

Hoe bewezen en effectief is EBP?

# Outcome based als alternatief

Werken met methoden waarvan het effect is aangetoond, wie kan er tegen zijn? Is EBP echter de aangewezen manier om de professionaliteit van het maatschappelijk werk te verbeteren? Er zijn vier zwaarwegende redenen waarom niet. Er is echter een alternatief dat én effectief is én beter past bij het maatschappelijk werk.

door Sjef de Vries

Volgens *Evidence Based Practice* (EBP) moet wetenschappelijke kennis een rol spelen in de hulpverlening, naast de expertise van de hulpverlener en die van de cliënt. Ik kan dat beamen.

Gebruik van voortschrijdend inzicht in wat werkt is onderdeel van professioneel handelen. Dat is niet nieuw. De meeste methodiekboeken baseren zich op wetenschappelijk gefundeerde inzichten. Dat is *evidence informed* handelen. In *evidence based* handelen speelt echter de veronderstelde bewezen effectiviteit van een methode de hoofdrol.

Het is om meerdere redenen bezwaarlijk om in het maatschappelijk werk te werken vanuit het medisch model en de daaruit voortvloeiende EBP (zie voor een uitgebreide bespreking De Vries, 2007). Een aantal zal ik hier kort bespreken. Ten eerste hanteert het maatschappelijk werk een cliënt- en vraagericht begeleidingsmodel met empowerment als doel. Het medisch model is daarentegen methode- en aanbodgericht en heeft behandeling als doel. Er wordt daarbij van uitgegaan dat het aanbod van probleemanalyse + diagnose + behandelingsplan + specifieke (bewezen) interventies bepalend is voor het effect. Het medisch model past dus niet goed bij de aard en de gegroeide praktijk van het maatschappelijk werk. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in het maatschappelijk werk weinig expertise is opgebouwd in het werken vanuit dat model.

## Effectiever?

Ten tweede, er is veel wetenschappelijk bewijs dat het werken via het medisch model en EBP niet effectiever is.<sup>1</sup> Het voert hier te ver de methodologische kritiek op RCT-onderzoek (het selecteren van 'geschikte' cliënten, het vergelijken van ongelijkwaardige hulpverleningsvormen) te beschrijven, maar Trudy Dehue (2008) laat overtuigend zien waarom men vaak aan de waarde van wetenschappelijk bewijs moet twifelen. Overzichten van vijftig jaar therapieonderzoek (Lambert, 2004) laten zien dat diagnoses weinig bijdragen aan het effect, dat wie welke behandeling krijgt niet afhangt van de gestelde diagnose maar van sociale factoren als leeftijd, sekse, cultuur, sociale klasse. Ten slotte blijken de diverse methoden en specifieke interventies ongeveer even effectief te zijn (De Vries, 2007). Een voorbeeld:

de Korte Oplossingsgerichte Therapie (KOT) is momenteel populair. Er zijn negentig onderzoeken (waaronder zes RCT) uitgevoerd, waarin de KOT werd vergeleken met EBP. Het blijkt dat de KOT tot significante effecten leidt. Slechts twee meta-analyses maken duidelijk dat de KOT niet beter werkt dan andere methoden. Interessant is dat de KOT niet werkt met diagnoses, behandelingsplannen en specifieke interventies. Deze onderzoeken laten zien dat men dus even effectief kan werken zonder.

## De cliënt zelf

Andere factoren dan methoden hebben meer invloed op het effect. De voornaamste factor is de cliënt zelf: het resultaat van de hulp is voor het grootste deel afhankelijk van wat hij of zij ermee doet. De andere zogenaamde *common factors*, zoals de persoon van de hulpverlener, placebo-effecten als hoop en de werkrelatie blijken elk meer bepalend voor het effect dan methoden. Er is zoveel overtuigend bewijs hiervoor dat het zinniger is om deze *common factors* als *evidence based* te beschouwen in plaats van methoden. Het gebruik van deze *common factors* is de kern en de kracht van het maatschappelijk werk, ook naar het oordeel van cliënten. Dit alles wil niet zeggen dat methoden overbodig zijn, zij zijn noodzakelijk als houvast voor de hulpverlener en zij geven structuur en inhoud aan de hulpverlening. Het heeft zin om de aard van bepaalde problemen wetenschappelijk te onderzoeken en de effecten van behandeling te bezien. Het helpt fouten te vermijden en bevordert succesvolle interventies. Maar de gehanteerde methode lijkt minder belangrijk dan de aansluiting bij wat de cliënt denkt dat helpt en bij zijn of haar mogelijkheden om de interventies te hanteren en integreren in zijn of haar leven.

## Efficiënt?

Een derde punt is dat het maatschappelijk werk altijd met complexe en verweven problemen te maken heeft en dat EBP-onderzoek zich bij voorkeur richt op enkelvoudige, want beter te meten (DSM) problemen. Het is dus geen wonder dat een overzicht naar bewezen effecten bij een typische doelgroep van het maatschappelijk werk, zoals multiprobleemgezinnen,



Hanneke Verweij-van der Kamp, algemeen maatschappelijk werker, Zuwe, Woerden: 'Omdat het steeds belangrijker wordt om aan opdrachtgevers inzichtelijk te maken wat je doet, lijkt *evidence based* werken mij een goede stap. Het is belangrijk om op een heldere wijze te beschrijven wat het werk inhoudt en wat de bewezen effecten zijn van wat we doen als maatschappelijk werker.'

weinig eenduidige gegevens oplevert (Tabibian, 2006). In andere werksoorten die met complexe problemen werken, zoals reclasering, lijkt het effect ook eerder afhankelijk van algemene werkprincipes dan van specifieke methoden (Menger & Krechtig, 2004).

In de jeugdhulpverlening zijn in vijftien jaar 99 onderzoeken gedaan, slecht zestien leveren min of meer betrouwbare conclusies op en die zijn niet allemaal positief. Dit zet vraagtekens bij de lijst *Effectieve Jeugdinterventies* die voor een groot deel op hetzelfde onderzoeksmateriaal berust. Daarop staan meer dan zeventig door deskundigen als (tenminste in theorie) effectief of deels effectief beoordeelde interventies. Bovendien blijken de jeugdinterventies waarvan wel bekend is dat zij effectief zijn, vaak niet algemeen beschikbaar en worden dus amper gebruikt (Speetjens, 2007). Kortom, het ontwikkelen, onderzoeken en implementeren van EBP voor complexe probleemsituaties is een veel geld en energie vragende zaak met tot nu toe een mager resultaat. Daarbij komt dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat het werken met EBP in de dagelijkse praktijk effectiever is dan zonder.

### **Niet zonder gevaar**

De claim 'bewezen effectief' is niet zonder gevaar. Ook als er met de expertise van de hulpverlener en de wensen van de cliënt rekening gehouden wordt, zal de nadruk komen te liggen op het zogenaamd bewezen effect van de interventie c.q. methode. Terecht maken de auteurs van de inleiding van dit themanummer daar bezwaar tegen. Maar waarschijnlijk zijn zij te idealistisch en te subtiel voor financiers en beleidsmakers. Momenteel gaan overheden en managers al op de stoel van de inhoudelijk deskundige zitten en leggen zij hun instelling of gemeente een methode op met verwijzing naar de zogenaamde bewezen effectiviteit ervan. Of de hulpverleners en cliënten met deze vaak geprotocolleerde methoden willen en kunnen werken, speelt daarbij een geringe rol. (Buitenlandse) methodiekontwikkelaars worden aangetrokken voor een intensief, vaak duur trainingsprogramma. Dat daarin belangen van advies-, trainings- en onderzoeksbureaus een rol in spelen, mag duidelijk zijn. Een voorbeeld is hoe het met de *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie* is gegaan. Dehue (2008) beschrijft hoe deskundigen op basis van RCT-onderzoeken uitspraken gedaan hebben over

welke medicijnen en therapieën bewezen effectief waren en dus de voorkeur verdienen. Deze richtlijnen werden gepubliceerd hoewel de cliëntenvertegenwoordigers en een deel van de hulpverleners (huisartsen) het daarmee oneens waren. Andere deskundigen publiceerden meta-analyses van medicijn-

## Het ontwikkelen, onderzoeken en implementeren van EBP voor complexe probleemsituaties is een veel geld en energie vragende zaak met tot nu toe een mager resultaat

onderzoeken en kwamen tot geheel andere conclusies dan die in de richtlijnen. Maar, zoals Dehue het uitdrukt, de karavaan trekt verder en inmiddels zijn deze richtlijnen in het kader van Diagnose Behandel Combinaties door de verzekeraars al bijna voorschrift geworden.

Zelfs aperte voorstanders van het werken met EBP (Roth en Fonagy, 2005) waarschuwen tegen een onkritisch gebruik van het argument 'bewezen effectief'. Zij besluiten hun diepgaande overzicht naar EBP met een wezenlijke opmerking: '(...) wat ook de werkzaamheid van een interventie is, zijn effectiviteit in de dagelijkse setting kan niet gegarandeerd worden. Dit betekent dat de belangen van cliënten niet per se behartigd worden door simpelweg te claimen dat men werkt met een behandeling die "Bewezen Effectief" is.' (p.486).

### Onderbouwd alternatief

Er is een alternatief de hulpverlening te verbeteren op een wetenschappelijk onderbouwde manier die beter past bij het maatschappelijk werk én direct ten dienste staat van de actuele hulpverlening. Men richt zich daarbij niet op de methode maar op de uitkomst: *Outcome based*. In plaats van de vraag 'hoe weet ik dat wat ik ga doen met de cliënt zal werken?', stelt men zich de vraag 'hoe weet ik dat wat ik en de cliënt samen gedaan hebben werkt voor hem of haar?' Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt het toetsen en eventueel bijsturen van de vooruitgang die de cliënt maakt meer positief effect heeft dan het inzetten van een andere methode (Duncan, Miller & Sparks 2004).

Uit onderzoeken komen twee voorspellers van het effect van de hulp naar voren:

- de perceptie van de cliënt van zijn of haar vooruitgang en
- hoe de cliënt de werkrelatie ervaart.

Als de cliënt in het derde gesprek geen vooruitgang merkt en/of de werkrelatie negatief beoordeelt, is de kans op succes erg klein. Het heeft dus zin om dat na te gaan. Het per sessie of per drie sessies systematisch meten van de vooruitgang en de ervaren werkrelatie is hét middel om de effectiviteit te meten en eventuele stagnatie direct te constateren. Het is een eenvoudige methode die weinig tijd vraagt. Het is een steun voor de hulpverlener, die de kans krijgt direct en in samenspraak met de cliënt bij te sturen als zijn of haar hulp niet helpt.

Er zijn lijsten ontwikkeld om de hulpverlening zo systematisch

te evalueren. Deze lijsten zijn door maatschappelijk werkers en cliënten gemakkelijk te gebruiken. Er bestaat een Nederlandse versie die voor privé-gebruik gratis is te downloaden via [www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com). Instellingen kunnen op die website alle informatie vinden om de werkwijze met behulp van een computerprogramma in te voeren.

De tussentijdse evaluaties empoweren de cliënt: hij of zij krijgt medezeggenschap over de hulpverleningsingrediënten, over wat helpt, over welk resultaat voor hem of haar belangrijk is en hoe hij of zij geholpen wil worden. Bovendien hoeft de hulpverlener geen nieuwe methodes aan te leren en kan zich richten op die factoren met een grotere invloed op het effect: de werkrelatie en het afstemmen op de cliënt zodat deze de hulp kan hanteren.

Sjef de Vries is directeur en trainer bij het Nascholingscentrum Maatschappelijk Werk (NMW).

### Noot

1. In dit artikel worden stevige uitspraken gedaan over de effectiviteit van het medisch model, over EBP, het maatschappelijk werk, over wat werkt, etc. De wetenschappelijk onderbouwing daarvan vindt u in De Vries (2007).



### Bronnen

- Dehue, T. (2008), *De depressie-epidemie*, Amsterdam: Augustus.
- Duncan, B. S. Miller & J. Sparks (2004), *The Heroic Client*, San Francisco: Jossey Bass.
- Lambert, M. J. (2004), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behaviour change*, 5th edition. New York: Wiley.
- Menger, A. & L. Krechtig (2004), *Het delict als maatstaf*, Amsterdam: SWP.
- Roth, A. & P. Fonagy (2005), *What Works for whom?*, Londen: Guilford Press.
- Speetjes, P. (2007), 'Overzicht van vijftien jaar jeugdonderzoek' In: *JeugdenCo/ Kennis*, nr.3. pp.30-38.
- Tabibian, N. (2006), *Effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vries, S. de. (2007), *Wat Werkt? De kern en kracht van het Maatschappelijk Werk*, Amsterdam: SWP.