

# Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk in de LVB-zorg

## *Evidence-based practice als kompas voor betere besluitvorming*

Anika Bexkens<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinisch Psycholoog/Psychotherapeut, GGZ Delfland; Hoogleraar Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie, Universiteit Leiden – a.bexkens@fsw.leidenuniv.nl

### SAMENVATTING

*Evidence-based practice (EBP) wordt in de LVB-zorg regelmatig als onhaalbaar beschouwd vanwege het beperkte aantal interventies dat specifiek voor deze doelgroep is onderzocht. Dit artikel beargumenteert dat deze opvatting berust op een te smalle definitie van EBP. Vertrekpunt is de definitie van de American Psychological Association (APA, 2006): de integratie van de beste beschikbare wetenschappelijke kennis, klinische expertise en cliëntperspectief. Vanuit dat perspectief blijkt dat veel professionals in de LVB-zorg al evidence-based werken, zonder het zo te noemen. Het artikel werkt de drie pijlers van EBP uit en laat zien hoe zij in de praktijk van de LVB-zorg samenkomen.*

### INLEIDING

Eind vorig jaar sprak ik mijn oratie uit ter acceptatie van mijn leerstoel Evidence-Based Clinical Practice for Child and Adolescent Mental Health. De eerste zaadjes voor veel van de ideeën uit mijn oratie zijn geplant toen ik aan het begin van mijn carrière in de zorg voor jongeren met LVB werkte. Ik werkte toen bij Groot-Emaus waar ik promotie-onderzoek combineerde met de GZ-opleiding. Hieronder verbind ik de ideeën uit mijn oratie aan het werken in de zorg voor mensen met een LVB.

In de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) klinkt geregeld de verzuchting dat evidence-based werken niet past bij dit werkveld. Het argument is begrijpelijk: het aantal interventies dat specifiek voor de doelgroep is onderzocht, is relatief klein. Maar de conclusie die daar soms uit wordt getrokken “Wwij werken dus niet evidence-based”, verdient kritische beschouwing. Zij berust op een definitie van evidence-based practice (EBP) die te smal is en die het dagelijkse vakmanschap van LVB-professionals ten onrechte buiten beeld laat.

Dit artikel gaat over de vraag wat EBP werkelijk betekent en welke rol het speelt, en zou moeten spelen, in de zorg voor mensen met een LVB en hun netwerk. De centrale stelling is dat EBP geen protocol is, maar een besluitvormingsmodel: een manier van redeneren die wetenschap, klinische expertise en cliëntperspectief integreert. Dat model is

niet alleen toepasbaar in de LVB-zorg; het beschrijft in veel gevallen wat professionals daar al dagelijks doen.

Achtereenvolgens bespreek ik de kloof die in de praktijk wordt ervaren tussen wetenschap en zorg, de bredere definitie van EBP en haar drie pijlers, en de specifieke betekenis van elk van die pijlers voor de LVB-context. Ik sluit af met aanbevelingen voor praktijk, opleiding en onderzoek.

### DE KLOOF TUSSEN WETENSCHAP EN PRAKTIJK

Discussies over evidence-based werken in de zorg worden nogal eens gevoerd als een touwtrekwedstrijd: wetenschappers die met kracht aan de ene kant trekken (“Het is evidence-based, doe het nou!”) en zorgverleners die vanuit hun praktijkervaring aan de andere kant vasthouden (“Nee, mijn ervaring zegt iets anders!”). Ondertussen staan cliënten en hun naasten aan de zijlijn.

In de LVB-zorg is dit patroon ook herkenbaar. Wetenschappers ontwikkelen inzichten en behandelprotocollen, maar de vertaalslag naar de specifieke kenmerken van mensen met een LVB, zoals cognitief niveau, tempo, taalgebruik, is niet altijd gemaakt. Zorgverleners signaleren terecht dat wat voor de gemiddelde cliënt in een RCT werkt, niet klakkeloos overdraagbaar is naar de heterogene groep die zij dagelijks zien.

Die spanning is reëel, maar leidt soms tot een onvruchtbare conclusie: dat evidence-based werken en vakkundig maatwerk tegenover elkaar staan. Dat is een misverstand. De kloof is minder diep dan zij voelt, mits we bereid zijn de definitie van EBP serieus te nemen.

### EVIDENCE-BASED PRACTICE: DE BREDERE DEFINITIE

De American Psychological Association omschrijft EBP in de psychologie als volgt:

*“Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences” (APA, 2006).*

In deze definitie vallen een aantal zaken op. Ten eerste: integratie. Wetenschap staat niet boven de praktijk, maar is een uitgangspunt, een punt van vertrek in het besluitvormingsproces waarin kennis uit andere bronnen, zoals klinische expertise en cliëntperspectieven, worden geïntegreerd. Ten tweede: de beste beschikbare kennis. Dat is niet de perfecte kennis, maar wat er op dit moment redelijkerwijs bekend is. Ten derde: de context van de cliënt. Kennis heeft pas waarde wanneer zij wordt verbonden met de persoon die tegenover de hulpverlener zit.

Die bredere definitie heeft directe consequenties voor de LVB-zorg. Werken volgens de principes van EBP hangt niet af van de vraag of er een specifiek voor LVB gevalideerd protocol beschikbaar is. Het hangt af van de manier waarop wordt beslist: zorgvuldig, expliciet en afgestemd op de drie pijlers. Wie dat doet, en veel teams in de LVB-zorg doen dat, werkt evidence-based.

#### Pijler 1: De beste beschikbare wetenschappelijke kennis

Wetenschappelijke kennis in de zorgpraktijk omvat meer dan effectonderzoek naar behandelprotocollen. Kennis over psychologische processen, zoals onder andere ontwikkeling, leren, cognitie, emotieregulatie, gezinsdynamiek, culturele context, vormt ook een onmisbare basis voor goede besluitvorming. Juist bij de LVB-doelgroep, waar cognitieve beperkingen samengaan met grote variatie in sociaal-emotionele ontwikkeling, psychische problematiek en kwetsbare omstandigheden, is die brede kennisbasis onontbeerlijk.

Tegelijkertijd zijn er grenzen aan wat wetenschap kan bieden. Onderzoeksbevindingen gaan over gemid-

delden in groepen en de variatie binnen groepen is groot. Wat gemiddeld effectief is, geldt niet per definitie voor één individuele cliënt, in één netwerk, op één moment. Bovendien worden bepaalde groepen, zoals mensen met een LVB stelselmatig uitgesloten van wetenschappelijke studies – een IQ-score van lager dan 85 is een veelgebruikt exclusiecriteria. Daarnaast zijn veel vragen die specifiek zijn voor de LVB-zorg nog niet onderzocht.

Dit betekent niet dat wetenschappelijke kennis irrelevant is, integendeel. Maar het vraagt van de professional een actief en kritisch gebruik van die kennis: weten wat er is, weten wat er niet is, en op basis daarvan weloverwogen redeneren. Dat noem ik ook wel het ‘verstandig’ toepassen van wetenschap in de praktijk, een belangrijk onderdeel van Pijler 2: klinische expertise.

#### Behandelprotocol als kompas, niet als keurslijf

Een veelvoorkomend misverstand is dat een behandelprotocol stap voor stap gevolgd moet worden en dat hier niet van afgeweken mag worden. Dat is niet zo. In de LVB-zorg is dit zelfs onwenselijk. Een behandelprotocol geeft een richtlijn voor de werkzame elementen waarvan we weten dat ze nodig zijn voor een effectieve behandeling van een bepaald type probleem. Die elementen moeten zeker worden toegepast, daarvan moet je niet zo maar afwijken; de vorm, het tempo, de taal, de herhaling, de visualisatie, de betrokkenheid van het netwerk, mag en moet worden aangepast aan de cliënt. Wie dat doet, verlaat het pad van EBP niet, maar loopt het pad zoals het bedoeld is.

#### Pijler 2: Klinische expertise

Klinische expertise wordt in de praktijk soms gereduceerd tot ‘intuïtie’ of ‘onderbuikgevoel’. Dat doet ons vak ernstig tekort. Klinische expertise is een professioneel, leerbaar en toetsbaar geheel van vaardigheden, waarin systematisch wetenschappelijk denken en praktijkervaring zijn verweven. De APA onderscheidt onder andere de volgende bouwstenen: diagnostiek en indicatiestelling, klinische besluitvorming en het monitoren van vooruitgang, interpersoonlijke vaardigheden, systematische reflectie en professionele ontwikkeling, en sensitiviteit voor individuele, culturele en contextuele factoren.

Onderzoek ondersteunt het belang van deze vaardigheden. Experts redeneren bij casusconceptualisatie consistent en laten zich minder leiden door irrelevante behandelopties (Dudley et al., 2015). En los van de gekozen methode hebben behandelaren een substantiële invloed op uitkomsten (Wampold & Flückiger, 2023).

Een kritisch punt is de rol van praktijkkennis. Jarenlange ervaring met een specifieke populatie bouwt waardevolle intuïties op, maar ook systematische blinde vlekken. Wanneer een behandelaar vooral cliënten ziet met vergelijkbare ernst of classificatie, raakt de opgebouwde praktijkkennis onvermijdelijk gekleurd. Intuïtie en snel redeneren verhogen bovendien de kans op cognitieve vertekening (Kahneman, 2011; Featherston et al., 2020). Therapeuten die sterk op intuïtie steunen, zijn ook minder geneigd multidisciplinaire richtlijnen te volgen en bewezen effectieve interventies toe te passen (Gaudiano et al., 2011).

Dit vraagt om expliciete reflectie op aannames, zowel over de cliënt als over de eigen besluitvorming. Berekenend afwijken van richtlijnen of protocollen is legitiem, maar alleen wanneer het expliciet, transparant en methodisch onderbouwd is. Diversiteit in het behandelteam is hierbij geen luxe maar een noodzaak: alleen door meerdere perspectieven te integreren kan recht worden gedaan aan de complexiteit van de LVB-zorg.

### Pijler 3: Cliëntperspectief en ervaringskennis

De derde pijler van EBP betreft het cliëntperspectief. De APA wijst hier op het belang van kennis over individuele verschillen, cultuur en context bij het nemen van klinische beslissingen. Dat is waardevol, maar het schiet tekort op één cruciaal punt: er is een verschil tussen kennis óver cliënten en kennis ván cliënten.

Hulpvragers zelf beschikken over kennis die niemand anders heeft. Zij weten wat in het verleden wel of niet werkte, welke omstandigheden herstel bevorderden, en welke hulpvormen voor hen onbruikbaar of niet passend waren. Dat zijn geen anekdotes, maar relevante data die structureel moeten meewegen in behandelkeuzes. Diagnostiek en behandeling zijn collaboratieve processen: behandelaar en cliënt verlenen samen betekenis aan het verhaal en bepalen samen wat haalbaar en zinvol is.

Een beroepsgroep die hierin een sleutelrol kan spelen, zijn ervaringsdeskundigen. Ze zetten persoonlijke ervaringen om in overdraagbare, professionele ervaringskennis en zijn opgeleid om deze kennis in zorgprocessen in te brengen. In de LVB-zorg is hun inbreng van bijzondere waarde: zij kunnen bijdragen aan het integreren van cliëntwaarden en -voorkeuren, en met hun cruciale ervaringskennis kunnen zij helpen om ongelijkheid en onrecht te voorkomen. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan ervaringsdeskundigheid van de cliënten zelf, maar

juist ook aan ervaringsdeskundige ouders, verzorgers of andere familieleden.

Mijn pleidooi is dan ook voor een verbreding van de derde pijler: niet alleen kennis over individuen en context, maar actieve integratie van ervaringskennis als volwaardige bron naast wetenschappelijke evidentie en klinische expertise.

### Casusconceptualisatie als geïntegreerd vertrekpunt

Alle drie de pijlers komen samen in de casusconceptualisatie: de werkhypothese die de behandelaar formuleert op basis van wetenschappelijke kennis, het persoonlijke verhaal van de cliënt en klinisch redeneren. Het is een gezamenlijk geformuleerd verhaal over wat er speelt, hoe het zo gekomen is, en waar de cliënt naartoe wil bewegen.

In de LVB-zorg is die complexiteit bijzonder tastbaar. Cognitieve beperkingen gaan regelmatig samen met verschillen in sociaal-emotionele ontwikkeling, psychische problematiek en kwetsbare sociale omstandigheden. Persoonlijke factoren, relaties, school, lichamelijke gezondheid, cultuur en context beïnvloeden elkaar in een netwerk dat niet te vatten is in één perspectief. Dat vraagt om diverse teams die variëteit als kracht benutten, teams die wetenschappelijke kennis, klinische expertise en ervaringskennis expliciet integreren.

### CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De kloof tussen wetenschap en praktijk is in de LVB-zorg helemaal niet zo groot. Het is juist mijn ervaring dat collega's in dit vakgebied heel nauwkeurig afwegen welke kennis op welke manier toegepast kan worden op hun individuele cliënten. Het ontbreken van specifieke behandelprotocollen dwingt juist tot het integreren van klinische expertise. Het hardnekkigste misverstand is dat evidence-based werken gelijkstaat aan het kunnen aanwijzen van een evidence-based protocol voor deze specifieke doelgroep.

Wanneer iemand zegt "Wij kunnen niet evidence-based werken in de LVB-zorg", is een passend antwoord: "Bedoel je dat er te weinig interventieonderzoek is? Dat klopt vaak. Maar evidence-based werken gaat over besluitvorming en die vindt hier elke dag plaats."

**AANBEVELINGEN**

**Voor de praktijk:** Maak klinisch redeneren volgens de principes van EBP expliciet in teambesprekingen en supervisie. Documenteer niet alleen wat er is besloten, maar waarom: welke kennis, welke expertise, welke cliëntvoorkeur heeft de beslissing gestuurd. Geef intervisie vorm met diverse intervisiegroepen waarin verschillende perspectieven naar voren komen. Betrek ervaringsdeskundigen structureel bij behandeling en teamreflectie. Bewaak de werkzame elementen van interventies, maar pas de vorm aan op de cliënt. Neem als professional je centrale rol in binnen EBP, sterker nog: eis die op. Jij bent verantwoordelijk voor het integreren van de informatiebronnen om de beste beslissing te nemen over jouw individuele cliënt of cliëntstelsel.

**Voor de opleiding:** Onderwijs de brede definitie van EBP en ruim actief ruimte in voor het wegnemen van misvattingen over protocollen en klinische expertise. Besteed aandacht aan cognitieve bias in besluitvorming en aan methoden om praktijkkennis kritisch te toetsen. Bereid collega's in opleiding voor op het expliciteren en verantwoorden van klinische beslissingen.

**Voor de wetenschap:** Bedrijf een dienende wetenschap. In EBP is de rol van wetenschappelijke kennis belangrijk, maar de verantwoordelijkheid voor het verstandig toepassen ervan op het individu ligt bij de behandelaar. Ontwikkel kennis die de behandelaar kan gebruiken om betere beslissingen te nemen. Richt onderzoeksagenda's niet alleen op de effectiviteit van specifieke protocollen. Onderzoek hoe klinische expertise en ervaringskennis de kwaliteit van klinische beslissingen beïnvloeden. En essentieel voor de LVB-zorg: Vergroot de ecologische validiteit van interventieonderzoek door deelnemers te includeren die representatief zijn voor de hele populatie. Met andere woorden: het exclusie criterium op basis van IQ mag de prullenbak in.

Gaudiano, B. A., Brown, L. A., & Miller, I. W. (2011). Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidence-based practice attitudes of psychotherapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 628–634. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01508.x>

Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Allen Lane and Penguin Books.

Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: Conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25–41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>

**LITERATUUR**

American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Dudley, R., Ingham, B., Sowerby, K., & Freeston, M. (2015). The utility of case formulation in treatment decision making; the effect of experience and expertise. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 66–74. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.01.009>

Featherston, R., Downie, L. E., Vogel, A. P., & Galvin, K. L. (2020). Decision making biases in the allied health professions: A systematic scoping review. *PLoS ONE*, 15(10), e0240716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240716>