

VU Research Portal

Feedback Informed Treatment in emergency psychiatry, a poor FIT?

van Oenen, F.J.

2017

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Oenen, F. J. (2017). *Feedback Informed Treatment in emergency psychiatry, a poor FIT?*.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

SAMENVATTING (NEDERLANDS)

Het doel van dit proefschrift is te onderzoeken of het toepassen van feedback tot betere behandelresultaten leidt bij cliënten met psychiatrische en/of ernstige psychosociale problematiek die worden aangemeld in een crisissituatie. De hier onderzochte vorm van feedback is ‘onmiddellijke cliëntenfeedback’ waarbij de cliënt zijn klachten, welbevinden en perceptie van de samenwerking scoort via een geformaliseerd meetinstrument. De aldus verzamelde scores worden in kaart gebracht en tijdens iedere sessie gezamenlijk besproken door therapeut en cliënt. Het effect van deze feedback is onderzocht in een *randomised controlled trial*, waarbij de resultaten worden vergeleken van twee groepen cliënten: de groep cliënten die mét toevoeging van feedback werd behandeld en de groep cliënten waarbij géén feedback werd toegevoegd aan de behandeling.

In bredere zin beoogt het proefschrift inzicht te bieden in de achtergrond van de toepassing van feedback en inspiratie en handvatten te bieden voor de clinicus met betrekking tot toepassing van feedback en, meer algemeen, het optimaal laten aansluiten van de behandeling bij de cliënt en diens context.

Om de clinicus te inspireren worden in een drietal essays een aantal praktijkreflecties, overwegingen en modellen geschetst die de clinicus kunnen helpen richting te geven aan het proces van aansluiten bij de cliënt en diens naasten.

Vervolgens wordt in een drietal onderzoekartikelen beschreven hoe de toepassing van cliëntenfeedback in de praktijk van een crisisdienst is onderzocht en welke resultaten dit opleverde. Daarnaast wordt in een vierde onderzoekartikel een studie naar een ander aspect van het aansluiten bij de context van de cliënt beschreven, namelijk het betrekken van naasten bij de behandeling. Dit artikel betreft een *observational patient control study*, waarin wordt onderzocht of een relatie kan worden gevonden tussen het betrekken van naasten bij de behandeling en het behandelresultaat van de cliënt.

Daarna worden de bevindingen van deze studie in algemene zin behandeld, een aantal methodologische overwegingen passeren de revue, de implicaties van de bevindingen voor de praktijk worden besproken en tenslotte worden aanbevelingen voor verder onderzoek geformuleerd.

Inleiding

In de inleiding wordt beschreven dat het toepassen van feedback zijn grondslag vindt in een theoretisch model dat wordt aangeduid als het Contextueel model. De centrale gedachte hierin is dat niet zozeer specifieke modellen verantwoordelijk zijn voor het effect van psychotherapie, maar algemeen werkzame factoren die alle therapievormen gemeenschappelijk hebben. Dit betreft 1) een authentieke, goede samenwerkingsrelatie 2) het creëren van verwachtingen en 3) het uitvoeren van gerichte handelingen of acties. Ook wordt er van uit gegaan dat therapie-effecten voortkomen uit sociale processen en de resultaten dus ook in de sociale context geëvalueerd moeten worden, waarbij de samenwerkingsrelatie als de cruciale factor wordt beschouwd. Een psychotherapie is in deze visie vooral een ‘helend ritueel’ waarbij de specifieke inhoud niet van belang is (binnen ethische grenzen), zolang de therapeut maar in staat is de inhoudelijke aanpak op overtuigende wijze over te brengen. Verder bepaalt de mate van aansluiting tussen therapeut en patiënt –en daarmee dus de persoonlijke karakteristieken van beiden- in deze visie in belangrijke mate de werkzaamheid van de aanpak.

De uitgangspunten van het Contextueel model contrasteren op een aantal punten met de uitgangspunten van het model dat toonaangevend is in het onderzoeksveld in de psychotherapie, het Medisch model. Met name de aannames in het Medisch model dat het toegepaste behandelmodel en te identificeren specifieke werkzame elementen in het behandelmodel de effectiviteit bepalen, en de persoonlijke karakteristieken van de deelnemers in het therapieproces van ondergeschikt belang zijn, staan haaks op de uitgangspunten van het Contextueel model.

Vervolgens worden een aantal dilemma’s in de relatie tussen wetenschap en praktijk beschreven, waarbij een spectrum wordt geschetst met aan het ene uiterste de ‘intuïtieve therapeut’ die zijn inspiratie vooral ontleent aan aansprekende casuïstiek en handvatten die zich lenen voor toepassing in de eigen praktijk en aan het andere uiterste de ‘wetenschapper’ die vooral op zoek is naar cijfermatig onderbouwde, repliceerbare modellen die toepasbaar zijn in meerdere settingen. Betoogd wordt dat de ‘*scientist practitioner*’ in dit spanningsveld een bruggenbouwer kan zijn die zowel inspirerende essays als wetenschappelijke studies tot zich neemt en produceert.

Met betrekking tot het tweede focus van dit proefschrift, het betrekken van naasten bij de behandeling, wordt vastgesteld dat veel richtlijnen aanbevelen om naasten te betrekken bij behandelingen maar dat dit in praktijk maar weinig gebeurt.

Tenslotte stelt de auteur dat het implementeren van een onderzoekstraject gezien kan worden als een helend ritueel voor de behandelaars dat het geloof in eigen kunnen versterkt.

Hoofdstuk 2: Het Drierollenmodel voor de psychiater: contextueel én persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie

Dit essay beoogt therapeuten te stimuleren om te reflecteren op de verschillende rollen die zij vervullen en het belang van het schakelen tussen deze rollen, met als doel zo goed mogelijk aan te sluiten bij de cliënt en diens voorkeuren. Een Drierollenmodel wordt voorgesteld waarin elke rol verbonden is met een denkkader, een gespreksvorm, een bepaald taalgebruik en een bijpassende vorm van feedback.

Er wordt gepleit voor een andere rolopvatting van de psychiater en betoogd dat de traditionele psychiatrische ‘behandeltaal’ onvoldoende mogelijkheden biedt om de meerwaarde van verschillende rollen en denkkaders tot uitdrukking te brengen.

Hoofdstuk 3: ‘Uw wens is mijn gedachte’; over rolkeuze en verrassing in het afstemmingsproces

Dit essay biedt ideeën en handvatten voor therapeuten hoe gebruik te maken van verschillende rollen bij het zoeken naar aansluiting bij de cliënt in de eerste fase van de behandeling.

Om de cruciale vraag van de cliënt ‘Kan deze persoon mij helpen?’ positief te doen beantwoorden dient de therapeut tijdens het allereerste behandelcontact zowel professioneel als persoonlijk aansluiting te vinden bij de cliënt. Het Drierollenmodel kan hierbij als leidraad fungeren. Naast een demonstratie van professionele en persoonlijke rolvervulling zal de therapeut ook het vertrouwen moeten wekken dat hij zowel veiligheid kan bieden als de gewenste verandering teweeg kan helpen brengen. Vanuit de spanning tussen bevestiging en uitdaging kan de therapeut momenten van verrassing doen ontstaan die hoop op verandering introduceren. Tenslotte zal de therapeut, omdat afstemming een uniek persoonlijk proces is, steeds bij de cliënt en naasten feedback moeten vragen om te toetsen of aansluiting in voldoende mate gerealiseerd wordt.

Hoofdstuk 4: ‘Het is mijn vriend die mij mijn fouten toont’; cliëntfeedback als leidraad voor behandeling

Dit essay beschrijft de achtergronden van feedback en beoogt therapeuten te stimuleren om feedback te gebruiken. Er wordt vastgesteld dat de samenwerkingsrelatie veruit de belangrijkste van de bekende werkzame factoren in psychotherapie is, en het gehanteerde therapiemodel een veel kleinere rol speelt, maar dat onderzoekers en behandelaars tot op heden veel energie steken in het ontwikkelen van steeds nieuwe ‘*evidence-based*’ modellen.

Omdat dit geen verbetering van de effectiviteit (uitkomst) van de psychotherapie oplevert is een paradigmawisseling noodzakelijk: niet het model maar de samenwerkingsrelatie en de uitkomst dienen centraal te staan.

Tevens wordt de persoonlijke verantwoordelijkheid van de therapeut voor de resultaten van zijn behandelingen benadrukt en de principes van patiëntgericht onderzoek, feedback in het algemeen en meer specifiek het Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) worden beschreven. In dit systematische geformaliseerde feedback systeem wordt feedback van de cliënten verkregen over de ervaren kwaliteit van de alliantie en het effect van de therapie tijdens iedere sessie. Het uitgangspunt is dat de behandelaanpak zo nodig bijtijds wordt bijgesteld in samenspraak met de cliënt, waardoor het resultaat van de behandeling kan verbeteren en *drop-out* in de behandeling kan verminderen. Daarnaast biedt het gebruik van deze methode interessante therapeutische mogelijkheden.

Hoofdstuk 5: *De opzet van het onderzoek: de 'randomized controlled trial'*

Dit artikel bevat een beschrijving van de onderzoeksopzet van het onderzoek naar de werkzaamheid van onmiddellijke feedback patiënt in de acute psychiatrie, uitgevoerd in het Acut Behandelteam van Arkin (vertaald als 'Crisis Intervention & Brief Therapy team'), een team dat crisisinterventie en kortdurende behandeling biedt aan cliënten die tijdens een crisis worden aangemeld.

Overwegingen bij de opzet van de studie en voor- en nadelen van de opzet worden beschreven, alsmede de principes van het gebruikte feedback instrument PCOMS.

In PCOMS worden de satisfactie over werkrelatie en therapieresultaat aanschouwelijk gemaakt door middel van eenvoudige scoringslijsten, de '*Outcome Rating Scale*' en de '*Session Rating Scale*'. De *Outcome Rating Scale*, in de Nederlandse versie het 'Hoe gaat het met u?'-formulier, scoort het oordeel van de cliënt op verschillende domeinen van diens functioneren en wordt bij aanvang van de sessie afgenomen. Het formulier bestaat uit één A4-formulier met daarop vier lijnen (zgn. '*visual analog scales*') die ieder betrekking hebben op een aspect van het welbevinden van de cliënt: 'individueel', 'relatieel', 'sociaal' en 'algeheel'. De cliënt kruist op iedere lijn aan hoe hij zijn functioneren over de afgelopen periode beoordeelt. De *Session Rating Scale*, in de Nederlandse versie het 'Hoe vond u de bijeenkomst?'-formulier, scoort verschillende aspecten van de alliantie en wordt aan het eind van de sessie ingevuld. Hier wordt gescoord op vier aspecten van de behandelbijeenkomst: de relatie, de nagestreefde doelen, de gevolgde aanpak en de bijeenkomst over het geheel genomen.

Hoofdstuk 6: *Het effect van feedback op de behandelresultaten*

Dit artikel beschrijft de resultaten van het vergelijkend onderzoek tussen de groepen cliënten die mét en zónder feedback werden behandeld. In tegenstelling tot wat de auteurs verwacht hadden, werden geen betere resultaten gevonden in de groep met onmiddellijke feedback in deze acute psychiatrie setting. Het effect van feedback was bij de meting na zes weken zelfs negatief, dat wil zeggen dat de ‘*treatment as usual*’ groep betere resultaten had dan de feedbackgroep.

Dit resultaat contrasteert met een aantal eerdere studies naar het effect van het gebruikte feedback instrument PCOMS in andere behandelsettings, waar wel aanzienlijke verbetering van resultaten werd gevonden bij gebruik van dit feedback instrument. Voor zover wij weten is dit de eerste studie die beschrijft dat onmiddellijke feedback in de psychiatrische praktijk geen resultaat oplevert en zelfs contraproductief kan werken.

Een verklaring zou kunnen zijn dat patiënten niet profiteerden van feedback omdat ze als gevolg van de crisissituatie onvoldoende in staat waren te reflecteren op het behandelproces, en bovendien herhaaldelijk geconfronteerd werden met hun lage niveau van functioneren wat mogelijk een demoraliserend effect had.

Als dit waar is, betekent dit dat het beter is bij patiënten in crisissituaties geen onmiddellijke feedback toe te passen. Een mogelijke implicatie is ook dat het effect van directe feedback gerelateerd is aan de setting van de behandeling en het niveau van functioneren van de patiënt en dat bij sommige andere patiëntgroepen feedback dus ook beter niet toegepast kan worden. Toekomstig onderzoek zou uit moeten wijzen of het niveau van functioneren en het vermogen van de patiënt om te reflecteren het effect van feedback beïnvloeden. Omdat het negatieve effect van feedback niet naar voren zou zijn gekomen als in deze studie geen apart meetinstrument was toegevoegd naast het feedbackinstrument, zou in dergelijke studies onafhankelijk uitkomstmaten moeten worden toegevoegd om onzuiverheid als gevolg van 'sociaal wenselijk' scores in het feedbackproces te voorkomen.

Hoofdstuk 7: *Effect van feedback op de samenwerkingsrelatie*

In dit onderzoek wordt het effect van feedback beschreven op de samenwerkingsrelatie, bij dezelfde onderzoekspopulatie als in het voorgaande hoofdstuk, als onderdeel van dezelfde studie. Feedback over de samenwerking werd verkregen via scores en bespreken van de *Session Rating Scale*, de scorelijst die onderdeel is van PCOMS. De ervaren kwaliteit van de samenwerking werd zes-wekelijks gescoord door cliënten zowel als therapeuten, met een aparte vragenlijst (de HAQ-II. Ook hier werd, in tegenstelling tot wat de

onderzoekers verwachtten, geen positief effect gevonden van de toepassing van feedback. Noch de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie, noch het verschil tussen cliënt en therapeut in hun waardering van de samenwerking werd beïnvloed door feedback. Aangezien dit voor zover bekend de eerste studie is naar het verband tussen onmiddellijke samenwerkingsfeedback en de ervaren kwaliteit van de relatie waarin de relatiekwaliteit met een apart meetinstrument is onderzocht, kan geen vergelijking worden gemaakt met resultaten van andere studies.

Mogelijk geven de resultaten aan dat het toevoegen van de samenwerkingsgeoriënteerde *Session Rating Scale* geen toegevoegde waarde heeft in het feedbackproces. Dit zou kunnen betekenen dat eerdere positieve resultaten van feedback vooral voortkwamen uit feedback over uitkomst scores (*Outcome Rating Scale*) en niet uit samenwerkingsfeedback. Als dit waar is, zou geformaliseerd feedback over de alliantie achterwege gelaten kunnen worden in het feedbacksysteem.

Een mogelijkheid is ook dat het meer specifieke training van de therapeut vraagt om te kunnen profiteren van feedback over de samenwerking. Dergelijke training zou dan niet gericht zijn op de inhoud van de feedback, maar op de attitude die nodig is om feedback te constructief te kunnen ontvangen. Meer onderzoek is nodig om deze hypothese te bevestigen.

In het algemeen ondersteunen de in dit onderzoek gevonden scores op de *Session Rating Scale* het idee dat scores in Europese studies gemiddeld lager zijn dan in Amerikaanse studies. Dit suggereert dat de samenwerkingscores binnen de culturele context en de context van de specifieke behandeling moeten worden geïnterpreteerd en geen vaste internationale drempelwaarde kan worden gehanteerd voor een als voldoende te kwalificeren samenwerkingsrelatie.

Hoofdstuk 8: *Het betrekken van naasten en het effect hiervan op het behandelresultaat*

In een ‘*observational patiënt-control study*’ op basis van de gegevens van de studie die is beschreven in de voorgaande hoofdstukken, werd onderzocht in hoeverre de therapeuten van het Acut Behandelteam er in slaagden om familieleden bij de behandeling te betrekken en of er een verband zou kunnen worden gevonden tussen de betrokkenheid van familieleden en de resultaten van de behandeling.

Via een model van stelselmatige motivatie van cliënten bleek het mogelijk in ongeveer tweederde van de gevallen familieleden te betrekken bij de behandeling van (psychiatrische) patiënten in crisis.

Dit kan worden beschouwd als een hoog percentage, aangezien gezinsinterventies bij de behandeling van patiënten verrassend weinig worden uitgevoerd en sommige patiënten nauwelijks contact met hun familieleden hebben. Het kan echter evengoed worden beschouwd als een vrij laag percentage gezien het feit dat therapeuten in het Acut Behandelteam zich sterk inzetten voor het betrekken van familieleden. In deze studie werd ook gevonden dat ‘alleen wonen’ een negatieve voorspeller is van familiebetrokkenheid.

De resultaten voor de cliënten uit de ‘Naasten Wel Betrokken’ groep werden vergeleken met de resultaten van de ‘Naasten Niet Betrokken’ groep. In deze open studie waren de uitkomsten van de behandeling - met inbegrip van de tevredenheid van patiënten - hetzelfde. Dit suggereert dat er geen reden is terughoudend te zijn met het betrekken van familieleden in de behandeling.

Een gerandomiseerde studie zou nodig zijn om met meer zekerheid vast te stellen of betrokkenheid van familieleden in een behandeling tijdens een crisissituatie geen toegevoegde waarde heeft voor de cliënt; een dergelijke studie zal echter niet eenvoudig te implementeren zijn.

Aangezien bij deze studie niet de belasting voor familieleden of de tevredenheid van de naasten is gemeten, kunnen er geen conclusies worden getrokken over het effect voor hen.

Hoofdstuk 9: *Discussie*

Dit hoofdstuk bevat om te beginnen een kritische beschouwing van de uitkomsten van dit onderzoek. Allereerst worden methodologische overwegingen bij de studieopzet beschreven. Gesteld wordt dat de opzet van het onderzoek passend is bij de uitgangspunten van het contextueel model- de metatheorie waar toepassing van feedback in belangrijke mate op gebaseerd is- in de zin dat alle therapeuten in beide condities deelnemen, waardoor verschillen (in persoonlijke effectiviteit) tussen therapeuten de vergelijking tussen de groepen niet beïnvloeden. Het nadeel van deze keuze is dat er ‘vervuiling’ kan optreden doordat therapeuten onwillekeurig elementen van de feedbackmethode toepassen in de andere groep of omgekeerd. Een kracht van deze studie is dat hij in een naturalistische setting is uitgevoerd. Dit brengt echter ook een aantal bezwaren en beperkingen met zich mee: er was een pre-randomisatieprocedure nodig en duur en aantal zittingen van de behandelingen lopen sterk uiteen. Ook werd niet gecontroleerd in hoeverre de feedback consequent werd toegepast. Een beperking van het onderzoek naar de betrokkenheid van naasten is dat de groepen geformeerd zijn op basis van bereidheid van cliënt en naasten, waardoor een selectie optrad die interpretatie van de resultaten lastig maakt.

Het feit dat naast de feedbackinstrumenten meerdere vragenlijsten zijn afgenomen die (onder andere) klachten, welbevinden en samenwerking meten is een kracht van deze studie en onderscheidt deze studie van veel eerdere feedbackstudies. Het nadelige effect van de toepassing feedback na zes weken zou niet zijn geopenbaard als geen separate meetinstrumenten (BSI en OQ45) waren toegevoegd, aangezien de scores op de *Outcome Rating Scale* dit negatieve effect niet lieten zien.

Wat betreft klinische implicaties moet de kanttekening geplaatst worden dat gezien de hoge lijdensdruk bij de cliënten in deze studie terughoudendheid geboden is bij vergelijking met andere populaties.

In de tweede plaats bevat het hoofdstuk aanbevelingen voor de klinische praktijk. Situatieve factoren kunnen reden zijn om het toepassen van onmiddellijke feedback achterwege te laten. Dit geldt voor acute crisissituaties, hier kan beter geen onmiddellijke feedback worden toegepast. Een vergelijkbare overweging geldt mogelijk wat betreft cliëntfactoren: bij cliënten die door hun persoonlijkheidsstructuur weinig ruimte voor reflectie hebben zal feedback ook weinig meerwaarde hebben. Wat betreft therapeutfactoren geldt dat het negatieve effect van feedback mogelijk deels het gevolg is van ‘rolverzwakking’, met name in situaties waarin de therapeut in de expertrol feedback over de alliantie vraagt. Hier kan mogelijk het vertrouwen in de expert worden aangetast doordat de expert de eigen aanpak tot onderwerp van discussie maakt. De aard en vorm van het feedbackproces dienen daarom wellicht mede bepaald te worden op basis van de rol die de therapeut vervult. In situaties waarin de therapeut overwegend de expertrol vervult kan hij waarschijnlijk beter geen formele feedback over de samenwerking vragen.

Feedback van de cliënt dient dus steeds verkregen te worden op een wijze die passend is bij de therapeut, de cliënt en de context, conform de uitgangspunten van het Contextueel model.

Daarbij moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat de patiënt sociaal wenselijke scores invult. Vooralsnog is onduidelijk of formeel scoren van de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie leidt tot betere samenwerking. Ook moet er mee rekening gehouden worden dat feedbackscores cultuurgevoelig zijn waardoor scores in de eigen context geïnterpreteerd moeten worden.

Tenslotte wordt vastgesteld dat er in de geestelijke gezondheidszorg sprake is van een paradoxale situatie: uit onderzoek blijkt dat alle behandelmodellen even werkzaam zijn maar toch worden door therapeuten voortdurend nieuwe modellen omarmd.

Dit laatste is verklaarbaar doordat alle betrokken partijen in de geestelijke gezondheidszorg stelselmatig aanzetten tot het zoeken naar nieuwe, betere modellen. Dit leidt tot geldverspilling, ondermijning van professioneel zelfvertrouwen bij therapeuten en irreële verwachtingen bij patiënten. De auteur pleit er voor dat therapeuten deze paradoxale situatie onderkennen en de beperkingen van de kennis betreffende het therapeutische proces benadrukken. Omdat geen een behandelmodel superieur is kan de therapeut zich vrij voelen het model te kiezen dat het beste bij hem past, mits hij toetst of het model ook aansluiting vindt bij de patiënt.

Dit betekent dat, bij de huidige stand van zaken, de *'scientist practitioner'* moet accepteren dat hij voortdurend op zoek is naar een optimale combinatie van (onbetrouwbare) intuïtie en (beperkte) kennis. Dit vraagt uiteindelijk vooral *'phronesis'*, praktische wijsheid.

In de derde plaats bevat het hoofdstuk aanbevelingen voor verder onderzoek. Onderzoek zal moeten uitwijzen of het (al dan niet situatief bepaalde) reflectief vermogen en de hoogte van de lijdensdruk van invloed zijn op het profiteren van feedback. Dergelijke studies dienen aparte meetinstrumenten toe te voegen, naast de feedbackinstrumenten, om sociaal wenselijke scores op het feedbackinstrument te kunnen corrigeren.

Verder is onderzoek nodig om vast te stellen of formele onmiddellijke feedback met betrekking tot de samenwerking leidt tot beter samenwerking en/of betere behandelresultaten. In de opzet van toekomstig onderzoek zal de invloed van de therapeut meegenomen moeten worden als variabele, waarbij verschillen tussen therapeuten zoveel mogelijk geëlimineerd kunnen worden door therapeuten in beide condities te laten deelnemen. Tevens moet daarbij dan echter wel bias als gevolg van toewijding aan een bepaald model geëlimineerd worden. Ook is onderzoek nodig om te bezien of het betrekken van naasten in crisissituaties tot beter behandelresultaten leidt en meerwaarde heeft voor de naasten.

Tenslotte zal moeten blijken of het Medisch model of het Contextueel model een beter uitgangspunt biedt voor verder ontwikkeling van het psychotherapievakgebied. Wanneer op geen van beide gebieden doorbraken plaatsvinden dient overwogen te worden of psychotherapie wellicht meer als kunst dan als wetenschap benaderd dient te worden, waarbij wetenschappelijk onderzoek vooral de grenzen van het vakgebied afbakent maar geen richting

geeft aan de -strikt individuele- inhoudelijke invulling van de behandeling. Het accent zal dan meer op kwalitatief dan op kwantitatief onderzoek moeten liggen.