



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

Beter, sneller en goedkoper behandelen: kan dat?

Een bespiegeling met enkele empirische momenten over doelgericht behandelen

KEES KORRELBOOM

Berichten in de media over de ggz of gesprekken hierover met vrienden of collega's die in die sector werken, gaan nog maar zelden over grote doorbraken, nieuwe interventies of verrassende inzichten. Al sinds geruime tijd zijn de sleutelwoorden veeleer 'reorganisatie', 'versobering', 'ontslagen', 'overheveling', 'afspiegelen' en 'stelselherziening'. Dat is begrijpelijk, want de kosten van de ggz zijn, evenals dat het geval is in andere sectoren van de gezondheidszorg, de afgelopen jaren zo ongeveer exponentieel gegroeid (Heijnen, Beekman, Verheul & Decker, 2013). Bijna niemand is erop tegen dat overheid en verzekeraars zich extra inspinnen om deze kosten te beheersen en terug te dringen. Uitgangspunt bij deze kostenbeheersing is dat men met minder geld dezelfde kwaliteit van zorg wil leveren. Het eerste lijkt in de huidige bezuinigingsronde aardig te gaan lukken. Of dat tweede doel ook gaat worden behaald is voorlopig nog even de vraag. Vooral nog lijken de maatregelen in ieder geval tot meer bureaucratie en administratieve last te leiden en tot minder gemotiveerde hulpverleners.

De vraag is of het ook anders zou kunnen. Dit stuk geeft daar geen definitief antwoord op. Het bevat wel een aantal bespiegelingen vanuit de klinische praktijk die wellicht een aanzet kunnen geven tot een enigszins andere route naar een meer efficiënte geestelijke gezondheidszorg; niet door de bureaucratie nog verder te verhogen en door rare en onpraktische controlemaatregelen te verordenen, maar door wat anders te gaan behandelen en de zorg wat anders te organiseren. Het behoort niet tot de competenties van deze auteur om hierover een 'business case' op te stellen. Er zijn vast anderen die dat kunnen en die daarmee kunnen inschatten of de suggesties die hieronder worden gedaan niet alleen behandelinhoudelijk, maar in een wat meer uitgewerkte vorm ook financieel enigszins hout snijden.

De meeste ideeën zijn overigens niet heel nieuw, en ze zijn evenmin allemaal door de auteur zelf bedacht. Het onderzoeksidee waarmee wordt afgesloten is wellicht wel een beetje nieuw.

DE VERRADERLIJKE VERLEIDINGEN VAN HET THERAPEUTISCH CONTACT

Alle therapeuten kennen het fenomeen dat patiënten die gedurende de behandeling onvoldoende zijn opgeknapt, toch van mening zijn dat ze niet buiten de therapie kunnen. In dat standpunt worden ze soms gevolgd door hun behandelaar. De therapeutische contacten leiden weliswaar niet tot (verder) herstel, maar ze monteren de patiënt wel op, houden hem op de been en zorgen ervoor dat hij er weer even tegen kan. Afsluiten wordt zo een netelige kwestie die dan ook dikwijls op de lange baan wordt geschoven en vervolgens al snel helemaal van de therapeutische agenda verdwijnt. Hierdoor worden de kosten van de zorg weer een klein beetje opgehoogd, terwijl de wachtlijsten verder worden verlengd.

Hoe heeft deze praktijk kunnen ontstaan en waarom blijkt het zo lastig er iets tegen te doen?

Wie in het leven tegenslag ontmoet, zoekt in eerste instantie steun bij zijn vrienden en geliefden. Steun van naasten helpt. Mensen met een stevig en betrouwbaar sociaal netwerk kunnen tegenpoed beter hanteren dan mensen die het zonder zo'n netwerk moeten doen. Betekenisvolle contacten helpen niet alleen ellende het hoofd te bieden, ook het levensgeluk wordt erdoor bevorderd. Een mens heeft behoefte aan sociale contacten.

Sinds ruim honderd jaar kunnen mensen met emotionele problemen ook bij de professionele hulpverlening terecht wanneer de hulp in eigen kring niet volstaat of onvoldoende beschikbaar is. Psychotherapeuten baseren die hulp niet zozeer op praktische hulp en troostende of opbeurende woorden, zoals vrienden dat doorgaans doen. Het gaat in therapie om een heel ander soort activiteiten. Daarbij wordt traditioneel veel waarde gehecht aan het contact en de relatie tussen therapeut en patiënt. Met name de inzichtgevende therapieën hechten van oudsher veel waarde aan de geneeskrachtige werking van het therapeutisch contact en geven deze relatie dan ook op specifieke wijze vorm (zie ook Trijsburg & Snijders, 2009).

Met het toenemen van een zekere integratie tussen verschillende psychotherapieën, gingen ook gedragstherapeuten meer waarde hechten aan de therapeutische relatie. Eerst werd deze relatie nog uitsluitend gezien als een extra hulpmiddel om de noodzakelijk geachte therapeutische procedures optimaal uit te voeren.

Maar al snel bleken er patiënten te zijn die dat contact op zichzelf ook wel prettig vonden, ongeacht de therapeutische procedures die door dat contact moesten worden ondersteund. Daarin gevoed, of in ieder geval niet duidelijk tegengesproken door hun inmiddels multimethodisch geïnspireerde opleiding en behandelteams, gingen ook veel gedragstherapeuten denken dat het therapeutisch contact op zichzelf tot herstel kan leiden. Ze gingen dus steeds meer praten met hun patiënten. Nogal eens was dit praten wat minder stevig theoretisch onderbouwd dan wellicht het geval was bij de inzichtgevende collega's, voor wie de therapeutische relatie altijd al veel meer *core business* was geweest. Nogal eens ging het over de vraag hoe het met de patiënt ging, hoe het allemaal zo was gekomen en soms ook wel een beetje over de kinderen, het gezin en het werk. 'Klessebessen' noemde voorzitter Kees Hoogduin deze praktijk tijdens een van de laatste Najaarsconferenties van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT).

'Klessebessen' wordt door veel behandelaars 'steunend structureren' genoemd. Hoewel het goed voorstelbaar is dat een aantal patiënten zich prettig voelt bij zo'n contact, is het echter geen werkwijze die thuishoort binnen de op herstel gerichte geestelijke gezondheidszorg. Steunend structurerende contacten kunnen in deze sector dan ook beter worden afgeschaft. Patiënten worden er niet beter van, sterker nog, het is goed denkbaar dat zulke contacten patiënten belemmeren om een grotere autonomie te ontwikkelen van waaruit ze zinvolle, herstelbevorderende acties in het gewone leven kunnen ondernemen. Wanneer de steunend structurerende therapeut met pensioen gaat, van baan verandert of komt te overlijden, blijkt de patiënt overigens heel vaak geen behoefte meer te hebben aan een andere, nieuwe steunend structurerende therapeut.

Het stopzetten van steunend structurerende contacten zal de zorg naar verwachting goedkoper en efficiënter maken, zonder dat er aan kwaliteit wordt ingeleverd en zonder dat er extra bureaucratie hoeft te worden opgetuigd.

Dat neemt niet weg dat er waarschijnlijk patiënten zullen blijven bestaan met wie een of andere vorm van (laagfrequent) contact noodzakelijk is om bijvoorbeeld snel te kunnen ingrijpen bij crisis. Maar wanneer zo'n vangnet al noodzakelijk is, zal dat anders en veel efficiënter moeten worden georganiseerd dan middels 'steunend structurerende contacten' binnen de herstelgerichte zorg. Het lijkt er overigens op dat het 'zorgproduct chronisch' in de nieuwe generalistische Basis GGZ hierin voortaan goed kan voorzien.

BEHANDELAARS HOUDEN NIET VAN EVIDENCE-BASED
BEHANDELINGEN

Sinds het verschijnen van de DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) heeft de min of meer objectieve en oppervlakkige classificatie van emotionele stoornissen en syndromen die dit systeem hanteert een centrale plaats ingenomen binnen de geestelijke gezondheidszorg. De DSM-III-systematiek heeft onderzoekers in staat gesteld om de pathologie van grote patiëntengroepen betrekkelijk eenduidig te omschrijven. Op basis van deze beschrijvingen is de afgelopen dertig jaar een groot aantal effectstudies uitgevoerd, waarbij men de werkzaamheid van speciaal ontwikkelde interventies onderzocht voor bepaalde specifieke stoornissen. De uitkomsten van deze studies hebben inmiddels geleid tot de formulering van diverse richtlijnen en *best practices* voor veel verschillende psychopathologieën. Interventies waarvan de effectiviteit is aangetoond zijn in dergelijke richtlijnen opgenomen, terwijl behandelingen waarvoor dat niet geldt daarbuiten worden gehouden. In toenemende mate beginnen ook financiers te eisen dat de behandelingen die zij vergoeden *evidence-based* zijn.

Toch blijkt er in de therapeutische praktijk fors te worden 'onderbehandeld' wanneer het gaat om de toepassing van evidence-based protocollen. Veel in de gangbare praktijk werkzame therapeuten zijn van mening dat de patiënten die zij in behandeling hebben niet gebaat zullen zijn bij zo'n evidence-based behandeling. Zij passen zo'n interventie dan ook niet toe, maar doen wat anders (van Minnen, 2006). Of ze passen de bewezen effectieve behandeling wel toe, maar onvoldoende consequent, of ze doen daarnaast ook nog een heleboel andere dingen. Zo wordt slechts een minderheid van de patiënten met PTSS behandeld met een van de methoden die voor deze aandoening als de beste gelden.

Toch blijken de meeste patiënten in de klinische praktijk niet veel ingewikkelder en niet veel lastiger te behandelen te zijn dan de patiënten die in onderzoeksstudies zijn betrokken (Verbraak, 2006). Het is dan ook de vraag hoe de indruk kan zijn ontstaan dat dit in belangrijke mate niet het geval zou zijn. Naast onbekendheid met vooral de praktijk van het uitvoeren van bewezen effectieve behandelprotocollen en de al dan niet in de opleiding aangeleerde weerzin die vooral nogal wat oudere therapeuten (ook cognitief gedragstherapeuten) tegen een dergelijke werkwijze lijken te hebben, speelt waarschijnlijk ook een overoptimistische taakopvatting een rol. Veel therapeuten zijn niet ingesteld op het behandelen van stoornissen. Zij lijken er veel meer op uit te zijn om de patiënt 'weer lekker in zijn vel te laten zitten', of zelfs om hem te helpen 'weer gelukkig te zijn'. Therapeuten die hun taak zo opvatten stellen zich-

zelf en hun patiënten voor een wel erg lastige taak. Zoals dertig tot vijftig procent van de materiële rijkdom op de wereld in het bezit is van slechts drie tot vijf procent van de mensheid, zo lijkt ook de hoeveelheid emotionele ellende niet gelijkmatig te zijn verdeeld. Een patiënt met een paniekstoornis, om maar eens wat te noemen, heeft geregeld niet alleen die paniekstoornis, maar ook allerlei, het emotionele welzijn beïnvloedende financiële en sociale problemen, of kent episodes van depressiviteit. Ook nog weer andere bijkomende problemen komen geregeld voor bij patiënten die zich met een bepaalde 'hoofdklacht' bij de ggz hebben aangemeld. Terwijl de behandeling zich in dergelijke gevallen dikwijls primair richt op die hoofdklacht en hoewel die hoofdklacht daardoor ook vaak in belangrijke mate verbetert, zitten zulke patiënten na zo'n geslaagde behandeling niet automatisch weer helemaal 'lekker in hun vel'. Er zijn immers geregeld nog andere problemen.

Veel therapeuten sluiten de behandeling in zo'n geval niet af, maar zijn van mening dat de behandeling 'nog niet klaar is' en dat de behandeling dus moet worden voortgezet. En dat laten zij de patiënt ook impliciet en expliciet weten. Maar niet alleen de therapeut en in zijn kielzog de patiënten schieten hier geregeld in de fout. Ook 'de maatschappij' (lees: 'de familie en naastbetrokkenen' van de patiënt, en ook 'diens verwijzer') verwachten van de psychotherapeut niet zozeer dat hij een bepaalde emotionele stoornis herstelt, maar vooral dat hij de patiënt weer helemaal 'oplapt'. Waar niemand van de orthopedisch chirurg verwacht dat zijn patiënt na het succesvol inzetten van een nieuwe heup ook van zijn tevens bestaande lever- en huidproblemen is verlost, verwachten velen van de psychotherapie wel een 'holistisch herstel'.

Op dit gebied heeft de psychotherapie nog veel aan 'verwachtingsmanagement' te doen. Niet alleen maken de 'psychologische make-up' van de patiënt en de omstandigheden waarin deze leeft het dikwijls onmogelijk om alle bestaande emotionele moeilijkheden met behulp van psychotherapie te verhelpen, er bestaat ook nog zoiets als een 'dosis-effect'-regel. Deze wordt hieronder nader toegelicht. Uit de huidige paragraaf mag alvast de conclusie worden getrokken dat evidence-based behandelingen onvoldoende in de dagelijkse praktijk worden toegepast (zie ook Verbraak, 2012) en dat dit deels moet worden toegeschreven aan de ietwat megalomane taakopvatting van veel psychotherapeuten om alle problemen waarmee de patiënt heeft te kampen in de behandeling te willen betrekken. Daar komt nog bij dat psychotherapeuten hun eigen deskundigheid en succes ten opzichte van andere collega's fors overschatten (Walfish, McAlister, O'Donnell & Lambert, 2012).

DE KRACHT VAN KORTDURENDE BEHANDELINGEN

Sinds de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw is met enige regelmaat vastgesteld dat psychotherapeutische behandelingen over het algemeen hun sterkste effecten bereiken in de beginfase. Mettertijd neemt de extra bijdrage van iedere volgende sessie aan het behandel-effect verder af (Lambert & Ogles, 2004). Dikwijls wordt het grootste deel van het totale behandel-effect bereikt in de eerste tien tot vijftien sessies. Daarna gebeurt er meestal niet zo heel veel meer. Deze bevindingen moeten wellicht wel enigszins worden genuanceerd. Zo maakt het uit welke therapeutische methodiek wordt toegepast en op welke problematiek de behandeling zich richt. Maar in zijn algemeenheid lijkt de wedstrijd na zo'n 20 tot 25 sessies toch wel te zijn gespeeld (Addis & Cardemil, 2006).

De wet van de afnemende meeropbrengst gaat niet alleen op voor het behandelen van symptoomstoornissen. Iets vergelijkbaars lijkt zich voor te doen bij het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen. Het scoreverloop in twee effectiviteitsstudies naar schematherapie bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis laat in ieder geval zien dat de verbeteringen grotendeels in het eerste jaar van de behandeling plaatsvinden en daarna nog slechts beperkt verder toenemen (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009).

Bij een behandelmethodiek als Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) wordt doelbewust vanaf het begin vastgehouden aan een vastgelegd en beperkt aantal contacten. Daarbinnen moeten de beoogde resultaten worden gerealiseerd. Men gaat ervan uit dat die vastgestelde en beperkte duur een interventie op zichzelf is (Blom & Jonker, 2011).

Kortdurend behandelen is dus niet alleen bijna altijd mogelijk, het is ook gewenst. Los van de afnemende meeropbrengst lijkt het ook aannemelijk dat langere behandelingen de autonomie van de patiënten kunnen ondermijnen. Iedere therapieessie brengt, als het goed is, de patiënt een stap verder in zijn herstelproces, maar op een ander niveau impliceert ieder therapeutisch contact ook dat de patiënt 'het kennelijk (nog?) niet alleen kan'. Naarmate de nagestreefde positieve meeropbrengst van iedere extra sessie afneemt, zal de negatieve bijwerking van zo'n sessie extra zwaar gaan wegen.

Korter behandelen hoeft niet alleen te betekenen dat men behandelingen korter laat duren. Ook het gepland inlassen van therapiepauses kan tot een verkorting van de totale behandeling leiden en daarmee tot een vermindering van het autonomieondermijnend effect van te veel therapie. Tenzij daarvoor serieuze contra-indicaties bestaan, kan men bijvoorbeeld besluiten om bepaalde behandelingen altijd na, zeg, vijftien sessies twee maanden te onderbreken

om te bezien in hoeverre de veranderingen bekliven of zich zelfs verder ontwikkelen. Na een evaluatie van die periode kan men dan besluiten of en zo ja op welke wijze de behandeling moet worden hervat. Om de eerdergenoemde ongewenste bijwerking voor te zijn van een te belangrijk geworden therapeutische relatie, kan men hierbij ook overwegen om bij zo'n voortzetting van behandelaar te wisselen (zie ook Verbraak & Hoogduin, 2013).

DE PATIËNT MOET OOK WAT DOEN

Of een interventie wel of niet succesvol is geweest kan pas worden uitgemaakt wanneer die interventie naar behoren is uitgevoerd. Een behandeling met antibiotica is niet mislukt wanneer de patiënt zijn medicatie niet heeft ingenomen en (dus) nog steeds een ontsteking heeft; de behandeling heeft domweg niet plaatsgevonden. Deze vanzelfsprekendheid lijkt minder vanzelfsprekend te zijn wanneer het gaat over interventies binnen de ggz. De patiënt heeft een angststoornis, de therapeut initieert *exposure* in vivo als behandelmethode, maar de patiënt doet niet of nauwelijks aan exposure. De angststoornis blijft bestaan. Is deze behandeling mislukt? Zo geformuleerd zullen velen zeggen dat dit niet het geval is. Voor de meeste moderne psychologische interventies geldt immers dat deze pas zijn uitgevoerd wanneer zowel de therapeut als de patiënt hun aandeel hebben geleverd. De indruk bestaat echter dat veel behandelaars de neiging hebben om te gemakkelijk mee te gaan met patiënten die hun deel van de therapeutische taken onvoldoende hebben uitgevoerd. Maar al te vaak zijn 'verklaringen' als 'het is niet gelukt', 'het is er niet van gekomen', 'ik kom er gewoon niet toe' voor de behandelaar onvoldoende aanleiding om oplossingen te zoeken die ervoor zorgen dat het de volgende keer 'wel gaat lukken' en 'het er wel van komt' voordat de therapie kan worden voortgezet, maar er veel eerder toe neigen om dan maar een andere interventie te doen, of om 'eerst nog maar eens verder te praten'.

Zo belandt men al snel, al dan niet onder de noemer 'contact opbouwen' of 'steunend structurerend contact', in het eerdergenoemde 'klessebessen'. Binnen de ggz is men onvoldoende bereid om de voortzetting van de therapie mede afhankelijk te maken van de inzet van de patiënt. Waar de patiënt die inzet niet kan of wil opbrengen kan men de behandeling beter stopzetten en de patiënt terugverwijzen.

BEHANDELAARS HEBBEN EEN HEKEL AAN ROUTINE OUTCOME MONITORING

Het is al lang bekend dat tussentijdse feedback aan patiënt en behandelaar over de voortgang van de behandeling de effecten van die behandeling verbetert (Knaup, Koesters, Schoefer, Becker & Puschner, 2009). Wanneer na een aantal zittingen blijkt dat de gehoopte verbetering uitblijft, kan men het behandelplan of de uitvoering daarvan zodanig aanpassen dat zo'n verbetering alsnog kan worden gerealiseerd (Lambert, 2010).

Toch heeft het routinematig tussentijds evalueren van behandelingen nooit een hoge vlucht genomen binnen de behandelpraktijk. Een aantal jaren geleden leek daar verandering in te kunnen komen, toen de financiers het uitvoeren van Routine Outcome Monitoring (ROM) in feite verplicht stelden om voor een optimale vergoeding van de geleverde zorg in aanmerking te komen. Wie zijn ROM-cijfers niet op orde heeft, wordt sindsdien financieel gekort.

Dit heeft er inderdaad toe geleid dat ROM binnen korte tijd een hot issue is geworden in de zorg. Er werden ROM-functionarissen aangesteld, directies drukten hun medewerkers op het hart om toch vooral die ROM-data tijdig binnen te halen, ICT-bedrijven kwamen op de markt om zorgbedrijven te ondersteunen hun ROM up-to-date te krijgen. Deze inspanningen richtten zich tot nu allereerst op de voor- en nametingen en op het verkrijgen van 'complete sets': patiënten van wie minimaal zowel een voor- als een nameting beschikbaar is. Overigens gaat men bij die voor- en nameting niet zozeer uit van de behandeling als geheel, maar van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). De belangrijkste gedachten achter deze werkwijze zijn verantwoording en het bevorderen van de vergelijkbaarheid van instellingen. Door met behulp van ROM te bepalen welke instelling effectiever werkt en welke minder (benchmarken), zouden patiënten een weloverwogen keuze kunnen maken voor de instelling waar zij zich aanmelden, terwijl financiers een middel in handen zouden hebben om de minder presterende instellingen tot betere prestaties te stimuleren, of niet meer te contracteren.

Aan de belangrijkste behandelinhoudelijke aspecten van ROM is men tot nu toe echter niet of nauwelijks toegekomen. Gebruikmaken van tussenevaluaties op basis van ROM, het middel bij uitstek om behandelingen bij te sturen en dus effectiever en efficiënter te maken, zijn vooralsnog geen criterium voor de verzekeraars om extra te financieren. Dat is niet alleen jammer, het is ook een gemiste kans. Behandelaars, van wie velen toch al niet een sterke neiging hebben om hun behandelresultaten objectief en routinematig te evalueren, kunnen ROM nu afdoen als een 'hobby van mana-

gers en financiers' die slechts verdere bureaucrativering in de hand werkt en niets met het verhogen van de kwaliteit van zorg heeft te maken. Vanuit deze houding van therapeuten en omdat bij veel instellingen de ROM niet primair als een relevant therapeutisch hulpmiddel wordt beschouwd, maar toch vooral als een financiële asset die door speciaal daartoe aangestelde functionarissen moet worden beheerd, krijgen veel behandelaars de ROM-scores van hun patiënten zelfs nooit onder ogen. Deze gegevens worden dus ook niet in de behandeling gebruikt om haar tussentijds te evalueren en zo nodig aan te passen.

Wie de voortgang van zijn behandelingen wel routinematig tussentijds meet en de uitkomsten daarvan met zijn patiënten bespreekt en behandelinhoudelijke consequenties aan zulke besprekingen verbindt, heeft een sterk hulpmiddel in handen om behandelingen efficiënter en doelgerichter te laten verlopen (Verbraak & Hoogduin, 2013).

DOELGERICHT BEHANDELEN ALS UITGANGSPUNT

Met het woord 'doelgericht' is het sleutelwoord van deze bespiegeling gevallen. Patiënten die vanwege een emotionele stoornis met psychotherapie worden behandeld zullen, samen met de behandelaar, aan het begin van de therapie een therapiedoel moeten formuleren dat niet alleen haalbaar wordt geacht, maar dat ook concreet is. 'Wat doe je na een geslaagde behandeling wat je nu niet doet', 'wat doe je na een geslaagde behandeling niet meer wat je nu nog wel doet' en 'waarin verschilt de kijk die je dan op de zaken hebt van de kijk die je daar nu op hebt', zijn de vragen die de patiënt dient te beantwoorden (zie ook Korrelboom & ten Broeke, 2014). Het realiseren van de antwoorden op die vragen is de leidraad van de therapie. Daartoe dient de patiënt geregeld therapeutische taken en oefeningen uit te voeren en wordt de voortgang op weg naar die doelen geregeld gemeten en geëvalueerd. Bij onvoldoende voortgang wordt het behandelplan of de uitvoering daarvan bijgesteld. De therapie stopt wanneer de doelen zijn behaald, of wanneer duidelijk is dat de doelen op dat moment niet (verder) kunnen worden behaald. Of verdere vooruitgang haalbaar is, wordt niet bepaald door erover te 'klessebessen', maar door (extra of andere) therapeutische oefeningen en taken uit te voeren en te bekijken wat die opleveren. Wanneer verdere vooruitgang haalbaar wordt geacht, maar wanneer dat langere tijd neemt dan aanvankelijk werd gedacht, wordt overwogen een nieuwe therapeut in te zetten. In de berichtgeving naar buiten, zowel in algemene zin als specifiek rondom de patiënt,

zoals bij rapportages naar de huisarts, na aanmelding en bij ontslag, wordt het doelgericht werken van de instelling benadrukt.

EEN WEINIG SEXY ONDERZOEKSVORSTEL

Al in het begin van deze bespiegeling is gesteld dat de ideeën die hier naar voren worden gebracht niet heel erg nieuw en bijzonder zijn. Zowel de huidige auteur als vele anderen hebben ze al eerder geformuleerd. De waarde van de genoemde ideeën is binnen de dagelijkse behandelpraktijk echter nog niet of nauwelijks onderzocht. Een probleem is dat onderzoek binnen de dagelijkse praktijk die praktijk zelf beïnvloedt. Het uitvoeren van een Randomized Controlled Trial (RCT) op een afdeling waar dergelijk onderzoek niet routinematig plaatsvindt, brengt nogal wat met zich mee. Doorgaans moeten eerst financiële middelen worden gegenereerd. Vervolgens moeten therapeuten worden getraind en patiënten geïncubeerd en gerandomiseerd. Metingen moeten op de juiste momenten worden afgenomen. Patiënten en therapeuten moeten zich aan het protocol houden en er mogen geen extra interventies buiten het protocol worden toegepast. Medisch-ethische toetsing is (bijna) altijd nodig. Desondanks (of misschien wel mede dankzij al deze rompslomp) gelden dit soort interventiestudies echter wel als sexy en zijn het studies die veel onderzoekers als eerste voor ogen staan wanneer ze onderzoek in de klinische praktijk overwegen.

Om de haalbaarheid en effecten van doelgericht werken in de behandelpraktijk te onderzoeken kan het anders. Wellicht moet het ook anders. Dat andere is misschien minder sexy, maar het doet waarschijnlijk meer recht aan de behandelpraktijk. Het zou een type onderzoek moeten zijn dat dikwijls in het onderwijs plaatsvindt. Op de ene school past men een bepaalde lesmethode toe en op een andere, in veel opzichten vergelijkbare school onderwijst men volgens een andere methode. Randomisatie van leerlingen is nu eenmaal meestal niet goed mogelijk als het gaat om het evalueren van lesmethoden.

In het beoogde onderzoek naar doelgericht behandelen zal men evenmin patiënten randomiseren. Men gaat teams vergelijken in een zogenaamd *double cohort study design* (zie voor een voorbeeld van Dijk et al., 2014). Het ene team wordt getraind en gesuperviseerd in doelgericht behandelen (vanaf het begin focussen op het opheffen of reduceren van de emotionele stoornis waarvoor de patiënt primair hulp zoekt; het benadrukken van de eindigheid van behandelingen en van de omstandigheden waarin dat het geval zal zijn; de patiënt vanaf het begin en consequent aanspreken op zijn rol in het therapieproces en daar zo nodig consequenties aan verbinden; het

vanaf het begin formuleren van behandeldoelen in termen van meetbaar gedrag; toepassen van evidence-based behandelprotocollen; het voorkomen van 'uitstapjes' naar andere, bijkomende problemen; het geregeld tussentijds evalueren van de voortgang richting behandeldoelen met behulp van ROM en het verbinden van praktische consequenties aan die uitkomsten; het op bepaalde, vooraf gedefinieerde momenten zo nodig wisselen van behandelaar). Het andere team (liefst op een andere locatie) krijgt geen extra begeleiding op de genoemde aspecten. Zij worden geacht (wat inderdaad ook de gangbare opvatting is binnen de ggz) om 'zo al te werken'.

De onderzoeksvragen zullen zijn of het extra versterken van de doelgerichtheid leidt tot betere behandelresultaten na een jaar en tot korter durende behandelingen. Daarnaast zal moeten worden nagegaan in hoeverre die gerichtheid van invloed is op de tevredenheid van behandelaars en patiënten en eventueel op die van hun omgeving en verwijzers. Om die effecten vast te stellen kan men zo veel mogelijk gebruikmaken van gegevens die toch al worden verzameld, in het kader van patiëntenregistratie en ROM. Dat maakt een dergelijk onderzoek niet alleen financieel beter haalbaar, maar bovendien verstoort het de dagelijkse gang van zaken op de afdelingen die men wil bestuderen zo min mogelijk.

Referenties

- Addis, M.E. & Cardemil, E.V. (2006). 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 (Eds.), *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.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders*. Third edition. New York: American Psychiatric Association.
- Blom, M. & Jonker, K. (2011). Protocolaire behandeling van depressieve patiënten. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 1*. Amsterdam: Boom.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Heijnen, H., Beekman, A., Verheul, R. & Decker, J. (2013). Kostenstijging GGZ wordt overdreven. *Medisch Contact*, 40, 2023-2025.
- 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.
- Korrelboom, K. & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk* (2de, geheel herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Lambert, M.J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use measuring, moni-*

- toring, and feedback in clinical practice. Washington: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edition). New York: John Wiley and Sons.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema focused therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Trijsburg, W. & Snijders, H. (2009). De therapeutische relatie en de werkaliantie. In: S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels & W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- van Dijk, M. K., Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J. P. M., Hoogendoorn, A. W., Penninx, B. W. J. H. & van Balkom, A. J. L. M. (2014). Effectiveness of the implementation of guidelines for anxiety disorders in specialized mental health care. *Acta Scandinavica Psychiatrica*, 1-12. doi: 10.1111/acps.12338
- van Minnen, A. (2006). Misverstand: Omdat exposure leidt tot een toename in herbelevingen, is voor ernstig getraumatiseerde PTSD-patiënten een toedekkende therapie geïndiceerd. *Directieve Therapie*, 26, 98-100.
- Verbraak, M. (2006). Misverstand: Resultaten van gecontroleerd psychotherapieonderzoek zijn niet bruikbaar in de dagelijkse klinische praktijk. *Directieve Therapie*, 26, 258-261.
- Verbraak, M. (2012). Illusies van de psycholoog: Gezondheidszorgpsychologie in tijden van doelmatigheid. *Directieve Therapie*, 32, 235-255.
- Verbraak, M. & Hoogduin, K. (2013). Management van de behandeling. In: P. Emmelkamp & K. Hoogduin (red.), *Van mistukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 93-112). Amsterdam: Boom.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 639-644.