

Inleiding

De bedoeling van deze tekst is om achtergrondinformatie en duiding te bieden bij evidence-based werken in de alcohol- en drugpreventie, -hulpverlening¹ en voortgezette zorg. Het is een algemene referentietekst op basis waarvan het debat rond evidence-based werken kan gevoerd worden. De tekst is bedoeld voor hulpverleners, preventiewerkers en onderzoekers in de alcohol- en drugsector en kan als uitgangspunt dienen voor het uitwerken van concrete initiatieven die evidence-based werken in de praktijk ondersteunen.

Evidence-based werken is een belangrijke kwaliteitsstandaard voor interventies. Onder kwaliteitsvolle zorg en preventie verstaan we evidence-based interventies die voorzien worden door deskundige praktijkwerkers, die over aantoonbare kerncompetenties beschikken in hun werkgebied en wiens activiteiten regelmatig gemonitord worden via het meten van kwaliteitsindicatoren op programma- en systeemniveau (McLellan et al., 2007). We gaan er hierbij vanuit dat als individuele praktijkwerkers, behandelprogramma's en systemen kwaliteitsvolle zorg en preventie aanbieden, ze ook goede uitkomsten zullen behalen bij cliënten.

Dat het hier gaat om een breed spectrum van interventies, kan blijken uit het schema van Mrazek & Haggerty (1994) (zie figuur 1).

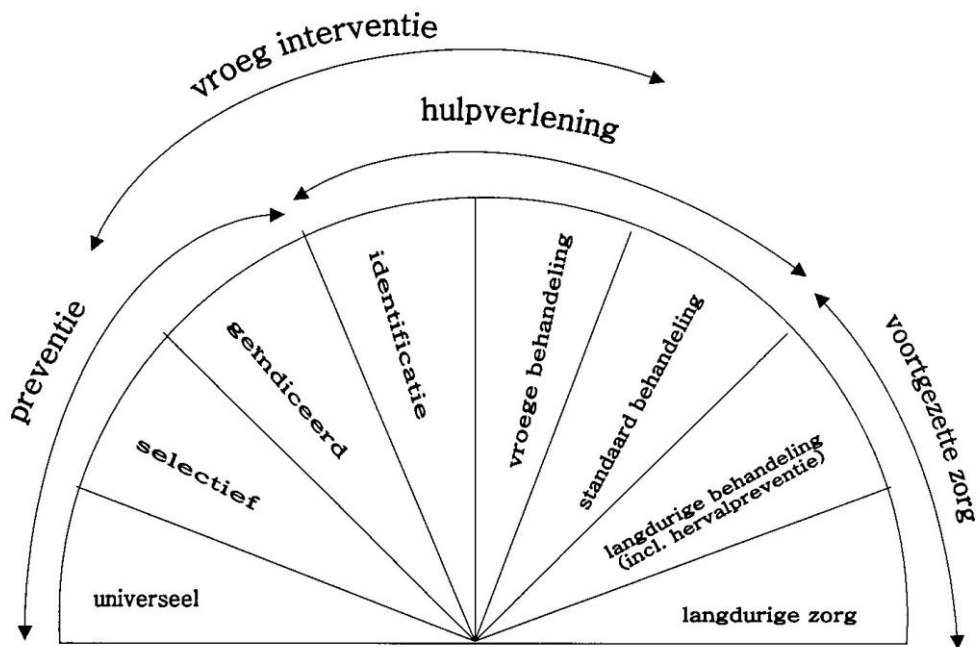
Preventie wordt ingedeeld in universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Universele preventie is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor, bijvoorbeeld massamediale campagnes voor de gehele bevolking. Selectieve preventie is gericht op hoogrisicogroepen zoals bijvoorbeeld kinderen van verslaafde ouders. Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die wel tekens, klachten of symptomen hebben van potentieel problematisch middelengebruik, maar die (nog) niet voldoen aan diagnostische criteria zoals beschreven in de DSM-4 (Mrazek & Haggerty, 1994).

De *hulpverlening* wordt onderverdeeld in identificatie, vroege behandeling en standaardbehandeling. Bij identificatie gaat het om een getrapt proces van screening, assessment en diagnostiek. Vroege behandeling staat voor een kortdurende interventie, holistisch van aard met veel aandacht voor de omgeving van de cliënt en minder intensief dan een standaard behandeling. Onder een standaardbehandeling wordt de toepassing van effectieve, evidence-based behandelingsmodellen bij personen met een gediagnosticeerde stoornis verstaan.

Onder *voortgezette zorg* vallen tot slot langdurige behandeling en langdurige zorg. Het gaat hier om interventies gericht naar personen bij wie de stoornis blijft duren en gericht op terugvalpreventie, rehabilitatie en kwaliteit van leven (Mrazek & Haggerty, 1994).

Vroeginterventie begint in dit spectrum bij geïndiceerde preventie en eindigt bij vroege behandeling (Verstuyf, 2007).

¹ Met 'drughulpverlening' wordt in deze tekst zowel de categoriale als de niet-categoriale hulpverlening voor mensen met alcohol- en drugproblemen bedoeld



Figuur 1: interventiespectrum (naar Mrazek & Haggerty, 1994)

Wanneer we in dit document spreken over drughulpverlening en -preventie, hebben we het over dit brede spectrum. Voortgezette zorg valt in deze tekst onder hulpverlening.

De tekst is opgebouwd uit vier grote delen:

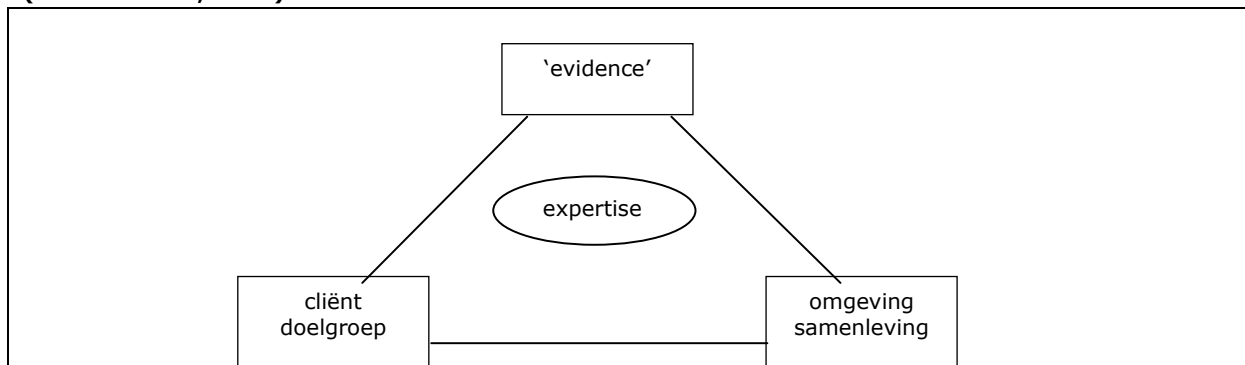
1. In een eerste deel komt aan bod hoe het evidence-based gedachtegoed ontstaan is en wat het omvat. We zien dat het om een integratie gaat van drie verschillende factoren, met name de 'evidence' zelf, de expertise van de praktijkwerker en de wensen en voorkeuren van de cliënt of doelgroep waarmee hij werkt. Dit alles wordt gesitueerd binnen de omgeving en samenleving waarin men werkt en leeft.
2. In een tweede deel bespreken we het debat dat aan de gang is over het evidence-based paradigma.
3. In een derde deel worden de drie factoren die belangrijk zijn in evidence-based werken, afzonderlijk besproken. We stellen ons de vraag wanneer een interventie evidence-based kan genoemd worden, of we weten wat werkt en waarom het werkt. Verder komen ervaringen, vaardigheden en attitudes van praktijkwerkers aan bod, alsook noden en waarden van cliënt en doelgroep.
4. Tot slot wordt in een vierde deel bekeken hoe we de theorie van het evidence-based gedachtegoed naar de praktijk kunnen omzetten.

1. Evidence-based werken: ontstaan en gedachtegoed

De laatste jaren wordt in de drughulpverlening en -preventie steeds vaker gesproken over 'evidence-based werken'. Het gaat om een term die afgeleid is van het begrip 'evidence-based medicine' (Evidence-based Medicine Working Group, 1992). Evidence-based medicine is een stroming binnen de geneeskunde die op gang is gekomen onder impuls van artsen, onderzoekers en professoren die de toepassing van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek in de praktijk wilden versnellen en verbeteren (Haynes et al., 1996). Door de steeds snellere evolutie van de wetenschappelijke kennis, is immers een nieuwe manier van leren vereist, die men 'problem based learning' noemt (Straus et al., 2005). Hierbij gaat men, wanneer men geconfronteerd wordt met een klinische vraag waarbij men niet zeker is van het huidige beste antwoord, hiernaar op zoek op een zo efficiënt mogelijke manier (Offringa, Assendelft & Scholten, 2003; Straus et al., 2005).

De meest recente definitie van evidence-based medicine gaat als volgt: 'Evidence-based medicine is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence-based medicine impliceert het integreren van het beste bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is met individuele klinische expertise en de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt.' (Sackett, 2000, p.1). Uit deze definitie onthouden we drie factoren die van belang zijn binnen 'evidence-based werken' en die men moet integreren: de 'evidence' zelf, de expertise van de praktijkwerker en de wensen en voorkeuren van de cliënt of doelgroep waarmee hij werkt. Dit alles moeten we situeren binnen de omgeving en samenleving waarin men werkt en leeft (Autrique, 2007; Hannes, 2006). Met andere woorden: het gaat om 'maatwerk', en mag niet beperkt blijven tot de vraag of een interventie resultaat heeft of niet (zie figuur 2).

Figuur 2: de plaats van 'evidence' binnen de evidence-based hulpverlening – preventie (o.b.v. Hannes, 2006)



Ook in de drughulpverlening en -preventie groeit de onderzoeksliteratuur over de effectiviteit van interventies steeds sneller aan. Dit maakt een nieuwe manier van leren en werken nodig. Als we het evidence-based gedachtegoed willen vertalen naar de drughulpverlening, moeten we rekening houden met de eigenheid van de problematiek waarmee we in deze setting te maken krijgen. De drugproblematiek is een complexe problematiek. Of gebruik problematisch is, hangt niet alleen af van het middel zelf maar ook van de persoon die het middel gebruikt en van de omgeving. Sommige personen en groepen blijken omwille van individuele en/of maatschappelijke factoren bijvoorbeeld gevoeliger te zijn voor de risico's van middelengebruik dan andere; ze zijn op dit vlak extra kwetsbaar (VAD, 2006). Daarenboven gaat het om een problematiek die gepaard gaat met andere problemen, zoals werkloosheid, relationele problemen, psychische en lichamelijke klachten, contacten met politie en justitie of financiële problemen (Brindis & Theidon, 1997; McLellan, 2002).

De complexiteit van de drugproblematiek lijkt op het eerste zicht de toepassing van het evidence-based gedachtegoed te bemoeilijken. Het is tenslotte niet zo eenvoudig om de effectiviteit van interventies in zo'n complexe context te onderzoeken en al zeker niet om onderzoeksresultaten te vertalen naar de praktijk. Dit blijkt ook uit de kloof die in drughulpverlening en -preventie nog steeds bestaat tussen wetenschappelijk onderzoek en de praktijk (Broekaert et al., 2002; Simpson, 2002; Miller et al., 2006; VAD, 2006; Van Gageldonk, 2008). Toch vraagt net die complexiteit om meer evidence-based werken: deze manier van denken en werken is immers bedoeld om houvast bieden bij complexe problemen (Sackett et al., 1996; Van Driel et al., 2003).

Verder vraagt de diversiteit in de toepassing van behandelmethoden voor alcohol- en druggebruikers en in preventieve interventies om meer evidence-based practice. Evidence-based werken biedt immers de mogelijkheid om continuïteit en meer eenvormigheid in de zorg en preventie te realiseren (Sackett et al., 1996; Van Driel et al., 2003).

Tot slot is een degelijke wetenschappelijke onderbouwing van interventies ook nodig omdat werken met mensen een subjectieve aangelegenheid is. Een goede intuïtie, al dan niet op basis van jarenlange ervaring, is hierin belangrijk maar lang niet voldoende. Onderzoek kan nieuwe perspectieven openen en voorkomt dat we op dezelfde manier doorgaan, alleen omdat we het altijd al zo gedaan hebben (Cox et al., 2003).

2. Evidence-based werken: onderwerp van debat

Op basis van het voorgaande, kunnen we er van uitgaan dat evidence-based werken de kwaliteit van interventies in de drughulpverlening en -preventie kan verhogen. Tot nog toe zijn er nog niet veel initiatieven geweest waarbij de verschillende partijen die betrokken zijn bij de implementatie van het evidence-based gedachtegoed in de drughulpverlening en -preventie, met name onderzoek, beleid en praktijk, hebben samengezeten om tot een gemeenschappelijke invulling ervan te komen.

Praktijkwerkers zijn vooral bezorgd over de implicaties die dit gedachtegoed kan hebben. Het evidence-based paradigma staat voor velen symbool voor het toenemend economisch denken en de noodzaak aan kostenbesparingen in de welzijns- en gezondheidssector. Sommigen menen dat het hulpverleningsaanbod beperkt zal worden tot vooral effectieve en goedkope interventies. Ze vrezen dat dit ten koste zal gaan van interventies waarvan de effectiviteit (nog) niet bewezen is en van belangrijke ethische overwegingen ('value-based practice'). Praktijkwerkers zijn ook bang dat alleen op basis van effectiviteitsonderzoek, bepaalde richtlijnen en interventies zullen worden opgelegd en dat hun therapeutische vrijheid beperkt zal worden.

Of deze bezorgdheden gegrond zijn, is niet helemaal duidelijk door het ontbreken van een expliciete, gemeenschappelijke visie. Een aantal zaken zijn echter wel duidelijk. Ten eerste zou het gebruik van het evidence-based gedachtegoed voor kostenbesparingen niet alleen een misbruik van het evidence-based paradigma betekenen, maar ook een fundamentele misvatting van de financiële gevolgen ervan. De bedoeling van het evidence-based gedachtegoed is de kwantiteit en kwaliteit van leven van cliënten te maximaliseren door de meest beproefde interventies te onderscheiden en toe te passen. Het is mogelijk dat dit de kost van hun behandeling eerder verhoogt dan verlaagt (Sackett et al., 1996).

Ten tweede is het ook gevaarlijk om zich bij de implementatie van een interventie of het zoeken naar een gepaste interventie, enkel te baseren op de effectiviteitsgraad van een interventie (Burssens, 2007). Zowel in onderzoek als in de praktijk spelen ook verschillende perspectieven, waarden en (sociale) normen een belangrijke rol. Alcohol- en drugproblemen kunnen vanuit zeer veel verschillende invalshoeken benaderd worden, bijvoorbeeld vanuit een medisch-psychiatrische, psychologische of criminologische invalshoek. Wat men als een probleem aanziet, beïnvloedt welke

uitkomsten men belangrijk vindt, wat men zal verkiezen eraan te doen (qua middelen en mankracht), en dus welke interventies men inzet (Hannes, 2006).

Probleemdefinities, -analyses en de gevolgen van bepaalde strategieën worden niet vaak genoeg in vraag gesteld (Burssens, 2007). Wanneer we evidence-based werken moeten we dus ook steeds de context of de samenleving en omgeving waarin we werken en leven, in rekening brengen. De uitdaging bestaat erin te kiezen voor interventies die gestaafd zijn door 'evidence' – voor zover die bestaat – en die aangepast zijn aan de specifieke waarden, normen en situatie binnen onze samenleving (Hannes, 2006; VAD, 2006).

Ten derde zou het opleggen van interventies en richtlijnen de implementatie ervan waarschijnlijk niet bevorderen, maar eerder weerstand kunnen oproepen bij praktijkwerkers. Uit onderzoek bij hulpverleners in de verslavingszorg blijkt alvast dat zij het van groot belang vinden dat hun therapeutische vrijheid gewaarborgd blijft (Autrique et al., 2007). Hoe deze therapeutische vrijheid precies gedefinieerd moet worden en wat de grenzen hiervan zijn, is dan weer een andere discussie.

3. Evidence-based werken: een integratie van verschillende factoren

In wat volgt bespreken we verschillende factoren die deel uitmaken van evidence-based werken. Eerst komt de 'evidence' zelf aan bod. Ten tweede bespreken we de rol van de praktijkwerker in het evidence-based werken. Ten derde komen de waarden en noden van de cliënt en de doelgroep zelf aan bod.

3.1 'Evidence'

'Evidence' is een eerste belangrijke factor in evidence-based werken. We besteden hier in deze tekst de meeste aandacht aan. Dit wil niet zeggen dat de andere factoren die deel uitmaken van 'evidence-based' werken minder relevant zijn. Het systematisch en onmiddellijk gebruik kunnen maken van evidence, is echter wel het nieuwe element ten opzichte van vroeger.

3.1.1 Standaarden en classificatiesystemen

In de medische wetenschappen is het duidelijk wanneer men een interventie 'evidence-based' mag noemen. Men hanteert er vaak een hiërarchie in onderzoek, die gaat van 'hard' tot 'zacht' bewijs. RCTs of 'randomised controlled trials' staan er bovenaan, gevolgd door experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek, ander kwantitatief onderzoek en kwalitatief onderzoek. RCTs beschouwt men als de 'gouden standaard'. Men spreekt van evidence voor de effectiviteit van een bepaalde behandeling, als op basis van verscheidene RCTs blijkt dat deze interventie een meerwaarde oplevert ten opzichte van de gebruikelijke behandeling, een andere behandeling of geen behandeling. Afhankelijk van de consistentie van de onderzoeksresultaten en de methodologische kwaliteit van deze studies spreekt men dan van geen, matig of sterk bewijs voor de effectiviteit van een interventie.

De vraag is of deze indeling wel werkbaar is voor de drughulpverlening en –preventie en of RCTs altijd haalbaar zijn. Het nauwkeurig matchen van subjecten in vergelijkingsgroepen is zeer moeilijk bij deze populatie en ook ethische overwegingen zorgen ervoor dat een RCT in bepaalde omstandigheden niet wenselijk is. Bovendien zijn de drugproblematiek en de behandeling ervan zodanig complex, dat het op basis van dergelijke studies moeilijk is om conclusies te trekken over de relatie tussen input en output (VAD, 2006).



Bepaalde interventies zijn ook gemakkelijker via RCTs te onderzoeken dan andere. Het hanteren van bepaalde classificatiesystemen voor evidence, zou er dan toe kunnen leiden dat we bepaalde theoretische visies, zoals bijvoorbeeld therapeutische gemeenschappen en psychodynamische therapie, uitsluiten. Voor deze interventies, die niet zo eenvoudig te onderzoeken zijn, is er immers minder evidentie voorhanden dan voor bijvoorbeeld farmacotherapeutische, kortdurende en gedragstherapeutische interventies.

Evidence-based werken mag er niet toe leiden dat we bepaalde theoretische visies en/of interventies systematisch uitsluiten. Er moet ook ruimte blijven voor de ontwikkeling van nieuwe, innovatieve interventies. Alleen door het hanteren van een breed spectrum van evidence, kan men recht doen aan de complexe realiteit. Een ontwikkelingsmodel zou hierop een antwoord kunnen bieden.

Een voorbeeld is het model van Veerman & Van Yperen (2007), dat ook voor de databank 'effectieve jeugdinterventies' van het Nederlands Jeugdinstituut (www.jeugdinterventies.nl) gebruikt wordt. Dit model onderscheidt vier fasen in de classificatie en ontwikkeling van effectieve interventies met bijhorende types onderzoek. In de eerste fase bekijkt men of een interventie potentieel effectief is, in een tweede of ze in theorie effectief is, in een derde of ze doeltreffend is en in een vierde of ze werkzaam is. Dit wordt gekoppeld aan verschillende soorten onderzoek en verschillende soorten evidentie: descriptieve (beschrijvende) evidentie, theoretische evidentie, indicatieve evidentie en causale evidentie.

Descriptieve evidentie wil zeggen dat men beschrijft wat men doet. Als er voor een interventie een dergelijk niveau van evidentie voorhanden is, wil dit zeggen dat ze potentieel effectief is. De definitie van de interventie, de beschrijving en de kernelementen kunnen dienen als basis voor verder onderzoek. Voordeel voor professionals is dat ze zo een overzicht hebben van de interventies die worden uitgevoerd in de praktijk en dat ze kennis kunnen delen over belangrijke bestanddelen van interventies. Het onderzoek dat wordt uitgevoerd om tot dit niveau van evidentie te komen, is behoeftenonderzoek (aan welke behoefte moet de interventie tegemoet komen?), beschrijvend onderzoek (wat houdt de interventie precies in?) en implementatie-onderzoek (is de interventie in principe uitvoerbaar?). Wanneer men werkt met een kader voor planmatig en systematisch werken, kan men dit niveau van evidentie bereiken.

Onder *theoretische* evidentie wordt verstaan dat men beschrijft wat men doet én waarom men dat op deze manier doet, aan de hand van een goede theorie. Een dergelijk niveau van evidentie betekent dat de effectiviteit van een interventie plausibel is. Dergelijke evidentie kan helpen om uit te leggen waarom een bepaalde aanpak goed is voor een bepaalde cliënt en om managers en beleidsmakers te overtuigen middelen beschikbaar te stellen. Om tot dit niveau van evidentie te komen voert men literatuurstudies en studies naar impliciete kennis (studies die opvattingen en kennis van betrokken experts expliciteren) uit.

Men spreekt van *indicatieve* evidentie wanneer men ook laat zien dat de doelen van een interventie bereikt worden. Deze evidentie kan gebruikt worden voor het verbeteren van de kwaliteit van de interventie. Daarenboven voorziet het de professional van systematische feedback over de resultaten, zowel per cliënt als voor groepen.

Onderzoek om dit niveau van evidentie te bereiken is tevredenheidsonderzoek (hoe tevreden zijn de cliënten?), studies naar doelrealisatie (in welke mate worden de doelen van een interventie bereikt?), benchmarkonderzoek (in welke mate voldoet de interventie aan kwaliteitsstandaarden?), veranderingsonderzoek (pre-post onderzoek), herhaalde casestudies en (quasi-) experimenteel onderzoek.

Dit brengt ons bij *causale* evidentie, waarbij wordt aangetoond dat de resultaten door de interventie veroorzaakt zijn. Door deze evidentie krijgt de professional zicht op bestanddelen van een interventie die wel en/of juist niet werkzaam zijn. Men heeft zo ook de mogelijkheden om per cliënt te variëren, kosten te drukken en/of tijd te sparen zonder afbreuk te doen aan de effectiviteit. Dit niveau van evidentie wordt bereikt door herhaalde case studies, quasi-experimenteel onderzoek en RCT's.

Het model schrijft niet voor dat men alle genoemde typen onderzoek moet uitvoeren of dat ze noodzakelijk in een bepaalde volgorde moeten plaatsvinden. Het gaat erom duidelijk te maken dat niet één onderzoekstype ideaal is, maar dat elke onderzoeks- of klinische vraag, elke interventie en elke ontwikkelfase passende soorten onderzoek kent. In deze manier van denken is er ook ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe programma's en worden niet alleen de erkende programma's gebruikt en/of gefinancierd. Het maakt ook duidelijk dat men alleen door het hanteren van een breed spectrum van 'evidence' en een integratie van verschillende onderzoeksmethoden, recht kan doen aan de veelvormigheid van de realiteit (Saan & de Haes, 2005).

Figuur 3: niveaus van evidentie en soort onderzoek (Nederlands Jeugdinstituut, 2008)

Niveau	Soorten onderzoek
1. Beschrijvende evidentie: heeft de interventie potentie?	<ul style="list-style-type: none"> - Behoeftenonderzoek - Beschrijvend onderzoek - Implementatie-onderzoek
2. Theoretische evidentie: is de interventie in theorie effectief?	<ul style="list-style-type: none"> - Literatuurstudies (reviews, meta-analyses) - Studies naar impliciete kennis
3. Indicatieve evidentie: is de interventie doeltreffend?	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek: <ul style="list-style-type: none"> - Tevredenheidsonderzoek - Studies naar doelrealisatie - Benchmarkonderzoek
	<ul style="list-style-type: none"> - Niet-experimenteel veranderingsonderzoek
	<ul style="list-style-type: none"> - Herhaalde N=1-studies - Quasi-experimenteel onderzoek
4. Causale evidentie: is de interventie werkzaam?	<ul style="list-style-type: none"> - Randomized Controlled Trial (RCT)

3.1.2 Evidentie in drughulpverlening en -preventie

Uit voorgaande wordt duidelijk dat als men wil weten of een interventie effectief is, er afhankelijk van de ontwikkelingsfase waarin deze interventie zich bevindt een ander soort onderzoek nodig is. Wanneer dit onderzoek is uitgevoerd, beschikt men over een bepaald niveau van evidentie voor de effectiviteit van de interventie. Men weet dan niet of deze interventie 'werkt' of 'niet werkt', maar wel of ze werkt, voor wie, op welk vlak en in welke omstandigheden.

Zowel in de drughulpverlening als in -preventie is al onderzoek gebeurd naar de effectiviteit van interventies. Zo bestaan er in de hulpverlening verscheidene overzichtstudies waarin men de effectiviteit van farmacologische en psychosociale interventies voor riskant en problematisch alcohol- en druggebruik bespreekt (Autrique et al., 2007; Lingford-Hughes et al., 2004; Van Gageldonk et al., 2006).

Een deel van de beschikbare evidence is verder al gebundeld en vertaald naar evidence-based richtlijnen. Evidence-based richtlijnen zijn documenten met aanbevelingen ter ondersteuning van de besluitvorming door praktijkwerkers en cliënten, gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen (Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO, 2006).

Ook voor preventie kan men uit verschillende literatuuronderzoeken een aantal kenmerken selecteren waarover op internationaal niveau eensgezindheid is met betrekking tot de principes van effectieve alcohol- en drugpreventie (VAD, 2006).

Bij dit alles is het van belang te weten dat een gebrek aan causale evidentie voor een interventie niet noodzakelijk wil zeggen dat deze interventie niet werkt. Vaak gaat het om interventies die minder onderzocht zijn in RCTs of moeilijker op die manier te onderzoeken zijn. Bij interventies die het meest onderbouwd zijn, gaat het vaak om specifieke, kortdurende en veelal op gedragstherapeutische principes gebaseerde interventies, die relatief eenvoudig te onderzoeken zijn. Een tekort aan bewijs kan ook het gevolg zijn van het soort onderzoek dat men heeft uitgevoerd. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat er een vergelijking is gebeurd tussen ongelijke interventies of dat de onderzochte interventie niet voldoende geïmplementeerd werd. Soms is er een gebrek aan verschil tussen de experimentele en de controleconditie (Vanderplasschen, 2007).

Voor de hulpverlening mogen we het belang van een goede – evidence-based - diagnostiek niet vergeten. Een goede diagnose, op basis van degelijke instrumenten, is immers de basis van alles. Dit kunnen we ook doortrekken naar preventie: vooraleer een interventie ontwikkeld en uitgevoerd wordt, is een degelijk vooronderzoek nodig met een probleem- en determinantenanalyse. Planmatig werken is een voorwaarde voor evidence-based werken en verhoogt de kans dat een interventie effectief is. Werken met een kader voor planmatig en systematisch werken zorgt ervoor dat men voor zijn interventie minstens descriptieve evidentie heeft.

Belangrijk is verder de vraag over welke uitkomsten 'evidence' beschikbaar is. In de drugpreventie kunnen eindresultaten zoals gezondheidswinst, meestal niet als direct effect van verschillende interventies verwacht worden (Nutbeam, 1999). Wel kan men zich richten op zogenaamde tussenresultaten, die op langere termijn de gezondheid helpen te verbeteren (Saan & Haas, 2005). Preventiestrategieën die hierop gericht zijn, en die een belangrijk deel van het Vlaamse preventiewerk uitmaken, worden niet of nog te weinig onderzocht omdat tussenuitkomsten vaak niet als een volwaardig 'effect' beschouwd worden (VAD, 2006).

Ook in de hulpverlening kan men verschillende uitkomstmaten hanteren. Walburg (2003) hanteert een vierdeling: 1) klinische uitkomsten, 2) functionele uitkomsten, die samenhangen met hoe iemand in het dagelijks leven functioneert, voornamelijk de kwaliteit van leven 3) waardering van het zorgproces door de patiënt en de omgeving, en 4) de kosten van het zorgproces (kosten-effectiviteit of doelmatigheid). We moeten er rekening mee houden dat de subjectieve beleving van een situatie die objectief gezien hetzelfde is, bij verschillende cliënten tot zeer verschillende resultaten kan leiden. Dit heeft mee tot gevolg dat niet alles wat we zouden willen meten te meten is en dat niet alles wat kan gemeten worden belangrijk is (Keymolen & Casselman, 2007).

In het algemeen moeten we er rekening mee houden dat de drugproblematiek vaak een langdurige problematiek is: onderzoek en de resultaten ervan zijn dan ook een momentopname op een continuüm. Het is ook een complexe problematiek. Dit vraagt om verschillende programma's en interventies. De effectiviteit van het geheel wordt bepaald door de effectiviteit van de verschillende interventies die er deel van uitmaken, en daarnaast wordt de effectiviteit van de afzonderlijke interventies ook bepaald door het geheel. Tussen de 'input' van een interventie en de 'uitkomst' liggen verder heel wat beïnvloedende elementen bij de doelgroep/setting die niet in het onderzoeksdesign opgenomen zijn maar die de uitkomst sterk kunnen beïnvloeden. De vraag: 'Waarom werkt het?' is dus uitermate relevant en in evidence-based werken mag men zich bijgevolg niet beperken tot de vraag óf iets al dan niet werkt. Over deze beïnvloedende factoren is echter nog maar weinig onderzoek verricht. Dit wordt ook wel eens de 'black box' genoemd (Harachi et al., 1999; Tones, 2004). Deze factoren kan je evalueren via procesevaluaties. Je evalueert dan de implementatie van de programma's of interventies: is alles verlopen volgens plan, wat waren succes- en faalfactoren, ... Je kan zo het onderscheid maken tussen het falen van een programma en het falen van de implementatie ervan (Harachi et al., 1999). Deze procesgegevens zijn belangrijk voor het werkveld op vlak van uitvoerbaarheid en haalbaarheid van een interventie (VAD, 2006).

In de drughulpverlening is het van belang dat er niet alleen aandacht is voor bepaalde behandelingen of interventies, maar ook voor factoren gerelateerd aan de behandelaar en de therapeutische relatie, die een belangrijk deel van de variaties in behandeluitkomsten kunnen verklaren (Miller et al., 2006). Het is immers ook belangrijk voor praktijkwerkers te weten hoe ze hun huidige praktijk kunnen verbeteren en zo uitkomsten kunnen verbeteren (Miller et al., 2006).

3.2 Expertise van praktijkwerkers

'Evidence-based' werken verwijst niet alleen naar het belang van 'evidence' of informatie uit wetenschappelijk onderzoek, maar ook naar de manier waarop praktijkwerkers handelen. De praktijkwerker dient immers de beste 'evidence' te integreren met zijn individuele deskundigheid of expertise (Sackett et al., 1996). Deze expertise verwerft men onder andere via opleiding en training, ervaring, zelfreflectie, kennis van onderzoek en theoretische modellen (APA, 2005). Wanneer de integratie van 'evidence' en expertise er niet is, zijn er twee risico's. Zonder de 'evidence', riskeert de praktijk snel 'out of date' te worden, in het nadeel van de cliënt of doelgroep. Maar zonder expertise, riskeert de praktijk getiranniseerd te worden door 'evidence', want zelfs zeer degelijk onderbouwde interventies zijn niet zonder meer toepasbaar voor elke cliënt of doelgroep (Sackett et al., 1996). De haalbaarheid en de wenselijkheid van interventies moet steeds beoordeeld worden door de praktijkwerker (Pearson et al., 2005), die ook de context in rekening brengt.

Steeds meer wordt ook de nadruk gelegd op '*practice-based evidence*' als complementaire benadering bij 'evidence-based practice'. Deze beweging houdt in dat men data van goede kwaliteit gaat verzamelen in de dagelijkse praktijk, met grote klinisch representatieve data sets. Deze benadering geeft een stem aan praktijkwerkers, en geeft hen de erkenning dat zij kennis uit eerste hand hebben en ervaring met betrekking tot wat werkt, wat moet veranderen en hoe we dit



kunnen veranderen. Volgens de voorstanders van dit paradigma zijn beide benaderingen noodzakelijk om tot degelijke evidence te komen voor complexe interventies (Lasalvia & Ruggeri, 2007; Green, 2006; McDonald & Viehbeck, 2007).

'Evidence-based' werken verwijst dus ook naar de manier van handelen van de praktijkwerker. Dit wil ook zeggen dat al is de 'evidence' die we nodig hebben in de drughulpverlening en -preventie niet altijd voorhanden, de uitgangspunten van evidence-based werken ons toch op zijn minst zouden moeten laten stilstaan bij het effect dat ons beroepsmatig handelen heeft en waar dit handelen op gebaseerd is.

Het is van belang dat we reflecteren op ons handelen in de dagelijkse praktijk om te voorkomen dat we op dezelfde wijze doorgaan, alleen omdat we het altijd al zo gedaan hebben. Het ontbreken van bewijs of evidence hoeft niet verlamdend te werken op de dagelijkse praktijk, maar moet dus vertaald worden in reflectieve praktijkvoering (Cox et al., 2003).

De informatie die voorhanden is, kan men dan weer niet altijd blindelings vertrouwen. Zeker als er maar weinig goede evidence is of als er alleen buitenlandse evidence voorhanden is, kan die evidence niet per definitie de norm zijn. Andere interventies zijn misschien ook evidence-based maar nog niet onderzocht. Evidence-based werken gaat dus ook over de houding van praktijkwerkers om kritisch om te gaan met de wijze van informatie verzamelen en met informatiebronnen. De kwaliteit van het bestaande onderzoek moet zorgvuldig beoordeeld worden (Cox et al., 2003; Stevens, 2006).

Het is verder belangrijk dat een praktijkwerker zijn professionele expertise op peil houdt, bepaalde werkwijzen ter discussie durft te stellen, open blijft staan voor nieuwe ideeën en creatief blijft. De idee van evidence-based werken hoeft dus helemaal niet haaks te staan op de vrijheid van praktijkwerkers, immers: het gaat erom de beschikbare 'evidence' te integreren met expertise. Die is immers nodig om de vertaling te maken van wetenschappelijk onderzoek naar de dagelijkse praktijk, en meer specifiek naar de cliënt of doelgroep waarmee men werkt (Autrique et al., 2007).

3.3 Cliënt en doelgroep

'Evidence-based' werken sluit niet uit dat rekening wordt gehouden met een individuele cliënt of met de noden van een specifieke doelgroep, integendeel. Zowel in de hulpverlening als in preventie moet 'op maat' gewerkt worden. In het 'evidence-based' werken dient men rekening te houden met de specifieke problemen, sterktes, socioculturele context, waarden en voorkeuren van de cliënt of doelgroep met wie men werkt, en die te integreren met de expertise van de praktijkwerker en de beschikbare 'evidence' (Norcross, 2002; APA, 2005).

Voor de hulpverlening definiëren Sackett et al. waarden van cliënten als 'de unieke voorkeuren, bezorgdheden en verwachtingen die elke cliënt meebrengt in een klinisch overleg en die moeten geïntegreerd worden in klinische beslissingen als ze de cliënt ten goede komen'. Deze individuele waarden zijn een belangrijk onderdeel in het beslissingsproces bij cliënten. Ze zijn een filter waardoor de cliënten de evidence zien waarmee ze in aanraking komen. Cliënten drukken hun waarden uit door over hun levenservaringen te vertellen en hun verhaal te doen. Er is een verschil tussen de empirische basis van evidence-based practice en de waardensystemen van individuele cliënten. Evidence-based informatie is gebaseerd op steekproeven en populaties, niet op individuen (Lockwood, 2007).

In preventie is het van belang dat er een vooronderzoek gebeurt over en/of bij de doelgroep op wie de interventie gericht is. Hierin wordt bekeken in welke mate iets een probleem is en in welke mate dit alcohol- en druggerelateerd is. Dit kan gebeuren aan de hand van bestaand of nieuw onderzoek, maar evenzeer kan bij de doelgroep bevraagd worden wat zij als voornaamste

problemen aanzien en welke gevolgen zij het meest ernstig vinden. Verder worden het gedrag en de omgeving die het probleem beïnvloeden beschreven, alsook de omvang en spreiding van het probleem. Tot slot wordt in de determinantanalyse een verklaring gegeven voor het gedrag en de omgeving: wat bepaalt dat mensen zich zo gedragen, hoe komt het dat de omgeving er zo uit ziet? Op basis van het vooronderzoek worden dan de doelstellingen bepaald, en wordt bekeken op welke manier deze bereikt kunnen worden: welke strategieën en interventie(s) zijn nodig en aangewezen voor deze specifieke doelgroep? Het gaat hier met andere woorden om een manier van werken die kan leiden tot beschrijvende en theoretische evidentie.

Er wordt niet alleen steeds meer nadruk gelegd op het perspectief van diegenen waarop hulpverlenings- en preventieve interventies gericht zijn, maar dit wordt ook omgezet in actieve participatie van cliënten of doelgroepen. Zo zouden cliënten bijvoorbeeld betrokken moeten worden bij het ontwikkelen van evidence-based richtlijnen voor de hulpverlening. Ook in preventie wordt benadrukt dat het belangrijk is de (intermediaire) doelgroep te betrekken bij het opzetten, uitvoeren en bijsturen van programma's (VAD, 2006).

4. Evidence-based werken: van theorie naar praktijk

Evidence-based werken kan houvast bieden bij complexe problemen. Het biedt de mogelijkheid om meer continuïteit en eenvormigheid in de zorg en preventie te realiseren, kan nieuwe perspectieven openen en voorkomt dat we op dezelfde manier doorgaan, alleen omdat we het altijd al zo gedaan hebben. In dit laatste deel bekijken we hoe we de theorie van het evidence-based gedachtegoed naar de praktijk kunnen omzetten en formuleren we enkele aanbevelingen hieromtrent.

4.1 Toegankelijkheid

Een vaak gehoorde bemerking is dat het veel tijd vergt om toegang te krijgen tot de beschikbare kennis, deze op zijn kwaliteit te beoordelen en zich eigen te maken. De onderzoeksliteratuur is ook niet altijd zo gemakkelijk te lezen. Het kost nogal wat specialistische kennis om ze te begrijpen (Van Gageldonk, 2008).

We mogen echter niet vergeten dat EBM eigenlijk ontwikkeld werd om tijd te besparen, door de introductie van hapklare samenvattingen en reviews. Deze komen ook tegemoet aan de klacht dat alles zo ingewikkeld is, omdat conclusies vaak toegankelijk geschreven zijn. Uiteraard is een vereiste dat er samenvattingen bestaan en dat ze goedkoop en gemakkelijk toegankelijk gemaakt worden. Hierbij zou men in plaats van lijsten te maken van behandelingen die evidence-based en behandelingen die niet evidence-based zijn, een geüpdatet overzicht kunnen maken van de hoeveelheid en de soort evidentie die een benadering ondersteunt (Miller et al., 2006). Een zwart-wit antwoord op de vraag of iets al dan niet effectief is, is immers niet mogelijk.

Bij het dichten van de kloof tussen wetenschappelijk onderzoek en praktijk, kunnen ook evidence-based richtlijnen een belangrijk hulpmiddel zijn. Ze zouden door de bundeling van het huidige beste bewijsmateriaal voor een deel tegemoet kunnen komen aan de '*information overload*' die praktijkwerkers ervaren (Miller et al., 2006). Belangrijk is verder dat praktijkwerkers de kans krijgen de juiste competenties te verwerven om zich de onderzoeksliteratuur eigen te maken.

4.2 Vertaalbaarheid

Een andere bemerking is dat de vertaalbaarheid van de resultaten van internationaal, en dan nog voornamelijk Noordamerikaans onderzoek, niet voor de hand liggend is. Interventies die in het buitenland effectief gebleken zijn, kan men niet per definitie implementeren in Vlaanderen. Ook bij het implementeren van interventies die in Vlaanderen bewezen effectief zijn, moet men rekening



houden met een aantal contextuele factoren. Deze vertaling kan de praktijkwerker maken op basis van zijn expertise. Ondersteuning kan hierbij geboden worden door bij evidence-based interventies duidelijk aan te geven waar aanpassingen mogelijk zijn en met welke mate van flexibiliteit ze geïmplementeerd kunnen worden. Werkzame bestanddelen van bewezen effectieve strategieën moeten dus gedefinieerd worden. Aan evidence-based interventies moet ook een kwaliteitssysteem verbonden zijn om ervoor te zorgen dat de activiteiten naar behoren worden uitgevoerd ('programmagetrouwheid') (Nederlands Jeugdinstituut, 2008).

Verder is er meer onderzoek nodig van eigen bodem over interventies die in Vlaanderen toegepast worden. Specifiek voor de drughulpverlening is onderzoek nodig over wat het beslissingsproces precies stuurt in de individuele hulpverlener – cliënt situatie. De expertise van de hulpverlener en de wensen van de cliënt zijn van belang in het evidence-based werken, alleen is niet altijd duidelijk wat in welke situatie zwaarder doorweegt en wat de impact van de verschillende componenten is.

4.3 Een kader voor planmatig en systematisch werken

De 'evidence' die we nodig hebben in de drughulpverlening en –preventie is niet altijd voorhanden. Toch moeten de uitgangspunten van evidence-based werken ons op zijn minst laten stilstaan bij het effect dat ons beroepsmatig handelen heeft en waar dit handelen op gebaseerd is.

Wanneer een bepaalde interventie zich nog in de ontwikkelingsfase bevindt, is het van belang de interventie allereerst te beschrijven (descriptieve evidentie) en ook op zoek te gaan naar een mogelijke theoretische onderbouwing ervoor. Hiervoor is een gedeeld kader voor planmatig en systematisch werken aangewezen. Met planmatigheid bedoelen we dat vooraf een structuur bepaald wordt met verschillende stappen bij het ontwikkelen van interventies en dat een planning wordt opgemaakt. Met systematiek bedoelen we het stelselmatig doorlopen van verschillende vooropgezette stappen, waarbij men systematisch noteert, evalueert en bijstuurt. Dit staat tegenover een ad hoc benadering van het opzetten van interventies of projecten en heeft te maken met een methodisch verantwoorde werkwijze (Scheerder et al., 2003).

Planmatig en systematisch werken is een belangrijke kwaliteitsstandaard voor preventie en bij uitbreiding kan dit ook gelden voor de hulpverlening. Programma's zijn effectiever naarmate ze gebaseerd zijn op een theoretisch model dat aangeeft hoe het programma bijdraagt aan de beoogde resultaten, en dit zowel op vlak van inhoud, structuur, uitvoering en implementatie.

Preventieprogramma's moeten ook duidelijk gedefinieerde tussendoelen en einddoelen hebben en kwalitatief hoogwaardige evaluatie en monitoring in hun programmaontwerp integreren (Scheerder et al., 2003). Wanneer we een planmatige en systematische manier van werken willen invoeren, moeten we er rekening mee houden dat in de drugpreventie veel tijd en energie besteed wordt aan vaak weinig zichtbaar voorwaardenscheppend werk. Dat werk is nodig om het draagvlak te creëren bij sectoren en settings om effectieve preventie ook in praktijk te brengen. Er is een vaak dwingende vraag van de opdrachtgever naar eenvoudige en niet te intensieve oplossingen voor de aanpak van alcohol- en drugproblemen waarmee men geconfronteerd wordt. Dit impliceert dat het preventiewerk vaak ad hoc moet werken om goodwill te creëren en bereidheid bij de (intermediaire) doelgroep (en context) om planmatig en beleidsgericht te kunnen werken (VAD, 2007).

4.4 Nadruk op kwaliteitszorg

Praktijkwerkers zijn bezorgd over de implicaties die het evidence-based gedachtegoed kan hebben voor de praktijk, vooral wanneer dit opgelegd wordt door of aangestuurd wordt vanuit de overheid. Die laatste wenst zicht te hebben op haar investeringen en of deze al dan niet goed gebruikt worden. Algemeen gesteld dient deze informatie als het ware als een garantie dat de verleende



zorg van voldoende kwaliteit is en voldoende veilig is, met de mogelijkheid om in te grijpen waar nodig (Keymolen & Casselman, 2007).

Hulpverleners vinden dat maatschappelijke verantwoording afleggen terecht is, maar zijn bang dat hun therapeutische vrijheid beperkt zal worden en dat geen of onvoldoende rekening zal worden gehouden met het individu (Autrique et al., 2007).

Ook preventiewerkers wijzen erop dat de tendens naar meer evidence-based werken het risico inhoudt dat de complexe werkelijkheid verengd wordt tot zeer fragmentarische antwoorden (Keymolen & Casselman, 2007). Ze stellen dat men erover moet waken dat interventies niet alleen gericht worden op meetbare aspecten.

Wanneer men evidence-based interventies of richtlijnen wil implementeren, is het van belang dat ze niet opgelegd worden, maar als advies geformuleerd worden. De nadruk moet hierbij niet liggen op maatschappelijke verantwoording, maar op kwaliteitszorg. Er moet ruimte zijn voor evaluatie, feedback en overleg. Verder is het van belang dat rekening wordt gehouden met een breed spectrum aan evidentie en dat er aandacht blijft voor innovatieve interventies.

4.5 Structurele voorwaarden

Voor de implementatie van evidence-based werken is het nodig te investeren in structurele voorwaarden. Dit kan betekenen dat de organisatie middelen moet vrijmaken om te investeren in de individuele en teamcapaciteiten (Desair, 2007) Praktijkwerkers zelf benadrukken onder andere de nood aan administratieve ondersteuning en aan opleiding, coaching, begeleiding en/of advies van een expert (Autrique et al., 2007). Dit wil ook zeggen dat investeringen op beleidsniveau nodig zijn, bijvoorbeeld voor wetenschappelijk onderzoek, laagdrempelige vormingsinitiatieven en voor coaching en begeleiding in voorzieningen.

4.6 Samenwerking en afstemming

Het onderzoek dat voorhanden is, voldoet niet altijd aan de noden van praktijkwerkers. Er is vaak een gebrek aan samenwerking tussen onderzoek en praktijk (Marinelli-Casey et al., 2002) Het is van belang dat onderzoekers op de hoogte zijn van de noden die in de praktijk leven. Daarnaast is het nodig dat praktijkwerkers op de hoogte gehouden worden van recent en relevant onderzoek. Verder is er ook een spanningsveld tussen beleid en onderzoek. Ze opereren in verschillende settings, elk met hun eigen professionele cultuur, middelen, hoofdlijnen en tijdraam (Van Kammen et al., 2006). Zo verwacht het beleid onderzoeksresultaten op korte termijn en werken onderzoekers eerder op lange termijn. Ook tussen beleid en onderzoek is meer onderlinge uitwisseling en afstemming nodig.

Wanneer we in de drughulpverlening en -preventie tot meer evidence-based werken willen komen, is eerst en vooral een gedeelde visie nodig om een zinvol debat te kunnen voeren over deze tendens en op een constructieve manier te kunnen samenwerken. Extra inspanningen zijn nodig om de kloof tussen praktijkwerkers, onderzoekers en beleidsmakers te overbruggen (Autrique et al., 2007; Simpson, 2002; VAD, 2006).

VAD heeft hiervoor reeds een eerste aanzet gegeven in de visietekst over 'evidence-based' drugpreventie (www.vad.be), en plant in de toekomst bijkomende initiatieven rond planmatig werken, evaluatie en evidence-based werken.

De samenwerking tussen praktijk, onderzoek en beleid wordt ondersteund via het onderzoeksplatform van VAD, waarin geprobeerd wordt de noden en verwachtingen van onderzoekers, praktijkwerkers en beleidsmakers op elkaar af te stemmen, de kloof tussen onderzoek, praktijk en beleid te overbruggen, onderzoeksinformatie uit te wisselen en netwerken op Vlaams en internationaal vlak te bevorderen.



In de drughulpverlening en -preventie is men alleszins op zoek naar een verheldering van de implicaties van het evidence-based gedachtegoed voor de praktijk. Er lijkt interesse en bereidheid te zijn om tot op zekere hoogte mee te gaan in deze tendens en inspanningen te doen om de kloof tussen beleid, onderzoek en praktijk te helpen dichten. Ook in beleid en onderzoek worden inspanningen geleverd. De weg naar meer evidence-based werken is lang, maar wanneer alle betrokken partijen zich blijven inzetten in de zoektocht naar manieren om deze te overwinnen en om verschillende visies en perspectieven te integreren, kunnen zij samen zorgen voor een drughulpverlening en -preventie die nog meer onderbouwd en kwaliteitsvol is.

Referenties

American Psychological Association (APA) (2005) *Report of the 2005 Presidential Task Force on evidence-based practice*. Washington DC: American Psychological Association.

<http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>

Autrique, M., Vanderplasschen, W., Broekaert, E. & Sabbe, B. (2007) *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken*. Gent: Academia Press.

Bond, L.A. & Hauf, A.M.C. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: characteristics of effective prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 24, 199-221.

Brindis, C.D., & Theidon, K.S. (1997). The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1), 79-88.

Broekaert, E., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., Soyez, V. & Poppe, A. (2002) Two decades of "research-practice" encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 371-377.

Burssens, D. (2007) 'Hoe evident is evidencebased beleid?' *Alert*, 33(3), 52-63.

Clèries-Costa, X. (2006). A necessary integration. *Revista de enfermería*, 29, 33-36.

Cox, K., Kuiper, C., de Louw, D. & Verhoef, J. (2003) Evidence-based practice. In: *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en implementatie*. Den Haag: Boom Uitgevers.

Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J.S., Carroll, K., Luborsky, L. & McLellan, T. (1991) Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.

Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.

Desair, K. (2007) *Systematische reviews en praktijkwerkers: een brug te ver?* Leuven, Campbell Studiedag 'Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk: evidence-based praktijkvoering.'

Evidence-based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268, 2420-2425.

Green, J. (2007) *The final frontier: getting evidence into practice*. Rotterdam: Studiedag 'Het referentiekader gezondheidsbevordering verder uitgediept' NIGZ.

Green, L.W. (2006) Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *American Journal of Public Health*, 96, 406-409.

Hannes, K. (2006). *Wat kunnen de Belgische 'Cochrane Branch' & 'Campbell Group' betekenen voor de alcohol- en drugsector?* Brussel: Vierde Onderzoeksplatform Middelengebruik VAD.

Hannes, K., Leys, M., Vermeire, E., e.a. (2005). Implementing evidencebased medicine in general practice: a focus group based study. *BMC-family practice*, 6, 37.

Hannes, K., Vandersmissen, J., De Blaeser, L., e.a. (2007). Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 162-171.



Harachi, T.W., Abbott, R.D., Catalano, R.F., Haggerty, K.P. & Fleming, C.B. (1999) Opening the black box: using process evaluation measures to assess implementation and theory building. *American Journal of Community Psychology*, 27, 711-731.

Haynes, R.B., Sackett, D.L., Gray, J.M., Cook, D.J. & Guyatt, G.H. (1996) Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions (editorial). *Evidence-based Medicine*, 1, 196-198.

Keymolen, S. & Casselman, J. (2007) *Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Literatuurstudie over kansen en risico's voor kwaliteitsverbetering*. Gent: VVGG.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2006), *Evidence- based richtlijn ontwikkeling. Handleiding voor werkgroepen*,
http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/handl_totaal.pdf

Lasalvia, A. & Ruggeri, M. (2007) Assessing the outcome of community-based psychiatric care: building a feedback loop from 'real world' health services research into clinical practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 6-15.

Lingford-Hughes, A.R., Welch, S. & Nutt, D.J. (2004) Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 18(3), 293-335.

Lockwood, S. (2004) 'Evidence in me' in evidence-based medicine? *BMJ*, 329, 1033-1035.
www.bmj.com

Marinelli-Casey, P., Domier, C.P. & Rawson, R.A. (2002) The gap between research and practice in substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 53(8), 984-987.

McBride, N. (2005). The evidence base for school drug education interventions. In: T. Stockwell, P.J. Gruenewald, J.W. Toumbourou & Loxley, W. (2005) *Preventing Harmful Substance Use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: J. Wiley & Sons Ltd.

McDonald, P.W. & Viehbeck, S. (2007) From evidence-based practice making to practice-based evidence making: creating communities of (research) and practice. *Health Promotion Practice*, 8: 140-144.

McLellan, A.T. (2002), 'Technology transfer and the treatment of addiction: what can research offer practice?', *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 169-170.

McLellan, A.T., Chalk, M. & Bartlett, J. (2007) Outcomes, performance, and quality – What's the difference? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 331-340.

Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. & Brigham, J.M. (2006), 'Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions', *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(1), 25-39.

Mrazek, P. & Haggerty, R. (eds.) (1994) *Reducing risks for mental disorders*. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press.

Nederlands jeugdinstituut (2008) *Databank effectieve jeugdinterventies*. www.jeugdinterventies.nl



Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (Eds.) (2005) *Evidence-based practice in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington DC: American Psychological Association.

Nutbeam, D. (1999). Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderende projecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 15-23.

Offringa, M., Assendelft, W.J.J. & Scholten, R.J.P.M. (2003) *Inleiding in evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood, C. (2005) The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207-215.

Pentz, M.A. (2003). Evidence-Based Prevention: Characteristics, Impact and Future Direction. *Journal of Psychoactive Drugs, SARC supplement 1*, 143-152.

Saan, H. & de Haes, W. (2005) *Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996) Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Sackett, D. (2000) *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd edition. New York: Churchill Livingstone.

Scheerder, G., Van den Broucke, S. & Saan, H. (2003) *Projecten voor gezondheids promotie. Een handleiding voor kwaliteitsvol werken*. Brussel: VIG.

Simpson, D.D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 171-182.

Stevens, V. (2006) Hoe hoog staat uw 'evidence'-meter? *Nutrinews*, 2, 8-12.

Straus, S.E., Richardson, W.S., Glasziou, P. en Haynes, R.B. (2005), *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 3rd edition*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Tones, K. & Tilford S. (1994). *Health education: effectiveness, efficiency and equity* (second ed.). London: Chapman & Hall.

VAD (2006) *Visie op preventie en behandeling van alcohol- en andere drugproblemen*. <http://www.vad.be>

VAD (2006) *Visietekst evidence-based preventie*. <http://www.vad.be>

Vanderplasschen, W. (2007) *Effectiviteit van interventies bij middelenmisbruik en -afhankelijkheid: psychosociale interventies*. Brussel: Studiedag 'Evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg: een stand van zaken' Federaal Wetenschapsbeleid.

Van Driel, M., Provoost, S., Van Paeppegem, T. & De Meyere, M. (2003). *Op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg: van theorie naar praktijk: een tweevoudige strategie*. Gent: Academia Press.



Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. & van Laar, M. (2006) *Hulp bij probleemgebruik van drugs. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Gageldonk, A. (2008) *Hoe kun je snel effectieve interventies voor verslavingspreventie opsporen? Beschikbare bronnen en de bruikbaarheid ervan voor preventiewerkers*. Utrecht: Trimbos.

Van Kammen, J., de Savigny, D. & Sewankambo, N. (2006) Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(8), 608-312.

Veerman, J.W. en van Yperen, T.A. (2007), 'Degrees of freedom and degrees of certainty. A developmental model for the establishment of evidence-based youth care', *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221.

Verstuyf, G. (2007) *Dossier Vroeginterventie*. Brussel: VAD.

Walburg, J.A. (2003) *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg.