

Het online najaarscongres vindt plaats op donderdag 5 november. Graag willen wij de deelnemers de mogelijkheid bieden om de hele maand november alle parallelsessies terug te kijken. Voor extra accreditatiepunten kunnen de deelnemers dan kiezen of ze 4 sessies (3 punten) of 8 sessies (6 punten) terugkijken. Kan dit meegenomen worden in de beoordeling?

**Mijn cliënt is echt anders!
Evidence-based werken is persoonlijker *als* je denkt**

prof. dr. Bea Tiemens
Radboud University

Lezing

Op de website van de congres wordt al een kritisch noot over evidence-based werken verwoord: is evidence-based werken wel te rijmen met persoonsgerichte zorg? Dit is echter maar een van de vragen die in discussies over evidence-based werken vaak naar voren komen. Andere vragen zijn bijvoorbeeld: zijn alleen interventies die onderzocht zijn in gerandomiseerde trials evidence-based?; Is het effect van specifieke factoren niet veel kleiner/groter dan dat van de generieke factoren zoals de therapeutische relatie? Dit zijn terechte vragen, maar soms staan ze zo op de voorgrond dat evidence-based werken op voorhand wordt weggezet als niet passend in de dagelijkse praktijk, als kil en onpersoonlijk.

In deze presentatie staat de vraag centraal hoe onpersoonlijk evidence-based werken eigenlijk is. En volgens welke definitie van evidence-based werken? Vaak blijft dat onduidelijk in discussies over evidence-based werken. Het gebruik van alle zorgvuldig ontwikkelde richtlijnen, standaarden en protocollen die soms klakkeloos worden omarmd of juist klakkeloos aan de kant geschoven, komt aan bod, evenals de beweging richting transdiagnostische interventies en het gebruik van data. Maar ook wordt aandacht besteed aan de rol van de klinisch blik of intuïtie, het belang ervan en wat we weten over de betrouwbaarheid daarvan. Tot slot wordt een denkmodel voorgesteld over de wijze waarop beschikbare evidence in de persoonlijke context van de cliënt kan worden gebruikt.

“Small is beautiful”: Single-Case Experimentele Designs voor de praktijk van de Gedragstherapeut

Prof. dr. Johan W.S. Vlaeyen
KU leuven University

Lezing

Over het algemeen wordt de multicenter RCT beschouwd als de gouden standaard om de effecten en mechanismen van complexe behandelingen te onderzoeken in heterogene groepen, gebruikmakend van gestandaardiseerde meetinstrumenten. De vraag is echter in welke mate de resultaten van deze grootschalige studies nuttig zijn voor de individuele zorgvrager en –verstrekker. Immers, RCT's kunnen de “gemiddelde” uitkomst voor een bepaalde uitkomstvariabele vaststellen, maar slagen er meestal niet in om de functionele relaties tussen een behandeling en geobserveerde verandering voor één individu vast te stellen. Gelukkig is er een efficiënt en robuust alternatief. Single-case experimentele designs (SCED's of N=1 RCT's) zijn gerandomiseerde designs waarbij een enkele unit (bv. de cliënt, de klas...) herhaaldelijk wordt geobserveerd voor een vooraf bepaalde periode onder verschillende niveaus van tenminste één gemanipuleerde variabele (bv. de behandeling). SCED's hebben een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van nieuwe interventies op het gebied van de geneeskunde, de neuropsychologie, en de klinische en gezondheidspsychologie. Ze zijn niet alleen flexibel, maar ook relatief eenvoudig implementeerbaar in de praktijk van de gezondheidszorg en slaan een brug tussen wetenschappelijk onderzoek en klinische praktijk. SCED's bieden continue feedback over de vooruitgang van een persoon of groep, en de resultaten zijn beschikbaar in “real time”. Bovendien is er inmiddels adequate en gebruiksvriendelijke software beschikbaar om de voortgang tijdens een interventie te visualiseren, statistische significantie te toetsen, en de effect grootte vast te stellen. In deze presentatie komen bondig aan bod: een korte historiek van de SCED's, de essentiële kenmerken, de designs, en een kort overzicht van de beschikbare visuele en statistische analyse mogelijkheden. Een en ander wordt toegelicht aan de hand van een aantal voorbeelden uit de praktijk. Voor een meer uitgebreide bespreking en illustratie verwijzen we naar de interactieve pre-conference workshop.

De weg van klinische praktijkrichtlijnen naar persoonsgerichte zorg. Uitdagingen en valkuilen.

Trudy van der Weijden
Maastricht University

Lezing

In deze presentatie put ik uit ruim 20 jaar onderzoek door onze groep naar ontwikkeling en implementatie van klinische praktijk richtlijnen. We onderzoeken methodieken voor de zogenaamde 'knowledge translation', zie figuur. Onze projecten gaan vooral over de curatieve zorg, zoals de huisartsgeneeskunde, oncologie, of electieve chirurgie. Onze verschillende professies- geneeskunde en psychotherapie - hebben veel te leren van elkaar. Er is nog een wereld te winnen in wat werkt, en wat niet lijkt te werken, in *evidence-based practice*.

Mijn stelling is dat persoonsgerichte zorg en richtlijnen goed samengaan. Daar ga ik graag op in, waarbij ik de weerstand die het onderwerp *evidence-based* richtlijnen oproept niet zal schuwen. De weerstand kan terecht zijn, wanneer we *evidence-based* richtlijnen dogmatisch hanteren.

Ik neem u mee op de wegen die we in de geneeskunde bewandelen, en hoe we –soms door schade en schande – iets meer de weg vinden in dit uitdijende landschap van richtlijnen. Aan de hand van geneeskundige casuïstiek

Knowledge translation



en richtlijnen uit de GGZ worden de volgende thema's belicht:

Waarom hebben we *evidence-based* richtlijnen nodig? Wat bedoelen we eigenlijk met *evidence*? Overigens leert de situatie van COVID-19 dat in snelkookpan-recordtijd nieuwe richtlijnen kunnen worden ontwikkeld. Hoe kan de richtlijn zelf persoonsgerichte zorg stimuleren? Wat is de rol van keuzehulpen voor de arts (gepersonaliseerde algoritmes) en voor de patiënt (keuzehulpen). Hoe zit het met de kloof tussen richtlijn-aanbeveling en toepassing in de praktijk? Wat zijn gewenste performance indicatoren en PROMS? Wat zijn gewenste streefwaarden voor richtlijnnaleving? Hoe kunnen we richtlijnnaleving verbeteren? Wat zijn de uitdagingen en valkuilen?

Blending Science and Practice: A Guide for Clinicians

Dr. David F. Tolin

Institute of Living
Yale University

Lezing

Practicing clinicians often find it difficult to integrate science into their practice. In this keynote, we will review 4 clear ways that a practitioner can integrate science with practice. All clinicians can use empirically informed treatment and can act as local clinical scientists. At an institutional level, clinicians can get involved with (or lead) quality improvement projects. Finally, truly ambitious practitioners can join or start a practice research network. For each of these ideas, we will discuss steps that clinicians can take right now to get started.