerking komt in 2011. We geven te weinig antwoord op de vraag om bezuinigingen (zie bijvoorbeeld Schippers, 2011) en op de roep om doelmatige zorg. En juist op die roep om doelmatige zorg, gedefinieerd als goede zorg aan hen die het nodig hebben tegen aanvaardbare kosten (www.zorgvoorbeter.nl, 2012), heeft de gezondheidszorgpsychologie in principe wel een antwoord. In het optimaliseren van de verhouding tussen de kwaliteit van de geleverde zorg en de kosten ervan, doelmatigheid, kunnen de implementatie en toepassing van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten en standaarden hun diensten bewijzen.

SLOT

In de klinische praktijk van de gezondheidszorg komen klinische ervaring en wetenschappelijke kennis moeilijk bij elkaar. Terwijl praktijk en onderzoek elkaar vinden in een gedeeld streven naar goede zorg voor patiënten. Dit heeft veel met het gegeven te maken

dat wetenschappelijke data geen ervaringen zijn. Met andere woorden, wetenschappers zouden meer aandacht mogen hebben voor implementatie van kennis en haar toepassingen in de praktijk. We constateren dat er verscheidene zaken zijn die werken in de behandeling van patiënten. Dat we dit soort werkzame ingrediënten juist maximaal moeten combineren. Dat we ons niet alleen moeten oefenen in het toepassen daarvan, maar ook onderzoeken wat in welke combinatie het beste werkt. Het ontmaskeren van de hiervoor genoemde illusies is niet nieuw en origineel. Dat is ook al eerder en door anderen gedaan (bijvoorbeeld Keijsers et al., 2004, 2011; Shafran et al., 2009). Maar ze blijven (nog steeds) actueel. Wat nieuw is, is dat er heel nadrukkelijk een onderzoeks- en opleidingsagenda aan te koppelen is. Met het thema van de doelmatigheid van gezondheidszorg als achterliggende doelstelling van deze agenda's.

Het wetenschappelijk onderzoek, zoals wij dat momenteel opzetten en uitvoeren, zal bijdragen aan een groter inzicht in hoe bewezen effectieve behandelingen het best in de praktijk ingezet en toegepast kunnen worden. Maar ook aan wat de toegevoegde waarde is in effect en efficiency van aanvullende hulpmiddelen ter ondersteuning van die praktijk. Zoals het inzetten van hulpmiddelen in het managen van de therapeutische relatie en comorbiditeit. Of het inzetten van ROM.

In de opleiding van, in dit geval, met name de gz-psycholoog, is aandacht voor de betekenis van evidence-based behandelingen en richtlijnen van groot belang. Daarom zal ruime aandacht voor het bekwaam leren toepassen van deze behandelingen en richtlijnen nodig blijven. Maar wel geïntegreerd met het bekwaam toepassen van interventies, gericht op het managen van de therapeutische relatie en comorbiditeit. Tevens zal er aandacht zijn voor de beperkingen van het vak en onszelf. Daarmee houden we ons een spiegel voor. Dat gebeurt uiteraard al als we in opleiding zijn. Een opleiding waarin het verwerven en toetsen van concrete competenties een steeds belangrijkere rol speelt. Maar ook daarna blijft dat nodig. Hierbij kan de patiënt ons behulpzaam zijn als we leren hem om feedback te vragen. Deze routinematige meting op uitkomsten, waarbij ook de vergelijking met anderen niet geschuwd wordt, zal aanleiding geven om onszelf gericht te blijven bekwamen middels opleiding en training. Maar deze spiegel zal ook voeding geven aan vragen aan de wetenschap over wat wel en niet werkt in de praktijk.

..... Tot slot, ik had het al eerder over de positie die de psycholoog ten opzichte van zijn patiënt aanneemt. Aan het hoofdeind van de sofa, in een therapeutisch zitje, aan een bureau of naast elkaar achter de computer. De laatste tijd is er weer veel aan het veran-

deren. De nieuwe psycholoog werkt transparant. Dat wil zeggen, hij staat zijn *outcome*-data af, zodat hij middels benchmarking op de hoogte is van de effecten van zijn behandelingen vergeleken met die van zijn collega's. Daarmee zit de psycholoog samen met de patiënt aan tafel. Het is wat dat betreft onvoorstelbaar dat recentelijk een aantal hoogleraren psychiatrie in een pamflet in een wetenschappelijk vakblad liet weten af te willen zien van een dergelijke benchmarking onder het mom dat benchmarken noch wetenschappelijk, noch medisch-ethisch verantwoord zou zijn (Van Os et al., 2012). Natuurlijk moet de methodiek van benchmarken goed ontwikkeld worden. Maar één ding is zeker: aan de roep om duidelijkheid te verschaffen over de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg valt niet te ontkomen. Daarvan zullen we ons rekenschap moeten geven en daarmee moeten de professionals vooral zelf beginnen (Bruinsma, Verbraak & Verbraak, 2012). Wat we niet willen, is dat een ander op onze stoel gaat zitten.

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op donderdag 7 juni 2012.

PROF.DR. MARC VERBRAAK, klinisch psycholoog, is bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Hij is als hoofdopleider gz-psychologen verbonden aan dezelfde universiteit bij het SPON postdoctorale opleidingen. Daarnaast is hij inhoudelijk directeur van de HSK Groep.

Referenties

- Addis, M.E. & Cardemil, E.V. (2005). Does manualization improve therapy outcomes? Psychotherapy manuals can improve outcomes. En: Dialogue: convergence and contention. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 131–140 en 149–153). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526–533.
- Anker, M.G., Duncan, B.L. & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693–704.
- Beurs, E. de & Zitman, F.G. (2007). Routine Outcome Monitoring: Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 13–28.
- Beutler, L.E. & Johannsen, B.E. (2005).

- What should be validated? Dialogue: convergence and contention. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 243–245). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bos, E.H., Wel, E.B. van, Appelo, M.T. & Verbraak, M.J.P.M. (2010). A randomized controlled trial of a Dutch version of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 299–304.
- Bos, E.H., Wel, E.B. van, Appelo, M.T. & Verbraak, M.J.P.M. (2011). Effectiveness of systems training for emotional predictability and problem solving (STEPS) for borderline personality problems in a 'real-world' sample: Moderation by diagnosis or severity? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 173–181.
- Bruinsma, C.L., Verbraak, M.J.P.M. & Verbraak, P. (2012). Transparantie in ggz gebaat bij ROM en benchmarking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 254–256.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In: L.G. Castonguay & L.E. Beutler (red.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353–369). Oxford: Oxford University Press.
- College voor Zorgverzekeringen (2010). *Standpunt Zvw: Psychoanalyse behoort niet en langdurige psychoanalytische psychotherapie behoort wel tot een te verzekeren prestatie Zvw*. CvZ, 23 maart 2010.
- Collins, K.A., Westra, H.A., Dozois, D.J.A. & Burns, D.D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review*, 24, 583–616.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the non-specifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174–183.
- Dijk, M.K. van, Oosterbaan, D.B., Verbraak, M.J.P.M. & Balkom, A.J.L.M. van (2012). The effectiveness of adhering to clinical-practice guidelines for anxiety disorders in secondary mental health care: the results of a cohort study in the Netherlands. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01851.x
- Dijk, M.K. van, Verbraak, M.J.P.M., Oosterbaan, D.B. & Balkom, A.J.L.M. van (in revisie). Implementing practice guidelines for anxiety disorders in secondary mental health care: a case study.
- Dreessen, L. & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 483–504.
- Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C. & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 265–274.
- Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2005). Does manualization improve therapy outcomes? Treatment manuals do not improve outcomes. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 140–149). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. & Johnson, L.D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a 'working' alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3–12.
- Emmelkamp, P. & Vedel, E. (2011). Psychologische behandelingen: Effectiviteit en gemeenschappelijke factoren. In: M. Verbraak, S. Visser, P. Muris & K. Hoogduin (red.), *Handboek voor gz-psychologen* (pp.117–124). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Feeley, M., DeRubeis, R.J. & Gelfand, L.A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting*

- Clinical Psychology, 67, 578–582.
- Freiheit, S.R., Vye, C., Swan, R. & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? *The Behavior Therapist*, 27, 25–32.
- Garb, H.N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67–89.
- GGZ Nederland (2010). *Zorg op waarde geschat. Update. Sectorrapport ggz 2010*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Goisman, R.M., Warshaw, M.G. & Keller, M.B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991–1996. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1819–1821.
- Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 1–9.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J. & Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329–343.
- Heinen, A. & Hubben, J. (2011). Juridische aspecten in de dagelijkse praktijk van de gz-psycholoog. In: M. Verbraak, S. Visser, P. Muris & K. Hoogduin (red.), *Handboek voor gz-psychologen* (pp. 501–513). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 38, 139–149.
- Hout, M. van den, Brouwers, C. & Oomen, J. (2006). Clinically diagnosed axis II co-morbidity and the short term outcome of CBT for axis I disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 56–63.
- Hutschemaekers, G. (1990). *Neurosen in Nederland: Vijftientig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen*. Nijmegen: SUN.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G. & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34, 19–35.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2004). *Protocolaire behandelingen in de ambulante GGZ*. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I* (tweede, herziene druk; pp. 1–31). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G., Minnen, A. van & Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocolaire behandelingen bij psychische stoornissen. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandeling voor volwassenen met psychische klachten I* (pp. 13–34). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T. & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195, 15–22.
- Lambert, M.J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington: American Psychological Association.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (2004). Overview, trends, and future issues. In: M.J. Lambert

- (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (fifth edition, pp. 805–821). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). Patient focussed research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 152–172.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 57–211). New York: Wiley.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytical review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Miller, S.D. & Duncan, B. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manual*. Fort Lauderdale, FL: Authors.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sorrell, R. & Chalk, M.B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5–22.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J.A. & Claud, D.A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analogue measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91–100.
- Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359–371.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2011). *Advies Basis GGZ*. Utrecht: NZA.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48, 4–8.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J. & Scholten, R.J.P.M. (2000). Inleiding in evidence-based medicine: Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ollendick, T.H. & King, N.J. (2005). Empirically supported treatments typically produce outcomes superior to non-empirically supported treatment therapies. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 308–317). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Os, J. van, Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Hogendijk, W.J.G. ... Leentjens, A.F.G. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel. Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 245–253.
- Öst, L.-G. (2011, november). Does CBT work in routine clinical settings (a review of effectiveness studies). Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie, najaarscongres 2011, Veldhoven.
- Persons J.B. & Silberschatz, G. (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 126–135.
- Reese, R.J., Norsworthy, L.A. & Rowlands, S.R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, 418–431.
- Rokx, A. (2011). Nieuwe kleren voor de keizer of kleden we hem uit? *Gz-psychologie*, 3(6), 26–29.
- Schippers, E.I. (2011). *Ombuigingsmaatregelen 2012*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., Ehlers, A. ... Wilson, G.T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902–909.
- Shapiro, D.A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A critical appraisal. *Behavior Psychotherapy*, 10, 4–25.
- Sinnema, H., Franx, G. & van 't Land, H. (2009). *Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ: Zicht op factoren die van invloed zijn op het gebruik en maatregelen om het gebruik te stimuleren. Themarapportage in het kader van de Trendrapportage*

- GGZ, deelterrein 3: Kwaliteit en effectiviteit. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stevens, S.E., Hynan, M.T. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 273–290.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P. & Brody, P.E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 963–972.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P. & Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to non-randomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 127–135.
- Stroeken, H. (1988). *Kleine psychologie van het gesprek*. Meppel: Boom.
- Verbraak, M. (2007). Persoonlijkheidstests dragen bij tot betere resultaten van psychologische behandelingen. *Directieve Therapie*, 27, 205–207.
- Verbraak, M.J.P.M., Warner, R., Roij, M.M. de & Hoogduin, C.A.L. (2006). Follow-up na protocollaire cognitieve gedragstherapie bij burn-out: Een vergelijking met depressieve stoornissen en angststoornissen. *Directieve Therapie*, 26, 142–161.
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E. & Dreessen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 936–944.
- Westen, D. (2005). Transporting laboratory-validated treatments to the community will not necessarily produce better outcomes. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 383–393 en 395–402). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663.
- www.bigregister.nl/overbigregister/cijfers, april 2012
- www.ggzrichtlijnen.nl
- www.zorgvoorbeter.nl/begrippen/doelmatigheid, 21 maart 2012