



WETENSCHAP

Disseminatie van empirisch ondersteunde psychologische behandelingen: attitudes van Vlaamse klinisch psychologen meten en beïnvloeden

Kris Martens, Tara Santens

SAMENVATTING

Ondanks de toename van het aantal empirisch ondersteunde psychologische behandelingen (*empirically supported treatments* [ESTs]) toont onderzoek aan dat ESTs niet eenvoudigweg de patiënten bereiken. Dat fenomeen nodigt uit tot allerlei hypothesen en discussies over het waarom, maar onderzoek naar dat fenomeen is contextafhankelijk en tot nu toe, voor zover ons bekend, niet uitgevoerd bij klinisch psychologen in Vlaanderen. Disseminatie- en implementatieonderzoek tracht een brug te slaan tussen wetenschap en praktijk en zou ook in Vlaanderen van meerwaarde kunnen zijn voor de klinische praktijk. Deze bijdrage geeft hiertoe een aanzet. De attitudes van klinisch psychologen werden gemeten voor en na een keynotelezing die als doel had attitudes over het gebruik van ESTs te beïnvloeden. De resultaten tonen aan dat de attitudes over het toepassen van ESTs verschillen en dat een keynotelezing de attitudes, althans op korte termijn, kan beïnvloeden in de door de spreker gewenste richting.

Trefwoorden: disseminatie, empirisch ondersteunde behandelingen, evidence-based praktijk

Inleiding

Uit een gezondheidsenquête in België blijkt dat een op de drie participanten (32%) van vijftien jaar en ouder klachten van psychisch onwelbevinden rapporteert (Gisle, 2014). Gelukkig neemt het aantal interventies dat effectief blijkt in het verminderen van psychische klachten, de zogenaamde *empirically supported treatments* (ESTs), toe. Onderzoek toont echter aan dat ESTs niet eenvoudigweg hulpverleners en patiënten bereiken (Shafran et al., 2009). Die barrière in de doorstroming van informatie behoort tot het domein 'disseminatie- en implementatie (DI)-onderzoek', dat een brug probeert te slaan tussen wetenschap en praktijk. In Vlaanderen staat dat onderzoeksdomein nog in de kinderschoenen. Disseminatie verwijst naar de actieve en geplande pogingen om de betrokken partijen te informeren over en te overtuigen van het nut van bepaalde innovaties; implementatie duidt op actieve en geplande



strategieën die doelgericht ingezet worden om het gebruik van innovaties in specifieke settings te ondersteunen (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). In dit artikel beschouwen we ESTs als de innovatie en de klinisch psychologen als de betrokken partij. We beschrijven eerst het onderscheid tussen een EST en *evidence-based practice* (EBP), waarna een mogelijke weg inclusief valkuilen van ESTs naar de praktijk geschetst worden. Vervolgens wordt de potentiële bijdrage van DI aan de oplossing van dit probleem concreet gemaakt, waarna de brug geslagen wordt naar attitudes van stakeholders en onze onderzoeksopzet. Na de beschrijving van de deelnemers, de methodologie en de onderzoeksresultaten worden de consequenties van dit illustratieve onderzoek besproken en wordt vervolgonderzoek voorgesteld.

Onderscheid empirically supported treatments (ESTs) en evidence-based practice (EBP)

Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen een EST en EBP. EBP wordt beschouwd als een algemeen kader dat de therapeut helpt om met de patiënt een zo goed mogelijke uitkomst te bereiken (Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015). Het bevat activiteiten die cruciaal zijn voor een degelijke behandeling, zoals assessment, casusconceptualisatie, factoren van de therapeutische relatie en beslissingen over de behandeling. EBP wordt gezien als een integratie van drie bronnen: 1) het beste beschikbare bewijs (wetenschappelijke kennis) met 2) klinische expertise van de behandelaar en 3) de eigenschappen, cultuur en voorkeuren van de patiënt (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Voor de eerste bron zijn ESTs dus van belang. Keijsers (2014) omschrijft ESTs als “behandelingen waarvan in meerdere, adequate studies werd aangetoond dat de behandel effecten beter zijn dan die van andere behandelingen, treatment as usual, placebocondities of wachtlijstcondities” (p. 150). Tolin et al. (2015) beschouwen in hun aanbevelingen omtrent behandelingen EBP dan ook als een manier van werken met of verantwoord inzetten van ESTs; een manier om de wetenschappelijke kennis over behandelingen *aan* te passen aan en *toe* te passen op de behoeften van de patiënt en de clinicus.

In België kan men veronderstellen dat de klinisch psycholoog op de hoogte is van ESTs en die in de mate van het mogelijke ook toepast, aangezien artikel 32 van de deontologische code (Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog, 2014) luidt:

De psycholoog beoefent het beroep binnen de grenzen van zijn competenties en doet geen onderzoeken waarvoor hij geen specifieke kwalificatie heeft. Hij doet dit binnen het kader van de theorieën en de methodes die erkend worden door de wetenschappelijke ge-



meenschap der psychologen, en houdt daarbij rekening met de kritieken op en de evolutie van deze theorieën en methodes. (p. 32)

Ook in het advies van de Hoge Gezondheidsraad (Superior Health Council, 2015) omtrent het competentieprofiel van de klinisch psycholoog lezen we bij cluster 8A:

Kennis en Toepassing van Evidence-Based Practice: Past autonoom kennis toe van op evidentie gebaseerde praktijk door de empirische basis voor psychologische evaluatie, screening, preventie, interventie en andere psychologische toepassingen te integreren met klinische expertise, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt/cliënt. (p. 55)

In datzelfde advies lezen we bij cluster 10 'Interventie', onder 10C: "Implementeert empirisch ondersteunde interventies (evidence-based practice)" (p. 57).

Maar vinden die ESTs hun weg naar de hulpverlener en de patiënt?

Laten we ter verduidelijking de weg die een psychologische interventie meestal aflegt even schetsen. Wetenschappers en/of *scientist-practitioners* onderzoeken interventies (die al dan niet zijn ontstaan in de klinische praktijk) door gebruik te maken van verschillende onderzoeksoptellingen, waaronder liefst gerandomiseerde onderzoeken met actieve controlegroepen. Ze publiceren hun resultaten en geven daarbij ook hun draaiboek vrij met daarin de beschrijving hoe de interventie in hun onderzoek werd uitgevoerd. Vervolgens repliceren andere onderzoekers dit, waarna enige tijd later een meta-analyse kan volgen. Wanneer voldoende evidentie vergaard is (voor een definitie van wat voldoende is, zie: Tolin et al., 2015), kunnen klinici aan de slag met de onderzochte interventie.

In een ideaal scenario gaat het verhaal aldus verder. Via wetenschappelijke artikels, boeken, evidence-based bronnen zoals klinische richtlijnen¹, workshops of opleidingen waarbij gebruik gemaakt wordt van diezelfde draaiboeken, nemen klinici kennis van de resultaten en de manier waarop de interventie uitgevoerd werd en passen die op dezelfde wijze toe in hun klinische setting. Daar merken de klinici dat de interventie, in precies dezelfde vorm en dosis, inderdaad effectief is voor alle patiënten. Vervolgens blijven klinici die bewezen interventie op de juiste manier toepassen, totdat er resultaten opduiken die aantonen dat andere interventies beter zijn. Uiteraard – en helaas – blijkt de realiteit complexer (Shafran et al., 2009). Net daarom is het belangrijk uit te zoeken hoe men het best kennis kan dissemineren en implementeren om de kloof tussen onderzoek en praktijk te dichten (Herschell, McNeil, & McNeil, 2004). Duidelijk is dat hierbij niet enkel naar de clinicus gekeken dient te worden; kenmerken van de clinicus zijn maar één aspect die in dit proces een rol spelen.



Een bruikbaar kader om factoren op alle relevante niveaus te onderzoeken

Het dissemineren en implementeren van wetenschappelijke kennis naar de praktijk, waarbij rekening gehouden wordt met beïnvloedende factoren op micro-, meso- en macroniveau, is niet uniek voor het domein van psychotherapeutische interventies, maar geldt voor de gehele gezondheidszorg. Damschroder et al. (2009) presenteren, op basis van een synthese van honderden studies, een overkoepelend kader dat een overzicht biedt van alle mogelijke factoren op verschillende niveaus: het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

Het CFIR bevat vijf kerndomeinen. Ten eerste is er de interventie. Men kan hierbij bijvoorbeeld denken aan wat de kerncomponenten van de interventie zijn en aan wat eventueel aangepast kan worden. Een ander voorbeeld van een relevante factor betreft de kosten van de interventie. Ten tweede is er de setting met al haar kenmerken, bijvoorbeeld de aanwezige normen en waarden. De betrokken individuen, met onder andere hun kennis en attitudes, vormen een derde domein. Het vierde domein van het CFIR besteedt aandacht aan de bredere economische, politieke en sociale context waarin de implementatie zich afspeelt. Een voorbeeld daarvan zijn de besluiten van beleidsmakers betreffende de minimale vereisten voor zorginstellingen. Om ervoor te zorgen dat een goede match mogelijk is tussen de interventie en de setting, rekening houdend met de betrokken individuen en de bredere context, is een actief proces van implementatie vereist; dat is het vijfde CFIR-domein. Een voorbeeld van een factor die hierbij van belang is, is de mate waarin een planning voor het proces van implementatie gebruikt wordt.

De vijf kerndomeinen structureren 39 onderliggende factoren die implementatie en de doeltreffendheid daarvan kunnen beïnvloeden.

Attitudes omtrent ESTs in Vlaanderen

Wanneer we op micro-, meso- en macroniveau nadenken over het gebruik van ESTs (als pakket) door klinisch psychologen in Vlaanderen, zijn de mogelijke aangrijpingspunten zeer divers. Men kan kijken naar de interventie zelf (bijvoorbeeld: passen die ESTs wel bij de Vlaamse populatie of bij de Vlaamse opleidingen van klinisch psychologen?), de settings met al hun kenmerken (van zelfstandige praktijk tot diverse multidisciplinaire settings), de betrokken individuen (bijvoorbeeld: heeft de klinisch psycholoog een goed beeld van wat ESTs inhouden?) en de bredere context (politieke keuzes, beleidskeuzes, opleidingen). Ter illustratie kiezen we uit het CFIR de factor attitudes van de betrokken individuen. Wanneer men een bepaalde interventie implementeert, spelen de attitudes van de betrokken individuen een belangrijke rol in het al dan niet slagen daarvan. In de DI-literatuur wordt dat omschreven



met de term ‘*acceptability*’ (Proctor et al., 2011). Addis en Krasnow onderzochten al in 2000 de mate waarin therapeuten op de hoogte waren van en vertrouwd waren met protocolaire ESTs. De meerderheid van de ondervraagde klinici (77%) had al eens gehoord over protocolaire ESTs (“... psychotherapy treatment manual”), maar slechts 63% zei een voldoende helder idee te hebben van wat een EST precies is. Slechts 7% maakte vaak of bijna altijd gebruik van ESTs. Het is duidelijk: wanneer klinici onvoldoende ingelicht zijn over of negatief staan ten opzichte van (het gebruik van) ESTs, zal de implementatie ervan moeizaam verlopen (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013).

In Vlaanderen is een dergelijk onderzoek naar de attitudes van klinisch psychologen ten aanzien van geprotocolleerde ESTs volgens ons nog niet uitgevoerd. Wel werd onderzoek gedaan naar attitudes ten opzichte van EBP bij psychiaters (Hannes, Pieters, Goedhuys, & Aertgeerts, 2010), bij jeugdhulpverleners (Stroobants, Vanderfaellie, Andries, & Van Holen, 2016) en bij hulpverleners in de drugshulpverlening (Autrique, Vanderplasschen, Broekaert, & Sabbe, 2008). In dit laatste onderzoek rapporteerden de meeste deelnemers (40 van de 60; 67%) een positieve attitude ten opzichte van de trend naar meer EBP. Verder is het opmerkelijk dat volgens deze deelnemers de attitudes van verpleegkundigen en artsen over EBP positiever zijn dan die van klinisch psychologen, en zeker van klinisch psychologen met een psychodynamische achtergrond of oriëntatie. Een ander voorbeeld van een soortgelijk onderzoek bij andere gezondheidszorgberoepen is een enquête uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de perceptie, behoeften en verwachtingen van vier gezondheidszorgberoepen (artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en kinesi-therapeuten) ten aanzien van het gebruik van richtlijnen in België (Benahmed, Adriaenssens, Christians, & Paulus, 2017). Klinisch psychologen ontbreken echter in de enquête en het daarop gebaseerde advies.

In wat volgt, beschrijven we een exploratief onderzoek naar de attitudes ten aanzien van (het gebruik van) ESTs van Vlaamse klinisch psychologen die aanwezig waren op een studiedag van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP). Een extra onderzoeksvraag betrof de correlatie van die attitudes met het aantal jaren praktijkervaring. Verder onderzochten we de impact van een manier om attitudes te beïnvloeden: het aanbieden van een keynotelezing op een studiedag. Concreter: we onderzochten of attitudes verschuiven in de richting die de spreker voor ogen had.

Methoden

Participanten

Klinisch psychologen aanwezig op de studiedag van de VVKP op 20 mei 2016 werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.



Procedure

Het peilen van de attitudes van de aanwezige klinisch psychologen was zowel een illustratie ten behoeve van een workshop van Santens en Martens tijdens deze studiedag als een interne enquête onder VVKP-leden. De voor- en nameting werden, in samenwerking met de VVKP, opgenomen in de informatiemap die aan het begin van de studiedag werd uitgereikt. De deelnemers werden schriftelijk geïnformeerd dat de resultaten van het onderzoek teruggekoppeld zouden worden, vermoedelijk via een artikel in het *Tijdschrift Klinische Psychologie*.

Tijdens de openingslezing vroeg de voorzitter van de VVKP de deelnemers de voormeting in te vullen, waarna de vragenlijsten door de auteurs werden ingezameld. Na de daaropvolgende keynotelezing vroegen de auteurs de nameting in te vullen, waarna zij die ophaalden. Deelname was vrijblijvend en anoniem.

Interventie

De keynotelezing over het gebruik van ESTs werd verzorgd door prof. dr. Ger Keijssers. In die lezing stelde hij dat niet alle ESTs even effectief zijn en dat de ESTs met eenzelfde effectiviteit dat waarschijnlijk zijn omdat ze op dezelfde psychopathologische processen inspelen. Vervolgens somde hij die transdiagnostische psychopathologische processen op, waarbij hij toonde hoe verschillende ESTs op verschillende processen inspelen. Ook besprak hij verschillende verklaringen waarom therapeuten ESTs niet altijd gebruiken. Ten slotte hield hij een pleidooi om meer onderzoek uit te voeren naar wat nu vaak *common factors* (zoals de therapeutische relatie) genoemd wordt. De lezing van Keijssers kan beschouwd worden als een interventie met als doel de aanwezige klinisch psychologen beter te informeren over wat een EST precies inhoudt en mogelijke misverstanden over ESTs te weerleggen.

Instrumenten

In overleg met Keijssers werd een vragenlijst met vier stellingen ontworpen. Ze hebben betrekking op de attitudes die Keijssers met zijn lezing trachtte te beïnvloeden. De eerste twee stellingen zijn afkomstig uit de Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS; Aarons, 2004), terwijl de derde en de vierde stelling door Keijssers zelf werden ontworpen. De vier stellingen luiden als volgt:

1. Klinische ervaring is belangrijker dan het gebruik van evidence-based geprotocolleerde interventies.
2. Ik zou geen geprotocolleerde interventies gebruiken.



3. Evidence-based geprotocolleerde interventies zijn niet geschikt voor patiënten in de reguliere, dagelijkse behandelpraktijk.
4. Als een evidence-based geprotocolleerde interventie voor een bepaalde patiënt beschikbaar is, dan moet die ook aan de patiënt worden aangeboden.

Bij het formuleren van de stellingen hebben we ervoor gekozen om 'ESTs' te vertalen als 'evidence-based geprotocolleerde interventies'. In de internationale literatuur beschouwt men ESTs als geprotocolleerde behandelingen die door voldoende onderzoeksresultaten onderbouwd zijn (evidence-based). Die vertaling kreeg de voorkeur boven de meer gebruikelijke vertaling: 'empirisch ondersteunde psychologische behandelingen'.

De antwoordmogelijkheden op een 7-punts-Likertschaal varieerden van 'volledig niet akkoord' (1) tot 'volledig akkoord' (7). Verder bevatte de voormeting ook enkele vragen over de steekproef (leeftijd, jaren ervaring, al dan niet een psychotherapieopleiding gevolgd hebben, voorkeur voor psychotherapeutische stroming). Die items werden in overleg met de VVKP gekozen.

Resultaten

Steekproef

We ontvingen ingevulde vragenlijsten van 122 deelnemers; van 92 participanten beschikken we over zowel een voor- als een nameting. Voor alle verdere analyses maken we gebruik van die 92 metingen. Deze steekproef bevat 64,34% van de aanwezigen (143 personen). De VVKP telde op het moment van de studiedag 1907 leden; van de aanwezigen op de studiedag was 93% (133 personen) VVKP-lid. Onze steekproef vertegenwoordigt dus ongeveer 4,50% van de VVKP-leden.

Van de 92 participanten geven er 90 (97,83%) aan over een master in de psychologie te beschikken, 1 (1,08%) participant geeft aan geen masterdiploma te bezitten en van 1 (1,08%) persoon ontbreken die gegevens. 61 participanten (66,30%) ronden een drie- of vierjarige therapeutische opleiding af, 6 participanten (6,52%) volgen een dergelijke opleiding, 23 participanten (25,00%) hebben geen langdurige therapieopleiding gevolgd en van 2 participanten (2,17%) ontbreken die gegevens.

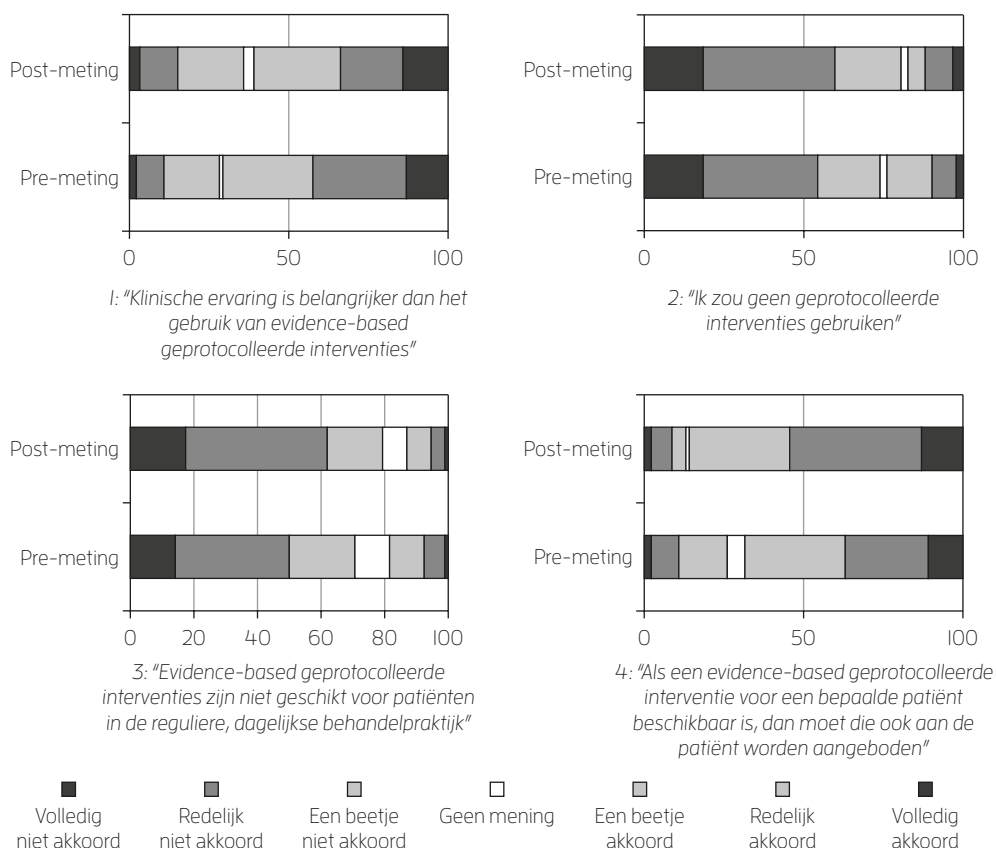
Gevraagd naar welke therapeutische oriëntatie hun voorkeur heeft, duiden 29 (31,52%) '(cognitieve) gedragstherapie' aan, 14 (15,22%) 'cliëntgerichte-experiëntiële therapie', 15 (16,30%) 'partnerrelatie, gezins- en systeemtherapie', 14 (15,22%) 'psychoanalytische of psychodynamische therapie'. 14 participanten (15,22%) geven een andere stroming op, bijvoorbeeld: oplossingsgerichte, integratieve of interactionele. 5 participanten (5,43%) geven aan meerdere van de traditionele stromingen te combineren en 1 participant (1,09%) geeft geen voorkeur op. Gemiddeld heeft onze steekproef 14,09 jaar ervaring ($SD = 11,23$; $n = 88$).



Attitudes over werken met ESTs en invloed van de keynotelezing op die attitudes

Figuur 1 toont de verdeling van de antwoorden op de vier stellingen voor en na de interventie.

Figuur 1. Frequentie van antwoorden op de attitudemeting bij de voor- en nameting (%) in een gestapeld staafdiagram (100%) per stelling; N = 92.



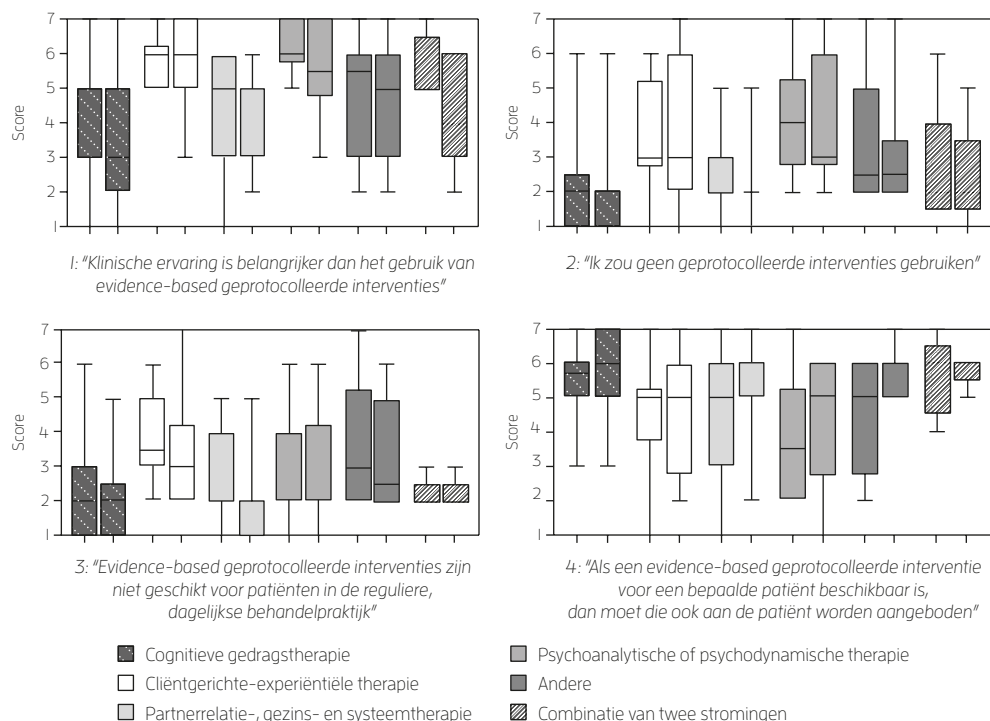
65 participanten (70,65%) geven bij de voormeting (n = 92) aan een beetje tot volledig akkoord te gaan met de stelling dat klinische ervaring belangrijker is dan het gebruik van evidence-based geprotocolleerde interventies, 26 participanten (28,26%) gaan een beetje niet tot volledig niet akkoord en 1 participant (1,09%) geeft aan geen mening te hebben. Met stelling 2 ('Ik zou geen geprotocolleerde interventies gebruiken') gaan 22 participanten (23,91%) een beetje tot helemaal akkoord, 68 participanten (73,91%) een beetje niet tot helemaal niet akkoord en 2 participanten (2,17%) kiezen voor 'geen mening'. 17 participanten (18,48%) zijn het een beetje tot helemaal eens met de stelling dat evidence-based geprotocolleerde interventies niet geschikt zijn voor patiënten in de reguliere, dagelijkse behandelpraktijk.

65 participanten (70,65%) gaan daar een beetje tot helemaal niet akkoord mee, 10 participanten (10,87%) kiezen voor 'geen mening'. Met de vierde stelling ("Als een evidence-based geprotocolleerde interventie voor een bepaalde patiënt beschikbaar is, dan moet die ook aan de patiënt worden aangeboden") gaan 63 participanten (68,48%) een beetje tot helemaal akkoord, 24 participanten (26,08%) een beetje niet tot volledig niet akkoord en 5 participanten (5,43%) kiezen voor 'geen mening'.

Wanneer we voor de vier stellingen kijken of de antwoorden correleren met jaren ervaring (Pearsoncorrelatiecoëfficiënt), zien we voor de 88 deelnemers die hun jaren ervaring opgeven, bij geen enkele stelling een significante correlatie tussen beide variabelen (respectievelijk voor stelling 1: $r = 0,21$, $p = 0,05$; stelling 2: $r = 0,02$, $p = 0,88$; stelling 3: $r = 0,19$, $p = 0,08$; stelling 4: $r = -0,03$, $p = 0,79$).

Gezien de mogelijke samplebias, de lage aantallen per therapiestroming en de afwezigheid van een a-priorihypothese, kozen we ervoor om de verschillen tussen de voorkeur van stromingen niet te onderzoeken. Maar een visuele analyse aan de hand van *boxplots* (zie figuur 2), die de attitudes bij voor- en nameting per voorkeur van stroming toont, kan informatief zijn voor stakeholders zoals organisatoren van therapieopleidingen en -verenigingen.

Figuur 2. Boxplots² tonen voor de vier vragen minimum, maximum, mediaan, interkwartielafstand per voorkeur van stroming bij voor- en nameting van attitudes (1 = volledig niet akkoord tot 7 = volledig akkoord). $N = 91$, waarvan (cognitieve) gedragstherapie ($n = 29$), cliëntgerichte-experiëntiële therapie ($n = 14$), partnerrelatie-, gezins- en systeemtherapie ($n = 15$), psychoanalytische of psychodynamische therapie ($n = 14$), andere ($n = 14$), combinatie van twee stromingen ($n = 5$).





Of een keynotespreker op korte termijn invloed kan hebben op de attitudes van klinisch psychologen, gingen we na aan de hand van *'paired sample t-tests'*. Op drie stellingen schoven de deelnemers op in de door de spreker gewenste richting: zo verschoven de antwoorden in de richting van het belang van het gebruik van evidence-based geprotocolleerde interventies boven klinische ervaring (stelling 1: $t(91) = 2,85$, $p = 0,01$), gingen de deelnemers meer akkoord met de stelling dat evidence-based geprotocolleerde interventies geschikt zijn voor patiënten in de reguliere, dagelijkse behandelpraktijk (stelling 3: $t(91) = 2,59$, $p = 0,01$) en werd de stelling dat als een evidence-based geprotocolleerde interventie voor een bepaalde patiënt beschikbaar is, die dan ook aan de patiënt moet worden aangeboden, meer door de deelnemers onderschreven (stelling 4: $t(91) = -3,63$, $p < 0,01$). Enkel voor stelling 2 ('Ik zou geen geprotocolleerde interventies gebruiken') vonden we geen significant effect in de door de spreker gewenste richting ($t(91) = 1,60$, $p = 0,11$).

Discussie

Met deze illustratie van disseminatie- en implementatiestudies willen wij de toegevoegde waarde van dit onderzoeks domein voor de implementatie van psychologische interventies in Vlaanderen aantonen. Attitudes van clinici zijn daar slechts één onderdeel van. De resultaten van deze studie ondersteunen, ongeacht de beperkingen, de stelling dat in Vlaanderen zeker nog niet iedereen gebruikmaakt van ESTs. Verder vonden we dat een keynotelezing een significant effect heeft op de attitudes in de door de spreker gewenste richting op drie van de vier stellingen, en dat de antwoorden niet correleren met jaren ervaring. Gezien de beperkingen in het (eerder illustratieve) onderzoeksdesign is echter voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van die data. Er is de samplebias: het onderzoek betreft enkel de klinisch psychologen aanwezig op de VVKP-studiedag. En aangezien de nameting zo snel volgde op de lezing, is niet in te schatten in welke mate de verschuiving in attitudes blijvend van aard is. De afwezigheid van een controlegroep impliceert tevens dat we niet zeker weten of de verandering in attitudes niet enkel het gevolg is van een hertesteffect. Het onderzoeksdesign zou interessanter zijn als twee interventies met elkaar vergeleken kunnen worden, bijvoorbeeld: twee verschillende sprekers, of een spreker versus een workshop, een boek of onlinemodule. Ongeacht de beperkingen nodigen de resultaten uit tot een denkoefening over de manier waarop deze attitudes vanuit verschillende invalshoeken beïnvloed kunnen worden, bijvoorbeeld: in de basisopleiding, door supervisors tijdens stages, tijdens therapieopleidingen, workshops, studiedagen, enzovoort. Ook een onafhankelijke en vrij toegankelijke bron als centraal punt van waaruit disseminatie van ESTs plaatsvindt, zoals bijvoorbeeld het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dat in het Verenigd Koninkrijk doet, zou een belangrijke stap vooruit kunnen zijn. Voor België zou het logisch zijn om klinische behandelrichtlijnen (gebaseerd op ESTs) in het aanbod van gevalideerde behandelrichtlijnen voor alle zorgberoepen te integreren. Het KCE publiceerde recent een advies

(Benahmed et al., 2017) over hoe die richtlijnen het best aangepast kunnen worden aan de behoeften van gebruikers, maar zoals vermeld, ontbreken de klinisch psychologen in dat advies. Verder zijn de resultaten mogelijk een inspiratiebron voor uitgebreider en degelijker onderzoek naar de attitudes van klinisch psychologen ten aanzien van het gebruik van ESTs. Voorbeelden van relevante onderzoeksvragen zijn: 'Hebben negatieve attitudes van klinici ten opzichte van ESTs eerder te maken met de manier waarop bewijskracht wordt gedefinieerd of eerder met hoe richtlijnen eruitzien?' (Borntrager, Chorpita, Higa-McMillan, & Weisz, 2009), of 'Zien attitudes ten opzichte van specifieke ESTs er anders uit dan ten opzichte van EBP in het algemeen?' (Reding, Chorpita, Lau, & Innes-Gomberg, 2014). Maar ook wanneer de focus niet ligt op ESTs, kunnen DI-studies een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg doordat het bruggen tracht te slaan tussen wetenschap en praktijk.

Dit onderzoek dient voornamelijk als een illustratie van DI-studies, en dit artikel als feedback aan de participerende collega's. Verdere interpretaties van de resultaten, zoals het identificeren van de meest relevante factoren (leeftijd, geslacht, ervaring, voorkeur voor psychotherapeutische oriëntatie), worden overgelaten aan de betreffende stakeholders, maar dienen bij voorkeur te gebeuren op basis van een uitgebreidere attitudemeting onder klinisch psychologen en bij stakeholders in wier context klinisch psychologen actief zijn.

Conclusie

De resultaten van dit illustratieve disseminatieonderzoek tonen ten eerste aan dat de klinisch psychologen die op een studiedag van de VVKP aanwezig waren, verschillen vertonen qua attitudes ten opzichte van het gebruik van ESTs; een minderheid staat weigerachtig tegenover het gebruik ervan. Ten tweede blijkt dat attitudes, althans op korte termijn, enigszins beïnvloedbaar zijn door het verspreiden van informatie (via een keynotelezing). Het beïnvloeden van attitudes van klinici is echter slechts één mogelijke insteek om ESTs meer beschikbaar te maken voor patiënten. DI-onderzoek kan zowel op micro-, meso- als macroniveau een belangrijke bijdrage leveren aan dit proces.

Noten

1. Bijvoorbeeld: de richtlijnen van de Nederlandse Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut, te raadplegen via <https://www.ggzrichtlijnen.nl>.
2. Bijvoorbeeld: voor stelling 1 kan men aflezen dat de attitudes van psychologen met een voorkeur voor cognitieve gedragstherapie over het algemeen al bij voormeting dicht aansloten bij wat de spreker voor ogen had (mediaan op score 3 = een beetje niet akkoord), maar ook dat de attitudes verdeeld zijn (ongeveer 50% antwoordde tussen 'een beetje akkoord' en 'een beetje niet akkoord' en de antwoorden variëren tussen 'volledig niet akkoord' (minimum) tot 'volledig akkoord' (maximum)). Bij de nameting kan men zien dat de spreiding, ondanks eenzelfde



mediaan, nog wat opgeschoven is in de door de spreker gewenste richting (ongeveer 50% antwoordde tussen 'een beetje akkoord' en 'redelijk niet akkoord').

Literatuur

- Aarons, G.A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6, 61-74. doi:10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65
- Addis, M.E., & Krasnow, A.D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 331-339. doi:10.1037/0022-006X.68.2.331
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Autrique, M., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., & Sabbe, B. (2008). Practitioners' attitudes concerning evidence-based guidelines in Belgian substance abuse treatment. *European Addiction Research*, 15, 47-55. doi:10.1159/000173009
- Benahmed, N., Adriaenssens, J., Christians, W., & Paulus, D. (2017). *Naar een aanpassing van de KCE richtlijnen aan de behoeften van gebruikers – Synthese. Method* (KCE Report 284As. D/2017/10.273/15B). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_284A_Aanpassing_KCE_Richtlijnen_Synthese.pdf
- Borntrager, C.F., Chorpita, B.F., Higa-McMillan, C., & Weisz, J.R. (2009). Provider attitudes toward evidence-based practices: Are the concerns with the evidence or with the manuals? *Psychiatric Services*, 60, 677-681. doi:10.1176/appi.ps.60.5.677
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4:50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In J. Van Der Heyden & R. Charafeddine (Red.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn* (pp. 795-954). Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Hannes, K., Pieters, G., Goedhuys, J., & Aertgeerts, B. (2010). Exploring barriers to the implementation of evidence-based practice in psychiatry to inform health policy: A focus group based study. *Community Mental Health Journal*, 46, 423-432. doi:10.1007/s10597-009-9260-1
- Herschell, A.D., McNeil, C.B., & McNeil, D.W. (2004). Clinical child psychology's progress in disseminating empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 267-288. doi:10.1093/clipsy.bph082
- Keijsers, G.P.J. (2014). Het grote psychotherapie-debat. *Tijdschrift Gedragstherapie*, 47, 157-173. <http://dx.doi.org/10.1007/s12485-015-0026-7>
- Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog (2 april 2014). *Belgisch Staatsblad*, 16-05-2014.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos Instituut. GGZ-richtlijnen. Geraadpleegd op 21 maart 2018 op <https://ggzrichtlijnen.nl>
- Lilienfeld, S.O., Ritschel, L.A., Lynn, S.J., Cautin, R.L., & Latzman, R.D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883 – 900. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.008
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7



- Reding, M.E.J., Chorpita, B.F., Lau, A.S., & Innes-Gomberg, D. (2014). Providers' attitudes toward evidence-based practices: Is it just about providers, or do practices matter, too? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 767-776. doi:10.1007/s10488-013-0525-1
- 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. doi:10.1016/j.brat.2009.07.003
- Stroobants, T., Vanderfaeillie, J., Andries, C., & Van Holen, F. (2016). Youth care workers' perspectives on and adoption of evidence-based practice. *Children and Youth Services Review*, 71, 299-307. doi:10.1016/j.childyouth.2016.11.017
- Superior Health Council. (2015). *Definition of and competency profile for clinical psychology in Belgium* (Advice No. 9194). Brussel: SHC.
- Tolin, D.F., McKay, D., Forman, E.M., Klonsky, E.D., & Thoms, B.D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 317-338. doi:10.1111/cpsp.12122

Summary

Dissemination of empirically supported psychological treatments: Measuring and influencing attitudes of Flemish clinical psychologists

Despite the increase of empirically supported psychological treatments (ESTs), research shows that ESTs do not easily find their way to clients (Shafran et al., 2009). This discrepancy can lead to all kinds of hypotheses and discussion about why this is the case, but research into this phenomenon is context-dependent and has not been conducted for clinical psychologists in Flanders. Internationally, this research question has found its place in the research domain 'Dissemination & Implementation Studies' (DI). This research domain seeks to bridge the gap between science and practice. The clinical field in Flanders would also benefit from more similar research. As an illustration, we measure attitudes of clinical psychologists before and after a keynote lecture that attempts to influence attitudes about working with ESTs. Results show that clinical psychologists are divided on the questions asked, and attitudes can be influenced, at least on the short term, by a keynote lecture.

Keywords: dissemination, empirically supported treatments, EST, evidence-based practice

Personalia

Kris Martens is klinisch psycholoog, gedragstherapeut en doctoraatsstudent bij de onderzoekseenheid Gedrag, Gezondheid & Psychopathologie, KU Leuven.

E-mail: kris.martens@kuleuven.be

Tara Santens is orthopedagoog en doctoraatsstudent bij de onderzoekseenheid Gezins- en Orthopedagogiek, KU Leuven.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.