

**De Onderzoek-Praktijk Kloof: De Samenhangende Rol van Therapeutvariabelen met
Het Gebruik van EBP**

Robin Hoekstra

Studentnummer: s4361989

Afdeling Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen

PSB3A-BT15: Bachelor These

Supervisor: drs. Nina Schwarzbach

Tweede beoordelaar: dr. Norbert Borger

In samenwerking met: Jane de Boer, Lina Hävecker, Lee Hornbogen en Aaron Landers

04 juli 2023

Een scriptie is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de scriptie is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de scriptie is daarom niet per se geschikt als academische bron om naar te verwijzen. Als u meer wilt weten over het in deze scriptie besproken onderzoek en de daarop gebaseerde publicaties waarnaar u zou kunnen verwijzen, neem dan contact op met de genoemde begeleider.

The Research-Practice Gap: The Related Role of Therapist Variables with the Use of EBP

Abstract

To contribute to bridging the research-practice gap, it is important to develop interventions that promote the use of Evidence-Based Practice (EBP). Therefore, based on previous research, the relationship between various therapist variables and EBP utilization is being investigated to identify, from a social psychological perspective, the group of clinicians who would benefit the most from these interventions. Therapist variables being examined include attitude, theoretical orientation, education, age, years of practical experience, years since graduation, average duration of treatment process, work environment, and gender identity. A cross-sectional study was conducted using a questionnaire on EBP utilization, involving 135 psychologists working in mental healthcare from the Netherlands, Germany, and the United States. The findings revealed that attitude, age, years of practical experience, and years since graduation had a significant relationship with EBP. No significant relationship was found between theoretical orientation, education, average duration of treatment process, work environment, gender identity, and EBP utilization in the predicted direction. Possible theoretical explanations for why specific therapist variables correlate with EBP utilization while others do not are discussed.

Keywords: EBP, EBMH, therapist variables, attitude.

Samenvatting

Om bij te dragen aan het dichten van de onderzoek-praktijk kloof, is het belangrijk om interventies te ontwikkelen die bijdragen aan het gebruik van Evidence-Based Practice (EBP). Daarom wordt op basis van eerder onderzoek de relatie tussen verschillende therapeutvariabelen en EBP-gebruik onderzocht, om zo vanuit een sociaalpsychologisch perspectief de groep clinici te identificeren die het meeste baat hebben bij deze interventies. Therapeutvariabelen die worden onderzocht zijn houding, theoretische oriëntatie, opleiding, leeftijd, jaren praktische ervaring, aantal jaren geleden afgestudeerd, gemiddelde duur behandelingstraject, werkomgeving en genderidentiteit. Aan de hand van een vragenlijst over EBP-gebruik is cross-sectioneel onderzoek gedaan met 135 psychologen werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg afkomstig uit Nederland, Duitsland en de Verenigde Staten. Het bleek dat houding, leeftijd, jaren praktische ervaring en aantal jaren geleden afgestudeerd een significante relatie hadden met EBP. Er is geen significante relatie gevonden tussen theoretische oriëntatie, opleiding, gemiddelde duur behandelingstraject, werkomgeving en genderidentiteit tegenover EBP-gebruik in de voorspelde richting. Mogelijke theoretische verklaringen waarom specifieke therapeutvariabelen wel samenhangen met EBP-gebruik en andere therapeutvariabelen niet worden besproken.

Keywords: EBP, EBMH, therapeutvariabelen, houding

De Onderzoek-Praktijk Kloof: De Rol van Therapeutvariabelen in het Gebruik van Wetenschappelijke Kennis

Sylvia is psychotherapeut en behandelt regelmatig cliënten met een eetstoornis. Ondanks dat ze wetenschappelijk opgeleid is, gebruikt ze in plaats van wetenschappelijk onderzoek vaker haar eigen ervaringen met cliënten als leidraad in haar behandelingen. Ze ervaart namelijk dat haar cliënten in de praktijk vaak last ervaren van meer psychische problematiek dan een eetstoornis alleen, terwijl Sylvia vindt dat deze comorbiditeit in wetenschappelijk onderzoek wordt genegeerd. Sylvia krijgt hierdoor een negatievere houding tegenover de wetenschap als bruikbare informatiebron en implementeert daarom wetenschappelijk onderzoek niet meer in haar werk als praktiserend therapeut.

Onderzoek-Praktijk Kloof

Sylvia's voorbeeld is een relevante illustratie van het tweebenige wezen wat de klinische psychologie is; het ene been dat diep genesteld is in wetenschap en het andere been dat zich voortbeweegt in de praktijk. Een reden, maar ook het resultaat hiervan, is de *onderzoek-praktijk kloof*; de kloof tussen (1) de verworven wetenschappelijke kennis over effectieve behandelingsmethoden en (2) het gebruik hiervan in de klinische praktijk (Kazdin et al., 2017; Shidhaye et al., 2015). Ter illustratie, onder verscheidene behandelaars is gevonden dat deze behandelaars eigen ervaringen en ervaringen met cliënten in behandeling vaker bruikbaar achten dan empirisch ondersteunde behandelingsmethoden (Stewart & Chambless, 2007; Morrow-Bradley & Elliot, 1986). Zelfs in steekproefonderzoek onder behandelaars die betrokken zijn in zowel onderzoek en praktijk, blijkt ook dat huidig werk met cliënten als belangrijkste informatiebron wordt gezien. In het kader van behulpzaamheid wordt werken met cliënten en supervisie/consultatie significant hoger beoordeeld dan wetenschappelijke publicaties (Safran et al., 2011). Oftewel, veel van de redenen dat de wetenschap niet wordt geïmplementeerd in de behandeling ligt aan de keuze van de therapeut

zelf en hier kunnen verschillende redenen voor zijn, waaronder dus de informatiebronnen als ervaring en huidig werk informatiever achten dan empirisch onderzoek.

Evidence-Based Practice

Een manier om de wetenschap meer te integreren in de praktijk te is het ontwikkelen van verscheidene interventies die moeten bijdragen aan de implementatie van *evidence-based practice* (EBP). Volgens de *American Psychological Association* komt EBP neer op het volgende: de integratie van het beste beschikbare onderzoek-/ wetenschappelijke kennis, klinische expertise, en behoeftes van de cliënt (Lilienfeld, 2013b). Het raadplegen van de wetenschappelijke literatuur als taak van de therapeut is daarom een van de centrale acties wat klinische besluitvorming zal moeten leiden. Een manier om EBP toegankelijker te maken voor de clinicus is het gebruik van handleidingen voor behandeling (*treatment manuals*). Dit zijn geschreven protocollen uit de wetenschap over hoe een bepaalde behandeling of psychotherapie moet worden uitgevoerd en op deze manier kan een wetenschappelijk ondersteunde behandeling gemakkelijk worden verspreid in het klinisch veld (Addis et al., 1999). Hiermee kan wetenschappelijk bewijs worden geïntegreerd in de praktijk als leidraad tot klinische besluitvorming.

Welke Groep Clinici?

Om EBP-gebruik te bevorderen moet men de groep clinici weten te identificeren die het meeste baat hebben bij EBP-promotie. Dit omdat de geestelijke gezondheidszorg gepaard gaat met financiële druk en daarmee beperkte financiële middelen om EBP te promoten (Dopp et al., 2020b ; NU.nl, 2019). Aan de hand van doelgroep segmentatie (een strategie uit de omgevingspsychologie en marketing) kan de groep clinici die het meeste baat hebben bij EBP-promotie worden afgekaderd, waardoor de beperkte financiële middelen effectiever kunnen worden gespendeerd (Okamura et al., 2019). Dit roept de vraag op wat kenmerkende

therapeutvariabelen (karakteristieken van en rondom de therapeut) zijn van de clinici die het minst gebruik maken van EBP of het meeste weerstand bieden tegen EBP.

Houding

Zoals in het voorbeeld van Sylvia in het begin van deze scriptie is het goed te bedenken dat clinici die als therapeutvariabele een negatieve houding hebben tegenover de bruikbaarheid van wetenschappelijk bewijs minder gebruik maken van EBP. In een onderzoek van Okamura et al. (2019) is gebleken dat houding van de therapeut tegenover EBP samenhangt met EBP-gebruik. Dit kan een belangrijke factor zijn omdat houdingen richting innovatie een voorloper kunnen zijn van de beslissing om iets nieuws uit te proberen (Aarons, 2004). Met houding bedoelen we houding tegenover de wetenschap en EBP, maar we zullen in de rest van dit artikel dit concept met alleen de term houding beschrijven. In het algemeen heeft houding regelmatig een voorspellende plek in meerdere theoretische houding-gedrag modellen (Leone et al., 1999), alhoewel soms gedrag ook een houding kan beïnvloeden (Kroesen et al., 2017). Toch is het belangrijk de kritieken en houdingen tegenover de wetenschap en EBP serieus te nemen, ook omdat dit een goed beeld geeft van de redenen voor weerstand van clinici om regelmatig de wetenschappelijke literatuur als leidraad te gebruiken in de behandeling (Lilienfeld et al., 2013b). Met deze kennis kan men zich richten op houdingsverandering en het ophelderend van misverstanden over EBP. De effectiviteit van de EBP-promoties hangt namelijk af van de acceptatie van de grondslagen waar EBP op gebouwd is. Twee belangrijke kritiepunten zullen in de volgende sectie worden besproken, namelijk de betekenis van bewijs en de externe validiteit van klinisch onderzoek.

Kritiek op Bruikbaarheid van Wetenschappelijk Onderzoek

Betekenis van Bewijs

Ten eerste, onderzoekers en behandelaars kunnen een andere betekenis van bewijs aanhouden. Het statistisch denken wat door onderzoekers wordt gebruikt in RCT-onderzoek

om zo bewijs te vinden sluit niet naadloos aan op de professionele context van de praktijk (Willemsen, 2022). De behandelaars moeten namelijk de wetenschappelijke bevindingen op basis van een steekproef contextualiseren naar een individu, terwijl het niet bekend is of en wanneer deze inferentie te verantwoorden is (Bouman et al., 2018). Voor een clinicus is in de praktijk het denken in casussen een geschiktere methode als epistemologische benadering. Wanneer deze twee epistemologische benaderingen botsen met elkaar, kan de therapeut ervoor kiezen om de epistemologische benadering van het statistisch denken (de wetenschap) te verwaarlozen vanwege de overtuiging dat deze van gelimiteerde waarde is voor de professionele context van de therapeut.

Externe Validiteit

Ten tweede, in de onderzoeken die worden aangeleverd wordt onderzoek gedaan naar simpele klinische casussen met een enkele diagnose, korte termijn therapieën, therapieën per handleiding, en bevooroordeelde uitkomstwaarderingen (Blinder et al., 2007; Cha & DiVasto, 2017 ; Shean, 2012b). Hierdoor wordt de generaliseerbaarheid naar de praktijk beperkt. Ter illustratie; comorbiditeit van mentale stoornissen in de praktijk is absoluut geen uitzondering (McGrath et al., 2020), net als wordt aangekaart in het voorbeeld van Sylvia. Volgens Levant (2004) kan je dan eigenlijk zeggen dat een wetenschappelijk ondersteunde behandeling maar voor een kleine groep daadwerkelijk wetenschappelijk ondersteund is: de groep met een enkele mentale stoornis. Daardoor kan het mogelijk zijn dat deze beperking van externe validiteit de houding van de therapeut tegenover de wetenschap beïnvloedt.

EBP: Wetenschap als Noodzakelijke Informatiebron

Misvattingen van Behandelaar

Ondanks de terechte kritiek over de relevantie van wetenschappelijk onderzoek voor de praktijk, heeft wetenschappelijke kennis een noodzakelijke rol als informatiebron tegen misvattingen van de therapeut en daarmee een kritieke functie in het driedimensionale model

van EBP. De klinische intuïtie is namelijk gevoelig voor biases en er is geen consensus over de waarde van intuïtie in het maken van valide klinische beslissingen (Kahneman & Klein, 2009 ; Lilienfeld, 2013b). Voorbeelden van relevante biases zijn naïef realisme (onze percepties kunnen vertrouwen) en confirmatie bias (neigingen bewijs te vinden conform met onze verwachtingen). Door deze biases kunnen therapeuten op basis van hun intuïtie het effect van hun therapie positiever inschatten dan daadwerkelijk het geval is (Lilienfeld, 2013a ; Brosan et al., 2008). Daarom kan het raadplegen van wetenschappelijke literatuur bewijs geven voor effectiviteit van een behandeling wat losstaand is van de biases van de behandelaar.

Kwaliteit van Behandeling

Ten tweede, vanuit het wetenschappelijk perspectief is de wetenschappelijke kennis een geschikt leidraad om de kwaliteit van een behandeling te waarborgen. In de ethische code van de APA (2002) staat dat clinici verplicht zijn om cliënten niet bloot te stellen aan risico op schade of verslechtering, terwijl er in onderzoek sprake is van een toename in data betreffend psychologische behandelingen die schaden (Lilienfeld, 2007). Zelfs binnen behandelingen die normaal effectief blijken, wordt er in wetenschappelijk onderzoek gevonden dat hier ook mechanismen en technieken zijn die cliëntschade kunnen bevorderen. Door raadpleging van wetenschappelijk bewijs kunnen clinici beter geïnformeerde beslissingen maken over welke behandelingen wel of niet na te streven.

Andere Therapeutvariabelen

Ondanks dat houding een belangrijke plaats lijkt in te nemen voor EBP-gebruik, kan het lonen om andere mogelijk relevante therapeutvariabelen te onderzoeken om een zo specifiek mogelijke doelgroep samen te stellen voor EBP-promotie. Dit roept de vraag op wat andere mogelijk belangrijke therapeutvariabelen zijn in de samenhang met EBP-gebruik, en wat een mogelijke theoretische verklaring hiervoor is.

Theoretische Oriëntatie

In eerder onderzoek is voorgekomen dat therapeuten die gedragstherapie geven meer EBP gebruiken dan therapeuten van andere theoretische oriëntaties (Brookman-Frazer et al., 2010 ; Higa-McMillan et al., 2015). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat therapeuten met een gedragstherapie-benadering meer waarde hechten aan raadpleging van de wetenschap omdat ook in de wetenschap gedragstherapie als huidige gouden standaard wordt beschouwd (David et al., 2018).

Opleiding

Aarons (2004) heeft gevonden dat therapeuten met een doctorsgraad een positievere houding hebben tegenover EBP. Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat dit hogere opleidingsniveau gepaard gaat met meer ervaring met academische vaardigheden en daardoor gemakkelijkere interpretatie van de wetenschappelijke literatuur. Echter, de gevonden relatie door Aarons (2004) is een relatie tussen hoger opleidingsniveau en houding, en niet zelf gerapporteerd EBP-gebruik.

Temporele Factoren

Temporele factoren zijn in eerder onderzoek geassocieerd geweest met minder EBP-gebruik (Waller et al., 2012). Behandelaars van oudere leeftijd leken een negatievere houding hebben tegenover evidence-based interventies (Lilienfeld, 2013b), terwijl behandelaars met minder praktische ervaring een positievere houding hadden tegenover EBP (Aarons, 2004). Een mogelijke verklaring hiervoor kan gevonden worden in de organisatiewetenschap: wanneer er verandering lijkt te komen, dan kan het voelen dat alle patronen van gedrag, bekendheid, comfort en voordelen weggegooid worden en dan kan er weerstand optreden (Burke, 2018). Wanneer bekende patronen van gedrag diep geworteld zijn in de therapeut, is het aannemelijk dat de weerstand groter is tegenover verandering (bijvoorbeeld: wanneer een nieuwe behandeling volgens onderzoek betere resultaten zou opleveren). Ook aantal jaren

geleden afgestudeerd kan relateren aan EBP-gebruik omdat weerstand kan komen van behandelaars die zijn afgestudeerd in programma's pre-EBP (Lilienfeld, 2013b). Ondanks dat er per temporele variabele een andere theoretische verklaring kan zijn voor de samenhang met EBP, is de kans groot dat deze variabelen met elkaar overlappen.

Gemiddelde Duur Behandelingstraject

Er is beperkte literatuur over de relatie tussen EBP-gebruik en gemiddelde duur van het behandelingstraject. Waarom de duur van het behandelingstraject toch relevant zou kunnen zijn is dat er meer onderzoek is naar korte termijn therapie, waardoor een therapeut met een lang behandelingstraject zijn behandeling minder snel onder EBP-zal scharen (Shean, 2012b).

Werkomgeving en Genderidentiteit

De therapeutvariabelen van werkomgeving en genderidentiteit zullen vanuit een exploratief oogpunt worden onderzocht zonder voorspelling. Een mogelijke verklaring voor verschil in EBP-gebruik door werkomgeving zou kunnen zijn dat specialistische behandelingsinstellingen vanwege de behandeling van meer hardnekkige en/of specifieke problematiek, bekender zijn / moeten zijn met de wetenschappelijke literatuur vanwege de specialisatie van deze behandelingsinstelling, waardoor deze behandelaars hun behandeling onder EBP scharen. Een mogelijke associatie op basis van genderidentiteit zou kunnen voortkomen uit dat vrouwen hoger scoren op de *Big Five*-persoonlijkheidseigenschap meegaandheid, waardoor ze mogelijk meer loyaal zijn aan de richtlijnen van EBP (Weisberg et al., 2011).

Het Huidige Onderzoek

Ten slotte, in dit onderzoek zal de samenhangende waarde van therapeutvariabelen met EBP-gebruik worden onderzocht. Dit met als doel om de beperkte bestaande literatuur aan te vullen om zo bij te dragen aan hulp in de implementatie van EBP. Op basis van de

bestaande literatuur zijn hypothesen opgesteld. Onze verwachtingen zijn als volgt: houding, CGT-oriëntatie en opleiding zullen positief geassocieerd zijn met EBP-gebruik. Leeftijd, jaren praktische ervaring, aantal jaren geleden afgestudeerd en gemiddelde duur behandelingstraject zullen negatief geassocieerd zijn met EBP-gebruik. Genderidentiteit en werkomgeving zullen vanuit een exploratief oogpunt worden onderzocht zonder voorspelling.

Methode

Dit onderzoek is vooraf geregistreerd om exploratief onderzoek van bevestigend onderzoek te scheiden:

(https://osf.io/7eyra/?view_only=cd45a9b61ce44baf8fee71840f553184)

Studieopzet

Het doel van het onderzoek is om via een vragenlijst relaties te ontdekken tussen de onafhankelijke (therapeut)variabelen: houding, theoretische oriëntatie, opleiding/specialisatie, leeftijd, jaren praktische ervaring, jaar van afstuderen, gemiddelde duur behandelingstraject, werkomgeving en genderidentiteit met de afhankelijke variabele EBP-gebruik. Hiervoor maakt de studie gebruik van een crosssectioneel- en correlatieonderzoek in combinatie met enkelvoudige lineaire regressie en sequentiële multipelle regressie.

Participanten

De doelgroep van deze studie bestaat uit psychologen werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Na opschoning van de data is het aantal participanten 135. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 40 jaar met een standaardafwijking van 12.4 (*Min* = 24, *Max* = 68). Eenentwintig participanten (15.6%) zijn man en 114 participanten (84.4%) zijn vrouw. De werkomgevingen van de participanten zijn: algemeen ziekenhuis (2.2%), forensische inrichting (8.4%), eigen praktijk (27.4%), jeugdinstelling (14.1%), gespecialiseerde instelling (11.9%), psychiatrische instelling (4.4%), en algemene geestelijke gezondheidszorg (31.9%). Van de 135 participanten zijn 108 (80.0%) therapeuten afkomstig uit Nederland, 24 (17.8%)

uit Duitsland en 3 (2.2%) uit de Verenigde Staten.

Materialen

De vragenlijst die in deze studie wordt gebruikt is gebaseerd op eerder onderzoek van een master-student in psychologie. Deze masterstudent heeft semigestructureerde interviews gehouden met hoofdopleiders van de GZ-opleiding¹ over de obstakels van EBP-implementatie. Deze antwoorden zijn vervolgens gebruikt om een vragenlijst op te stellen die de integratie van *Evidence-Based Mental Health* (EBMH; synoniem voor EBP) meet in de professionele praktijk en omgeving van de zorgverlener.

Uit deze vragenlijst worden aan de hand van vragen het niveau van de verschillende therapeutvariabelen en EBP-gebruik geconceptualiseerd. De variabele EBP-gebruik wordt aan de hand van een enkele vraag geconceptualiseerd op basis van een Likert-schaal (“EBMH is een essentiële basis voor mijn klinische praktijk”). Verder is de therapeutvariabele houding samengesteld uit een aantal Likert-schaal vragen (V18.1, V18.5(R), V18.6, V18.7, V18.9(R)). Houding is het enige construct wat aan de hand van meerdere vragen gemeten wordt waardoor de betrouwbaarheid van dat construct gemeten kan worden. De betrouwbaarheid van houding bleek $\alpha = .57$. Theoretische oriëntatie wordt gemeten aan de hand van een gedwongen keuzevraag (keuze tussen CGT, psychodynamisch, analytisch, systemisch, neuropsychologie, persoonsgericht, of ACT). Opleiding is gemeten aan de hand van een gedwongen keuzevraag (keuze tussen middelbare schoolopleiding, Bachelor-graad, Mastergraad, of PhD-graad). Leeftijd, jaren praktische ervaring en aantal jaren geleden afgestudeerd zijn gemeten aan de hand van een open invulvraag. Gemiddelde duur behandelingstraject is gemeten aan de hand van een gedwongen keuzevraag (kortdurende therapie tot 25 sessies of maximaal een jaar, langdurige therapie met meer dan 25 sessies of langer dan een jaar, of het varieert). Werkomgeving is gemeten aan de hand van een

¹ <https://www.ppo-opleidingen.nl>

gedwongen keuzevraag (privépraktijk, algemeen ziekenhuis, forensische instelling, bejaardentehuis, instelling voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen/jongeren, gespecialiseerde behandelinstelling, psychiatrische inrichting, algemene geestelijk gezondheidszorginstelling). Genderidentiteit is gemeten aan de hand van een gedwongen keuzevraag (man, vrouw, transgender man, transgender vrouw, non-binair, intersekse, andere identiteit, of het niet willen zeggen). De vragenlijst is te vinden in Bijlage A.

Procedure

Om theoretische oriëntatie goed te meten is een korte pilot-vragenlijst ontwikkeld waarin is gevraagd naar het land van verblijf van de participant en de psychotherapeutische stroming die ze in hun behandeling gebruiken. Dit om te beoordelen hoe gevarieerd de psychotherapeutische benaderingen zijn onder respondenten in verschillende landen.

De oorspronkelijke vragenlijst over EBMH is aangepast en uitgebreid naar het doel van het huidige onderzoek: om verschillende therapeutvariabelen te meten om te onderzoeken of deze samenhangen met EBP-gebruik. De vragenlijst is gemaakt in Qualtrics (Qualtrics, Provo, UT, 2023) en een link van deze vragenlijst is verspreid via verspreidingskanalen als LinkedIn-posts en -berichten, contacten via de universiteit, persoonlijke contacten en benadering van instellingen per e-mail. Dit maakt de steekproef een gemaks- en een doelbewuste steekproef, waarbij ook gevraagd is de vragenlijst te verspreiden voor een sneeuwbal effect. De vooropgestelde criteria voor dataverzameling was twee weken of 350 participanten. Participanten hebben geen vergoeding gekregen voor deelname.

Analyseplan

Om alle analyses uit te voeren is gebruik gemaakt van het programma IBM SPSS Statistics (Version 26). Het oorspronkelijke doel was om een multivariabel regressiemodel te maken via sequentiële regressieanalyse met alle continue en categorische variabelen (voorwaartse methode), om te zien hoeveel variantie kan worden verklaard door

therapeutische variabelen in het gebruik van EBP-gebruik. Met dit model zouden dan ook de hypothesen kunnen worden bevestigd of verworpen. Hier is van afgeweken omdat deze methode de resultaten oninterpreteerbaar maakte waardoor de bevindingen onbetrouwbaar bleken; hier wordt in de discussie dieper op in gegaan.

Enkelvoudige Regressies

Hypothesen. Uiteindelijk is om de vooropgestelde hypothesen te bevestigen of te verwerpen voor de continue variabelen een enkelvoudige regressie opgesteld waarbij gekeken wordt naar de correlatiecoëfficiënten, hellingwaardes en significantieniveaus. Voor de categorische variabelen is een enkelvoudige regressie opgesteld met dummy-codering, waarbij wordt gekeken of gemiddeldes van groepen significant van een referentiegroep afwijken. Gekozen is om de eerste antwoordoptie die gepresenteerd wordt in de vragenlijst te gebruiken als referentiegroep voor de dummycodering.

Exploratief. De variabelen werkomgeving en genderidentiteit worden onderzocht aan de hand van enkelvoudige regressie met dummycodering omdat deze variabelen categorisch zijn. De optie van eigen praktijk voor werkomgeving en man voor genderidentiteit is gekozen als referentiegroep.

Sequentiële Multipele Regressie

Voor de sequentiële regressieanalyse is gekozen om alleen de continue variabelen in een multipele regressiemodel te stoppen om te kijken hoeveel variantie in EBP-gebruik verklaard kan worden met deze therapeutvariabelen. Door de handmatige methode te gebruiken om variabelen toe te voegen wordt gecontroleerd voor multicollineariteit.

Resultaten

Opschoning Data

Het oorspronkelijke aantal participanten was 232, maar 94 participanten zijn uitgesloten om verschillende redenen: geen toezegging gegeven op geïnformeerde

toestemming en/of dataverwerking, niet werkzaam als psycholoog in de geestelijke gezondheidszorg, of de hoogste academische graad onder Master-niveau. Er zijn drie participanten hierna nog uit de data verwijderd omdat deze minder dan 80% van de houdingvragen hebben beantwoord en dit maakt het aantal participanten 135. Een enkele waarde van de variabele aantal jaren geleden afgestudeerd is verwijderd omdat deze participant pas afstudeerde in de toekomst wat resulteerde in een waarde onder nul. Verder zijn twee uitbijters verwijderd in enkel de variabele aantal jaren afgestudeerd, met de reden dat de opgegeven waarde waarschijnlijk een typefout is geweest. De beschrijvende statistieken van de onderzochte variabelen zijn te vinden in Tabel 1 en Tabel 2.

Tabel 1

Beschrijvende statistieken continue therapeutvariabelen

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
EBP-gebruik	135	3.8	0.9	1.0	5.0
Houding	135	3.3	0.5	1.6	4.4
Leeftijd	134	39.6	12.4	24.0	68.0
Jaren praktische ervaring	128	12.1	10.0	1.0	50.0
Aantal jaren geleden afgestudeerd	126	13.0	10.4	0.0	43.0

Tabel 2*Beschrijvende statistieken categorische therapeutvariabelen*

Theoretische oriëntatie (n)	Opleiding (n)	Gemiddelde duur behandelingstraject (n)	Genderidentiteit (n)	Werkomgeving (n)
CGT (100)	Master (117)	Kortdurend (57)	Man (21)	Eigen praktijk (37)
Psychodyn. (12)	PhD (18)	Langdurend (36)	Vrouw (114)	Ziekenhuis (3)
Analytisch (1)		Variërend (42)		Forensische instelling (11)
Systemisch (8)				Jeugdinstelling (19)
Neuropsych. (2)				Specialistische instelling (16)
Persoonsgericht (5)				Psychiatrische inrichting (6)
ACT (7)				Algemene geestelijke gezondheidszorg (43)
N (135)	N (135)	N (135)	N (135)	N (135)

Assumpties Enkelvoudige Lineaire Regressie

De figuren als grafische presentaties van de assumptiecontrole zijn te vinden in Bijlage B. In de figuren 1, 2, 3 en 4 is er een enigszins lineair verband te herkennen tussen de continue variabelen houding en de temporele factoren met EBP-gebruik, maar de test voor lineariteit geeft aan dat leeftijd ($p = .099$) en jaren praktische ervaring ($p = .052$) geen significante lineariteit hebben met EBP, en dat aantal jaren geleden afgestudeerd een significante afwijking heeft van lineariteit ($p = .039$). In figuur 5, 6, 7, en 8 is weinig schending van homoscedasticiteit te zien. Op basis van de Breush-Pagan test is er voor houding ($p = .776$) en jaren praktische ervaring ($p = .108$) geen reden om heteroscedasticiteit aan te nemen, in tegenstelling tot leeftijd ($p = .018$) en aantal jaren geleden afgestudeerd ($p = .012$). Op basis van de Shapiro-Wilk test kunnen we zeggen dat houding ($p = .012$), leeftijd ($p < .001$), jaren praktische ervaring ($p < .001$) en aantal jaren geleden afgestudeerd ($p < .001$) significant afwijken van normaliteit. In de figuren 9, 10, 11, en 12 zijn de Q-Q plots te zien. Er is sprake van geen onafhankelijke observaties vanwege de gekozen steekproefmethode. De assumpties voor sequentiële multiële regressie zijn niet gepresenteerd omdat deze assumpties overeen komen met de enkelvoudige lineaire regressie assumpties, want enkel de variabele houding was relevant om toe te voegen aan het multiële regressiemodel.

Enkelvoudige Regressie Continue Variabelen

Op basis van correlatiewaarde r bleken alle continue onafhankelijke variabelen significant geassocieerd te zijn met EBP-gebruik; houding ($r = .33, p < .001$), leeftijd ($r = -.21, p = .012$), jaren praktische ervaring ($r = -.22, p = .008$) en aantal jaren geleden afgestudeerd ($r = -.23, p = .006$) op basis van eenzijdige toetsing.

In Tabel 3 zijn de resultaten van de onafhankelijke continue variabelen van enkelvoudige regressie te zien. Zoals te zien is in de tabel blijken houding en aantal jaren geleden afgestudeerd in een regressiemodel significante voorspellers te zijn voor EBP-

gebruik. Daarmee kunnen de hypothesen dat houding en aantal jaren geleden afgestudeerd samenhangen met EBP-gebruik bevestigd worden. Leeftijd en jaren praktische ervaring bleken geen significante hellingen te hebben in een enkelvoudige regressie op EBP-gebruik wanneer tweezijdig wordt getoetst op significantie zoals in de tabel te zien is, maar wanneer eenzijdige toetsing wordt uitgevoerd met $\alpha = .05$, blijken ook leeftijd en jaren praktische ervaring significant ($t(132) = p < .05$; $t(126) = p < .05$). Omdat de hypothesen eenzijdig zijn, kan worden bevestigd dat alle continue variabelen significant geassocieerd zijn met EBP-gebruik in de voorspelde richting.

Tabel 3*Coëfficiënten*

Variabele	<i>B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% - BHI
Houding	0.50**	.30	3.67	<. 001	[0.23, 0.78]
Leeftijd	-0.01	-.15	-1.71	.089	[-0.02, 0.002]
Jaren praktische ervaring	-0.02	-.17	-1.97	.051	[-0.03, 0.00]
Aantal jaren geleden afgestudeerd	-0.02*	-.22	-2.47	.015	[-0.03, -0.004]

Noot: $\alpha = .05$

*Significant met $p < .05$

**Significant met $p < .01$

Enkelvoudige Regressie Categorische Variabelen

In Tabel 4 is de dummycodering te vinden van theoretische oriëntatie op EBP-gebruik. Te zien is dat wanneer de theoretische oriëntatie van CGT als constante wordt genomen in de

regressieanalyse, dat alleen de theoretische oriëntatie van persoonsgerichte therapie significant lager scoort op EBP-gebruik dan CGT. De variabelen van theoretische oriëntatie die gemiddeld hoger scoren op EBP-gebruik dan CGT zijn neuropsychologie en ACT, maar beiden effecten zijn niet significant. Daarmee scoort CGT niet significant hoger dan andere psychotherapieën (behalve persoonsgerichte psychotherapie), terwijl dit verwacht was.

Tabel 4*Coëfficiënten*

Theoretische oriëntatie	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% - BHI
CGT (Constante)	3.80	-	-	[3.63, 3.97]
Psychodynamisch	-0.13	-0.52	.603	[-0.64, 0.37]
Analytisch	-0.80	-0.95	.344	[-2.47, 0.87]
Systemisch	-0.05	-0.16	.871	[-0.66, 0.56]
Neuropsychologie	0.70	1.17	.244	[-0.48, 1.88]
Persoonsgericht	-1.40**	-3.65	< .001	[-2.16, -0.64]
ACT	0.20	0.61	.543	[-0.45, 0.85]

Noot: $\alpha = .05$

*Significant met $p < .05$

**Significant met $p < .01$

In Tabel 5 is te zien dat wanneer het opleidingsniveau van een Mastergraad als constante wordt genomen in de regressieanalyse, dat het opleidingsniveau van een PhD-graad hoger scoort op EBP-gebruik, maar dit is geen significant effect. Daarmee kan de hypothese dat opleidingsniveau geassocieerd is met meer EBP-gebruik niet bevestigd worden.

Tabel 5*Coëfficiënten*

Opleidingsniveau	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% - BHI
Master	2.73	-	-	[3.57, 3.89]
PhD	0.16	0.74	.463	[-0.27, 0.60]

Noot: $\alpha = .05$

*Significant met $p < .05$

**Significant met $p < .01$

In Tabel 6 kan gevonden worden dat wanneer kortdurende therapie als constante wordt genomen, dat beiden andere variabelen van langdurende therapie en variërend lager scores op EBP-gebruik. Ondanks dat deze twee variabelen lager scores, is dit effect voor beiden variabelen niet significant en daarmee kan de hypothese dat lengte van behandelingstraject geassocieerd is met EBP-gebruik niet bevestigd worden.

Tabel 6*Coëfficiënten*

Gem. duur behandelingstraject	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% - BHI
Kortdurend (Constante)	3.90	-	-	[3.67, 4.12]
Langdurend	-0.17	-0.94	.351	[-0.54, 0.19]
Variërend	-0.32	-1.84	.068	[-0.67, 0.03]

Noot: $\alpha = .05$

*Significant met $p < .05$

**Significant met $p < .01$

Exploratieve Enkelvoudige Regressie

In Tabel 7 blijkt het verschil van de gemiddelde score op EBP-gebruik tussen man en vrouw. In eerste instantie is gekozen om meerdere genderidentiteiten toe te voegen aan de vragenlijst, maar deze zijn niet gekozen door de participanten. Te zien is dat er geen significant verschil is tussen man en vrouw als het gaat om de zelf gerapporteerde score op EBP-gebruik.

Tabel 7

Coëfficiënten

Genderidentiteit	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% - BHI
Man	3.86	-	-	[3.48, 4.23]
(Constante)				
Vrouw	-0.13	-0.62	.534	[-0.54, 0.28]

Noot: $\alpha = .05$

**Significant met $p < .05$*

***Significant met $p < .01$*

Te zien in Tabel 8 zijn de verschillen in EBP-gebruik door werkomgeving wanneer de eigen praktijk als constante wordt genomen. Eigen praktijk is willekeurig gekozen als constante vanwege de exploratieve aard van deze variabele. Het resultaat is dat er wel verschillen te zien zijn in EBP-gebruik tussen de eigen praktijk en de andere werkomgevingen, maar deze zijn niet significant.

Tabel 8*Coëfficiënten*

Werkomgeving	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% - BHI
Eigen praktijk (Constante)	3.49	-	-	[3.21, 3.77]
Ziekenhuis	0.51	0.99	.325	[-0.51, 1.54]
Forensische instelling	0.24	0.81	.419	[-0.35, 0.83]
Jeugdinstelling	0.76	1.89	.061	[-0.02, 0.94]
Specialistische instelling	0.45	1.74	.084	[-0.06, 0.96]
Psychiatrische inrichting	-0.15	-0.40	.688	[-0.91, 0.60]
Algemene geestelijke gezondheidszorg	0.37	1.93	.056	[-0.01, 0.76]

Noot: $\alpha = .05$

*Significant met $p < .05$

**Significant met $p < .01$

Sequentiële Multipele Regressie

Om te beginnen wordt in het multipele regressiemodel de variabele houding toegevoegd van de continue variabelen, omdat houding de sterkste correlatiecoëfficiënt geeft met EBP-gebruik. Wanneer alleen houding in een regressiemodel wordt gezet, verklaart deze variabele 12.1% ($R^2 = .121$) van de variantie in EBP-gebruik. Na deze eerste variabele te hebben toegevoegd heeft aantal jaren geleden afgestudeerd de grootste semipartiële correlatie ($sr^2 = .15$), wanneer de variabele houding al in het model zit. Wanneer het aantal jaren

afgestudeerd wordt toegevoegd aan het model waar houding al in zit, dan verklaren de variabelen houding en aantal jaren afgestudeerd samen 14.5% ($R^2 = .145$) van de variantie in EBP-gebruik. Echter, deze toevoeging zorgt niet voor een significante bijdrage aan R^2 ($R^2\text{-change} = .024$; $F\text{-change}(1, 124) = 3.44$; $p = .066$). Wanneer houding in het model zit om EBP-gebruik te voorspellen, zijn de variabelen leeftijd, jaren praktische ervaring, en aantal jaren geleden afgestudeerd geen significante toevoeging meer om op te nemen in een model voor EBP-gebruik.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was te onderzoeken in hoeverre verschillende therapeutvariabelen geassocieerd zijn met zelf gerapporteerd EBP-gebruik om op deze manier een groep klinici te identificeren die het meeste baat heeft bij EBP-interventies. Ondanks dat van het originele analyseplan (sequentiële multiële regressie) is afgeweken vanwege beperkt interpreteerbare onderzoeksbevindingen, zijn door de focus meer te leggen op de vooropgestelde hypothesen wel degelijk relevante onderzoeksbevindingen gedaan die een bijdrage leveren aan de beperkte literatuur over therapeutvariabelen en EBP-gebruik.

Houding en EBP-gebruik

In lijn met de opgestelde hypothese is een positieve relatie gevonden tussen houding en EBP-gebruik waarbij houding ook de meeste variantie rondom EBP-gebruik verklaarde. Dit wekt de suggestie dat therapeuten die openstaan voor nieuw wetenschappelijk bewijs, die meer een connectie zien tussen wetenschappelijk bewijs en klinische realiteit en die wetenschap informatief vinden om keuzes op te baseren, meer gebruik maken van EBP. Deze bevinding is consistent met ander wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen houding en EBP-gebruik, en met de assumptie dat houding een fundamentele plek heeft in de evaluatie van gedrag op basis van verschillende toegepaste sociaalpsychologische theorieën van gedragsverandering (Aarons, 2004 ; Kroesen et al., 2017 ; Leone et al., 1999 ; Okamura et al.,

2019). Okamura et al. (2019) doet de suggestie over houding en EBP-gebruik, dat er in de toekomst meer gekeken moet worden naar de samenhang met specifieke werkwijzen (die onder EBP vallen) dan naar EBP-gebruik in het algemeen. Dit omdat theorieën van gedragsverandering gefocust zijn op specifieke gedragingen versus algemene gedragingen. Oftewel, door specifieke EBP gedragingen te onderzoeken kunnen de sociaalpsychologische modellen bruikbaar zijn in gedragsverandering, waardoor deze modellen effectiever kunnen bijdragen aan EBP-promotie.

Temporele factoren (Leeftijd, Jaren Praktische Ervaring en Aantal Jaren Afgestudeerd) en EBP

Op basis van de huidige data is een negatieve relatie gevonden tussen de temporele variabelen (leeftijd, jaren praktische ervaring en aantal jaren geleden afgestudeerd) en EBP-gebruik. Op basis van deze data betekent dit dat wanneer de therapeut ouder wordt, meer praktische ervaring krijgt of het aantal jaren dat deze therapeut is afgestudeerd toeneemt, dat EBP een steeds minder grote basis krijgt in de werkwijze van deze therapeut. Het kan zijn dat therapeuten die langer in het vak zitten meer diepgewortelde trouw hebben aan hun behandeling en daarmee niet zomaar hun therapie van voorkeur verwerpen op basis van tegenstrijdig wetenschappelijk bewijs (Lilienfeld, 2013). Deze therapeuten kunnen namelijk de overtuiging hebben dat hun klinische ervaring hoger moet worden toegekend dan wetenschappelijk bewijs.

Theoretische Oriëntatie

Tegen de verwachting in is er geen significant verschil in EBP-gebruik ontdekt tussen CGT en andere oriëntaties, behalve met persoonsgerichte psychotherapie. Dit betekent dat therapeuten uit verschillende theoretische oriëntaties een bepaald niveau van EBP zeggen toe te passen waarbij er geen verschil is tussen bijvoorbeeld een CGT-therapeut, systeemtherapeut of ACT-therapeut. Qua niveau van EBP-gebruik is de theoretische oriëntatie van

persoonsgerichte therapie de hekkensluiter. Barkham et al. (2021) zegt dat er weinig bewijs bestaat in de wetenschappelijke literatuur dat persoonsgerichte therapie effectief is, alhoewel Barkham et al. (2021) zelf heeft gevonden dat er geen significant verschil optreedt in de klinische effectiviteit tussen CGT en persoonsgerichte therapie. Door het beperkte wetenschappelijke bewijs over persoonsgerichte psychotherapie kan de persoonsgerichte therapeut hierdoor vermelden dat hun behandeling niet onder EBP valt, en daarmee dat EBP een minder grote basis heeft in hun praktijk.

Opleiding en EBP

Er is geen significant verschil gevonden tussen therapeuten met een Master-graad versus een PhD-graad op basis van EBP-gebruik. Het kan zijn dat universiteitseducatie niet veel invloed heeft op EBP als basis in de praktijk van de therapeut. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen focussen op bijvoorbeeld nascholing of specialisatie van de therapeut, om via deze conceptualisatie van de variabele opleiding te onderzoeken of interessante effecten optreden. Echter, op basis van de huidige data en conceptualisatie van opleiding, lijkt er geen effect van opleiding op EBP-gebruik te zijn.

Gemiddelde Duur Behandelingstraject

In de huidige data is geen significant effect gevonden in EBP-gebruik tussen kortdurende en langdurende therapie. Ondanks dit niet significante effect is er wel een bijna significant effect gevonden tussen kortdurende therapie en een variërende therapieduur. Over de variërende therapieduur zijn geen hypothesen opgesteld, maar deze bevinding roept interessante suggesties voor verder onderzoek op. Het kan zijn dat de therapeuten waarbij de duur van het behandelingstraject varieert, de therapeuten zijn die overtuigd zijn dat maatwerk voor de cliënt de beste optie is in plaats van een gestandaardiseerde behandeling wat in wetenschappelijk onderzoek vaak ondersteund wordt. Door deze overtuiging kunnen de therapeuten rapporteren dat EBP geen basis heeft in hun klinische praktijk.

Werkomgeving en Genderidentiteit

Er zijn geen significante verschillen opgetreden in EBP-gebruik op basis van werkomgeving of genderidentiteit. Ondanks dat de resultaten niet significant waren, scoorde naast het psychiatrische inrichting elke andere werkomgeving hoger dan de eigen praktijk. Verder onderzoek naar werkomgeving en EBP-gebruik is nodig, aangezien verschillen in werkwijzen en controle op naleving van richtlijnen de suggestie wekken dat EBP niet in elke werkomgeving een even grote rol speelt. Tussen man en vrouw zijn ook geen verschillen gevonden in EBP-gebruik. Het kan zijn dat EBP-gebruik samenhangt met complexere factoren dan slechts de persoonlijkheidsverschillen tussen man en vrouw.

Beperkingen

In het kader van beperkingen zijn er verschillende punten aan te kaarten. Ten eerste, aangezien de data is verkregen via cross-sectioneel vragenlijstonderzoek, kan je geen uitspraken doen over een causaal verband tussen verschillende therapeutvariabelen en EBP-gebruik. Dit omdat er geen oorzaak-gevolgrelatie of invloed van derde variabelen vast te stellen is. Wanneer een causaal verband tussen therapeutvariabelen en EBP-gebruik na te streven is, zal gebruik moeten worden gemaakt van longitudinaal onderzoek ontwerp en zal er gecontroleerd moeten worden voor derde variabelen voor de interne validiteit van dit causaal verband.

Ten tweede, de methode die is gebruikt om participanten te werven voor dit onderzoek is een gemak- ,doelbewuste, en sneeuwbal steekproefmethode. Nadelen aan deze steekproefmethoden zijn dat het lastiger is inferenties te maken over een populatie vanwege een minder representatieve steekproef en dat er sprake is van geen onafhankelijke observaties. Ondanks de nadelen moet wel benadrukt worden dat deze steekproefmethode voordeliger is op basis van tijd en financiering, waarbij ook meer mensen kunnen worden bereikt.

Ten derde zijn er beperkingen in de conceptualisatie van EBP en houding in het huidige onderzoek. In dit onderzoek is het construct EBP-gebruik aan de hand van maar een enkele vraag gemeten (“EBMH is een essentiële basis voor mijn klinische praktijk”), na het geven van de definitie van EBP. Doordat maar een enkele vraag is gebruikt om de afhankelijke variabele te conceptualiseren kan er geen betrouwbaarheid van worden gemeten om te controleren of het construct goed geconceptualiseerd is, en daarmee de constructvaliditeit in orde is. Ook is er sprake van het meten van het construct EBP-gebruik op basis van zelfrapportage. Eerder in onderzoek van Waller et al. (2012) is gevonden dat zelfrapportage van EBP geen goede representatie hoeft te zijn van het werkelijke gebruik van EBP. Ook bestaan er mogelijke redenen voor onbetrouwbare zelfrapportage, zoals het sociaal wenselijk willen overkomen. Houding is gemeten aan de hand van vijf vragen en dit leverde een betrouwbaarheid op van $\alpha = .57$, ondanks dat als vuistregel een Cronbach's alfa van $\alpha = .70$ wordt aangeraden voor de validiteit van een construct. Echter, Pallant (2020) vindt dat deze vuistregel moet worden aangepast naar $\alpha = .50$ wanneer het construct opgesteld is uit minder dan 10 vragen, waardoor de huidige constructvaliditeit van houding in orde lijkt.

Ten vierde, van het originele analyseplan is uiteindelijk afgeweken. De sequentiële multiële regressie met alle variabelen maakte de data oninterpreteerbaar en zorgde voor een verhoogde kans op type II-fouten vanwege de vele vrijheidsgraden. Uiteindelijk is gekozen voor een enkelvoudige lineaire regressie om de hypothesen te onderzoeken en de sequentiële multiële regressie is alleen uitgevoerd met de continue variabelen. Wat wel benadrukt moet worden is dat de hypothesen vooropgesteld zijn en dat alleen de analysemethode is veranderd, en daarmee voldoet dit niet aan de twijfelachtige onderzoekspraktijk van HARKing.

Ten vijfde, bij het interpreteren van de resultaten moet men rekening houden met dat verscheidene assumpties geschonden zijn voor enkelvoudige lineaire regressie. De figuren in Bijlage B duiden niet op ernstige schending, maar op basis van significantietesten blijken wel

assumpties geschonden te zijn voor enkelvoudige lineaire regressie. Toekomstig onderzoek kan zich daarom bijvoorbeeld richten op non-parametrische tests als analysemethode.

Suggesties voor Toekomstig Onderzoek

Belangrijk om mee te nemen uit dit onderzoek is dat wanneer men rekening houdt met houding en temporele factoren, dat al een specifiekere doelgroep voor EBP-promotie samengesteld kan worden waardoor financiële middelen effectiever gespendeerd kunnen worden. Verdere suggesties voor toekomstig onderzoek sluiten goed aan op wat Lilienfeld (2013b) ooit heeft geschreven: Denk als onderzoeker die EBP wil promoten meer als een psycholoog. Dit kan op verschillende manieren. Ten eerste, maak gebruik van de feedback die de clinici geven over EBP en schrijf deze kritiepunten niet af als onwetendheid; dit is namelijk de eerste stap om te ontdekken wat punten van weerstand zijn in EBP-gebruik. Ten tweede, maak gebruik van relaties tussen onderzoek en praktijk; wanneer weerstand voor EBP is gebaseerd op misvattingen en misverstanden dan kunnen dit soort relaties de kritieke eerste stap zijn om te werken aan deze weerstand. Ten derde, maak gebruik van de psychologische kennis die al bestaat over relaties tussen variabelen en gedrag; door interdisciplinair psychologisch onderzoek te raadplegen kunnen deze psychologische bevindingen en modellen een stapje in de goede richting geven naar welke therapeutvariabelen relevant zijn om te onderzoeken als het gaat om EBP-gebruik.

Conclusie

Door onderzoek gedaan te hebben naar de samenhangende rol van therapeutvariabelen met EBP-gebruik, is bijgedragen aan de literatuur over therapeutvariabelen in combinatie met EBP-gebruik. Door meer onderzoek te doen naar EBP en de bijbehorende obstakels, kunnen therapeuten als Sylvia beter ontworpen EBP-interventies krijgen, waardoor langzamerhand bijgedragen wordt aan het dichten van de onderzoek-praktijk kloof.

Referenties

- 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(2), 61–74. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65>
- Addis, M. E., Wade, W. A., & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(4), 430–441. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1093/clipsy.6.4.430>
- American Psychological Association (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060–1073. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/0003-066X.57.12.1060>
- Barkham, M., Saxon, D. H., Hardy, G. E., Bradburn, M., Galloway, D., Wickramasekera, N., Keetharuth, A. D., Bower, P., King, M., Elliott, R. J., Gabriel, L., Kellett, S., Shaw, S. J., Wilkinson, T., Connell, J., Harrison, P., Ardern, K., Bishop-Edwards, L., Ashley, K. E., . . . Brazier, J. (2021). Person-centred experiential therapy versus cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression (PRaCTICED): a pragmatic, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 487–499. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00083-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00083-3)
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454–462. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5>

- Bouman, T., Raes, F., & de Jong, K. (2018). Evidence-based practice De verhouding tussen clinicus, patiënt en wetenschap = Evidence-based practice The relation between clinician, patient and science. *Gedragstherapie*, *51*(2), 64–71.
- Brookman-Fraze, L., Haine, R. A., Baker-Ericzén, M., Zoffness, R., & Garland, A. F. (2010). Factors associated with use of evidence-based practice strategies in usual care youth psychotherapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *37*(3), 254–269. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10488-009-0244-9>
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*(5), 581–587. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/S1352465808004438>
- Burke, W. W. (2018). *Organization Change: Theory and Practice*. 5th Edition. Los Angeles|London: Sage Publications.
- Cha, C. B., & DiVasto, K. A. (2017). Introduction: applying clinical psychological science to practice. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(5), 504-510.
- David, D., Cristea, I. A., & Hofmann, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Dopp, A. R., Narcisse, M., Munday, P., Silovsky, J. F., Smith, A. B., Mandell, D. S., Funderburk, B. W., Powell, B. J., Schmidt, S. Y., Edwards, D., Luke, D. A., & Mendel, P. (2020b). A scoping review of strategies for financing the implementation of evidence-based practices in behavioral health systems: State of the literature and future directions. *Implementation research and practice*, *1*, 263348952093998. <https://doi.org/10.1177/2633489520939980>

- Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Morris, A., Jackson, D. S., & Slavin, L. (2015). Predictors of use of evidence-based practices for children and adolescents in usual care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(4), 373–383. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10488-014-0578-9>
- Kahneman, D., & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: A failure to disagree. *American Psychologist*, 64(6), 515–526. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0016755>
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons, C. E. E., & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170–189. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/eat.22670>
- Kroesen, M., Handy, S. L., & Chorus, C. G. (2017). Do attitudes cause behavior or vice versa? An alternative conceptualization of the attitude-behavior relationship in travel behavior modeling. *Transportation Research Part A-policy and Practice*, 101, 190–202. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2017.05.013>
- Leone, L., Perugini, M., & Ercolani, A. P. (1999). A comparison of three models of attitude–behavior relationships in the studying behavior domain. *European Journal of Social Psychology*, 29(2–3), 161–189. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(199903/05\)29:2/3<161::AID-EJSP919>3.0.CO;2-G](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/(SICI)1099-0992(199903/05)29:2/3<161::AID-EJSP919>3.0.CO;2-G)
- Levant, R. F. (2004). The empirically validated treatments movement: A practitioner/educator perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 219–224.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Brown, A. P., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013a). The research–practice gap: Bridging the schism between eating disorder

- researchers and practitioners. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 386-394.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Lutzman, R. D. (2013b). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883–900. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.cpr.2012.09.008>
- McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., de Girolamo, G., De Vries, Y. A., Florescu, S., ... de Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders: A comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1017/S2045796020000633>
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41(2), 188–197. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/0003-066X.41.2.188>
- NU.nl. (2019, Augustus 8). KPMG: Ggz onder druk door personeelstekort en toenemende kosten. *NU.nl*. [KPMG: Ggz onder druk door personeelstekort en toenemende kosten | Economie | NU.nl](https://www.nu.nl/economie/2019/08/08/kpmg-ggz-onder-druk-door-personeelstekort-en-toenemende-kosten/)
- Okamura, K. H., Jackson, D. S., & Nakamura, B. J. (2019). Therapist and youth predictors of specific practices derived from the evidence-base in community mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(5), 609–619. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10488-019-00942-1>

Pallant, J. F. (2020). SPSS Survival Manual. In *Routledge eBooks*.

<https://doi.org/10.4324/9781003117452>

Qualtrics XM (2023). [Computer software]. Qualtrics and all other Qualtrics product or service names are registered trademarks or trademarks of Qualtrics, Provo, UT, USA.

Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996).

Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, *312*(7023), 71–72.

<https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J., & DeMaria, A. (2011). Does psychotherapy research

influence the clinical practice of researcher–clinicians? *Clinical Psychology: Science*

and Practice, *18*(4), 357–371. [https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/j.1468-](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x)

[2850.2011.01267.x](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x)

Shean, G. D. (2012b). Some Limitations on the External Validity of Psychotherapy Efficacy

Studies and Suggestions for Future Research. *American Journal of Psychotherapy*,

66(3), 227–242. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.3.227>

Shidhaye, R., Lund, C., & Chisholm, D. (2015). Closing the treatment gap for mental,

neurological and substance use disorders by strengthening existing health care

platforms: Strategies for delivery and integration of evidence-based

interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, *9*.

Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment

decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, *63*(3), 267–281.

<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/jclp.20347>

Waller, G., Stringer, H., & Meyer, C. (2012). What cognitive behavioral techniques do

therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating

disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(1), 171–175. [https://doi-](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0026559)

[org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0026559](https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/a0026559)

Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across the ten aspects of the big five. *Frontiers in Psychology, 2*. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.3389/fpsyg.2011.00178>

Willemsen, J. (2022). The use of evidence in clinical reasoning. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 52*(4), 293–302. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10879-022-09544-9>

Bijlage A

Vragenlijst Evidence-Based Mental Health

[V1] In which language would you like to continue the questionnaire?

In welke taal wilt u deze vragenlijst verderzetten?

In welcher Sprache möchten Sie den Fragebogen fortsetzen?

(English/Nederlands/Deutsch)

[V2] Welkom bij onze studie en bedankt voor uw interesse!

U bent uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek omdat u als psycholoog werkt in de geestelijke gezondheidszorg. Deze studie richt zich op hoe psychologen evidence-based mental health (EBMH) gebruiken in hun klinische praktijk. EBMH is afgeleid van evidence-based medicine, wat het "gewetensvol, expliciete en oordeelkundige gebruik van het **huidige beste bewijs** bij het nemen van beslissingen over de zorg voor individuele patiënten" betekent (Sacket et al., 1996). Naast de voorkeuren van de patiënt en de klinische expertise, verwijst EBMH dus naar de **integratie van wetenschappelijk onderbouwde interventies** in de behandelingsbeslissingen. In deze studie onderzoeken we hoe het bewijs uit onderzoek van EBMH is ingebed in de klinische praktijk en hoe dit wordt beïnvloed door verschillende kenmerken, zoals gedachten, attitudes en werkomgevingen.

Meer gedetailleerde informatie over het onderzoek vindt u op de volgende pagina.

[V3] (**Informatie over het onderzoek**)

[V4] (**Geïnformeerde toestemming**)

[V5] (**Toestemming voor deelname aan het onderzoek**): (Keuzes: Ja, ik geef toestemming voor deelname; deze toestemming loopt tot 30.07.2023 / Nee, ik geef geen toestemming voor deelname).

[V6] (**Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens**): (Keuzes: Ja, ik geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de

onderzoeksinformatie. Ik weet dat ik tot 30.07.2023 kan vragen om mijn gegevens te laten verwijderen. Ook als ik besluit om te stoppen met deelname, kan ik hierom vragen / Nee, ik geef geen toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens).

[V7] Werkt u als psycholoog in de geestelijke gezondheidszorg? (Ja/Nee)

Demografische vragen:

[V8] Hoe oud bent u?

[V9] Wat is uw huidige genderidentiteit? (selecteer alles wat van toepassing is) (Man, Vrouw, Transgender man, Transgender vrouw, Non-binair, Intersekse, Andere identiteit (vul in: __), Ik wil het niet zeggen)

[V10] Wat is uw hoogste (academische) graad? (Middelbare school diploma of gelijkwaardig, Bachelordiploma of gelijkwaardig, Master-diploma of gelijkwaardig, PhD Degree of gelijkwaardig)

[V29] In welk land werkt u? (Nederland, Duitsland, Verenigde Staten, Anders)

Vragen over praktijk:

[V11] Geef aan in welke mate uw therapie/interventies elementen van de volgende stroming (school) bevatten. (Slider met hoeveel je CGT, Psychodynamische Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, Neuropsychologie, Persoonsgerichte Psychotherapie, ACT, Anders, gebruikt)

[V12] Welke therapeutische stroming (school) volgde uw meest recente opleiding (bvb GZ, klinisch psycholoog) voornamelijk? (Gedwongen keuze tussen CGT, Psychodynamische Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, Neuropsychologie, Persoonsgerichte Psychotherapie, ACT.)

[V13] Hoe lang is uw gemiddelde behandeltraject? (Kortdurende therapie (tot 25 sessies of maximaal een jaar) / Langdurige therapie (meer dan 25 sessies of langer dan een jaar) / Het varieert)

[V14] In welk jaar bent u afgestudeerd? (Vul in)

[V15] Hoeveel jaar (praktische) klinische ervaring heeft u? (Vul in)

[V16] Wat is uw werkomgeving op dit moment (Privépraktijk, algemeen ziekenhuis, forensische instelling, bejaardentehuis, instelling voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen/jongeren, gespecialiseerde behandelinstelling, psychiatrisch gasthuis, algemene geestelijk gezondheidszorginstelling).

Beoordeel de volgende uitspraken: (5-puntsschaal van 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal mee eens)

[V17.1] Ik ben bekend met het concept van EBMH.

[V17.2] EBMH is een essentiële basis voor mijn klinische praktijk.

Beoordeel de volgende uitspraken: (5-puntsschaal van 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens)

[V18.1] Ik sta er open voor om mijn behandelingen aan te passen wanneer ik nieuw wetenschappelijk bewijs tegenkom.

[V18.2] Mijn kennis over onderzoek is voldoende voor het begrijpen van wetenschappelijke literatuur.

[V18.3] Mijn vaardigheden in de Engelse taal zijn voldoende om Engelstalige wetenschappelijke literatuur te begrijpen.

[V18.4] Ik geloof dat er een kloof bestaat tussen de wetenschap en de praktijk in de klinische psychologie.

[V18.5] Ik denk niet dat de klinische wetenschap de klinische praktijk accuraat weergeeft.

[V18.6] Ik vind dat alleen wetenschappelijk ondersteunde behandelingen in de klinische praktijk moeten worden gebruikt.

[V18.7] Ik wil meer wetenschappelijk ondersteunde behandelingsmethoden gebruiken in mijn praktijk

[V18.8] Ik weet hoe ik de databases moet gebruiken om wetenschappelijke literatuur te vinden.

[V18.9] Ik vind klinische ervaring meer waardevol om mijn keuzes in behandeling op te baseren in de klinische praktijk, dan klinisch onderzoek.

Beoordeel de volgende uitspraken: (5-puntsschaal van 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens)

[V19.1] Ik doe wetenschappelijk onderzoek.

[V19.2] In mijn directe werkomgeving werken mijn collega's en ik samen om ons op de hoogte te houden van nieuw wetenschappelijk bewijs.

[V19.3] Er heerst een sfeer van samenwerking tussen mij en mijn collega's.

[V19.4] In mijn werkomgeving voel ik me comfortabel om (nieuwe) EBMH-interventies uit te proberen.

[V19.5] De toepassing en naleving van EBMH is een persoonlijke verantwoordelijkheid in mijn beroepspraktijk.

[V19.6] De toepassing van EBMH wordt bekrachtigd door mijn collega's.

[V19.7] De toepassing van EBMH wordt bekrachtigd door mijn leidinggevende.

Beoordeel de volgende uitspraken: (5-puntsschaal van 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens)

[V20.1] Mijn werkgever biedt mij mogelijkheden om nieuwe academische vaardigheden te leren die het mij gemakkelijker maken om EBMH toe te passen.

[V20.2] Mijn werkgever biedt mij praktische ondersteuning om praktische training te krijgen in het toepassen van wetenschappelijk ondersteunde behandelingen (bijvoorbeeld door training te bieden in een specifieke interventie).

[V20.3] Mijn huidige werkgever benadrukt het belang van het toepassen van EBMH.

[V20.4] Mijn universitaire opleiding benadrukte het belang van het toepassen van EBMH.

[V20.5] Mijn werkgever ondersteunt mij financieel zodat ik mijzelf kan informeren over het nieuwste wetenschappelijk bewijs.

[V20.6] Mijn werkgever erkent dat een deel van mijn werktijd nodig is om mezelf te informeren over het nieuwste wetenschappelijke bewijs.

[V20.7] Mijn werkgever biedt fysieke faciliteiten (zoals studiezalen, bibliotheken, werkstations) om mezelf te informeren over het nieuwste wetenschappelijke bewijs.

[V20.8] Ik krijg ondersteuning van mijn werkomgeving wanneer ik gebruik wil maken van een wetenschappelijk ondersteunde behandeling waar ik geen ervaring mee heb.

[V20.9] Mijn werkgever erkent EBMH in haar officiële beleid.

[V20.10] Mijn studie en aanvullende trainingen hebben me goed voorbereid op mijn dagelijkse praktijk.

Feedback

[V21] Is er nog iets dat u ons wilt laten weten over dit onderwerp? (Vul in)

[V22] Heeft u suggesties voor verbetering van deze enquête? (Vul in)

Einde

[V23] (**Code aanmaken om informatie in te kunnen trekken**)

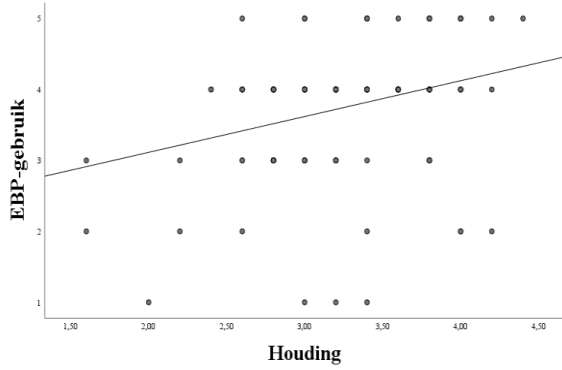
[V24] (**Einde**)

Bijlage B

Figuren voor het controleren van assumpties

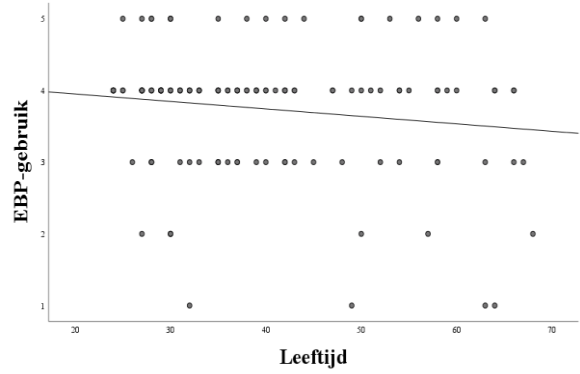
Figuur 1

Spreidingsdiagram EBP-gebruik en houding



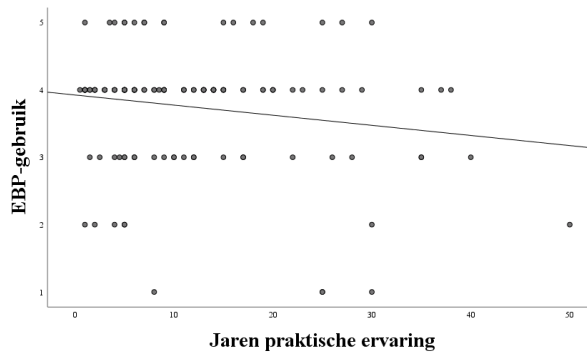
Figuur 2

Spreidingsdiagram EBP-gebruik en leeftijd



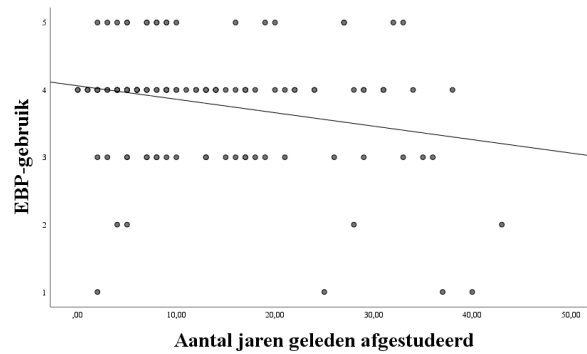
Figuur 3

Spreidingsdiagram EBP-gebruik en jaren praktische ervaring



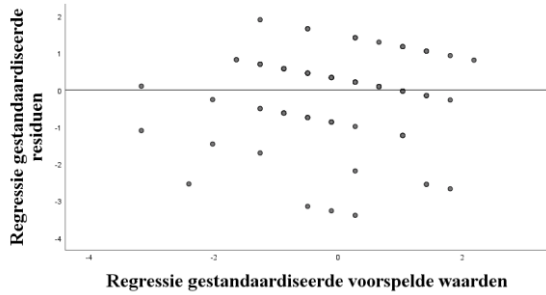
Figuur 4

Spreidingsdiagram EBP-gebruik en aantal jaren geleden afgestudeerd



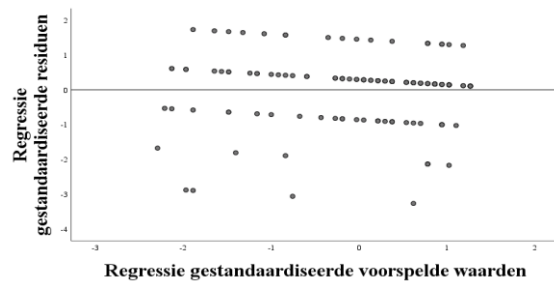
Figuur 5

Residuendiagram EBP-gebruik en houding



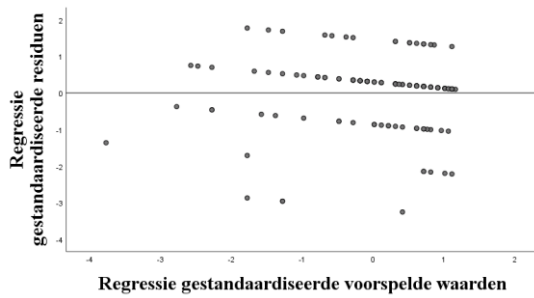
Figuur 6

Residuendiagram EBP-gebruik en leeftijd



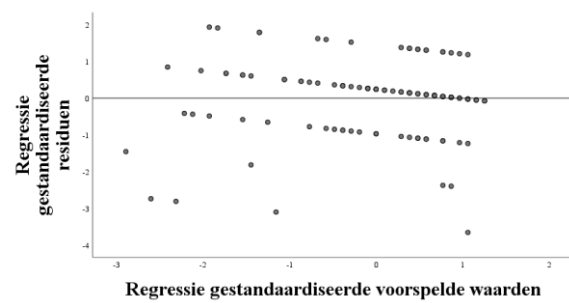
Figuur 7

Residuendiagram EBP-gebruik en jaren praktische ervaring



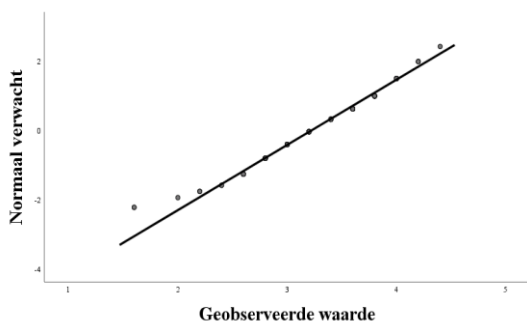
Figuur 8

Residuendiagram EBP-gebruik en aantal jaren geleden afgestudeerd



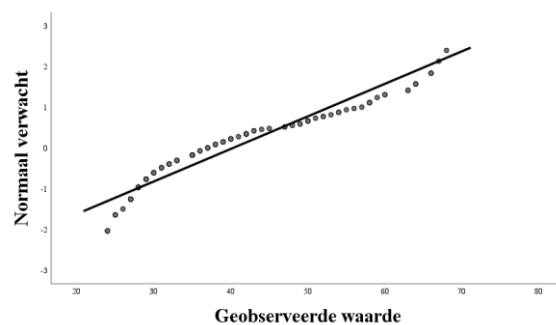
Figuur 9

Q-Q Plot houding



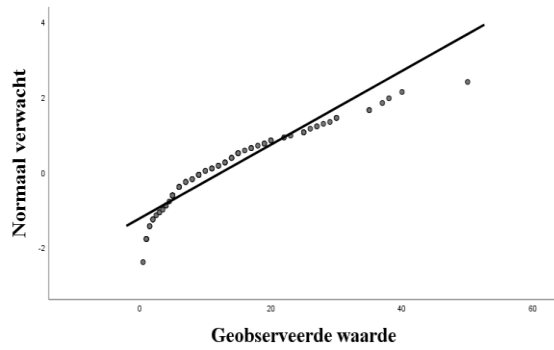
Figuur 10

Q-Q Plot leeftijd



Figuur 11

Q-Q Plot jaren praktische ervaring



Figuur 12

Q-Q Plot aantal jaren geleden afgestudeerd

