



**P3 KENNIS
NL AGENDA**

Samenstelling stuurgroep

Deze kennisagenda is tot stand gekomen onder leiding van de stuurgroep Kennisagenda P3NL. De stuurgroep bestond uit de volgende mensen:

Dr. Arnold van Emmerik (voorzitter)

Prof. Dr. Jack Dekker

Drs. Marnix de Romph

Prof. Dr. Arnoud Arntz

Dr. Suzan Oudejans (cliëntvertegenwoordiger)

Dr. Mieke Ketelaars (secretaris)

Else Treffers

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
Aanpak.....	4
Top 10.....	5
Uitvoering en evaluatie	6
1. Inleiding	7
1.1 Evidence based werken	7
1.2 Leeswijzer	7
2. Aanpak	8
2.1 Inventarisatie kennishiaten.....	8
2.2 Voorselectie	9
2.3 Prioritering door stakeholders	10
2.4 Definitieve kennisagenda	11
3. Top 10 kennishiaten.....	12
3.1 Lopend onderzoek.....	16
4. Implementatie.....	18
4.1 Opzetten en uitvoeren van onderzoek.....	18
4.2 Implementatie in de klinische praktijk	19
4.3 Evaluatie kennisagenda	19
4.4 Plan van aanpak.....	20
5. Literatuur	21
Bijlage 1 - Afkortingenlijst.....	23
Bijlage 2 - Top 40 tijdens prioriteringsbijeenkomst.....	24
Bijlage 3 - Top 20 na prioriteringsbijeenkomst	28

Samenvatting

P3NL is een koepelvereniging die dertien wetenschappelijke en beroepsverenigingen vertegenwoordigt, waarbij ruim 36.000 psychologen, psychotherapeuten en pedagogen zijn aangesloten. P3NL ziet het als één van haar kerntaken om het belang van evidence based werken uit te dragen, juist omdat evidence based werken leidt tot een betere kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Hoe kunnen we de zorg voor alle cliënten verbeteren? En welke middelen kunnen we daarvoor inzetten? Het beantwoorden van deze vragen vraagt om wetenschappelijke kennis. Daarom heeft P3NL het afgelopen jaar gewerkt aan een kennisagenda. In deze kennisagenda staan de belangrijkste kennishiaten in de ggz die volgens verschillende stakeholders van belang zijn om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

Aanpak

Allereerst is een brede inventarisatie gedaan van mogelijke kennishiaten in de ggz. Hiervoor zijn verschillende stakeholders in een online survey gevraagd om de drie belangrijkste kennishiaten te formuleren die van belang zijn om de zorg aan zowel volwassenen als jeugd te verbeteren. Het ging hier om de volgende groepen:

- Alle leden van de lidverenigingen van P3NL;
- Onderzoekers aangesloten bij de groepen van leden van de conventen Hoogleraren Klinische Psychologie, hoogleraren Klinische Ontwikkelingspsychologie, hoogleraren Klinische Neuropsychologie en hoogleraren Orthopedagogiek;
- Specifieke stakeholders (het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Zorginstituut, de Zorginspectie en zorgverzekeraars).

Dit resulteerde in een lijst van 150 kennishiaten. Na eliminatie op basis van dubbeling, onduidelijke vraagstelling en exclusiethema's (zorgorganisatie en preventie) bleven er 142 kennishiaten over verdeeld over een achttal deelgebieden in de ggz.

In een prioriteringsbijeenkomst zijn de kennishiaten door een vertegenwoordiging van 38 cliënten, onderzoekers en professionals geprioriteerd tot een top 40. Bij de keuze voor deze top 40 is met name gelet op onderwerpen die 1) potentieel grote gezondheidswinst opleveren, 2) een hoge urgentie kennen, 3) een grote impact hebben op het vakgebied of de maatschappij, 4) nog maar beperkt onderzocht zijn, en 5) goed onderzoekbaar zijn. Achteraf hebben nog 18 cliënten, onderzoekers en professionals online hun prioritering doorgegeven.

Een selectie van 20 meest geprioriteerde kennishiaten is vervolgens ter advies voorgelegd aan de wetenschappelijke adviesraad van P3NL, het convent Hoogleraren Klinische Psychologie. Een werkgroep van het convent heeft deze vervolgens op basis van 1) beschikbare kennis, 2) onderzoekbaarheid en 3) urgentie gereduceerd tot een negental kennishiaten. Om tot een uiteindelijke top 10 te komen heeft de stuurgroep vervolgens een laatste kennishiaat toegevoegd die de meeste stemmen had, maar niet in de selectie was opgenomen.

Top 10

De top 10 kennishiaten, in willekeurige volgorde, ziet er als volgt uit:

Op welke wijze kunnen we interventies aanpassen voor mensen met een LVB en/of ASS zodanig dat ze effectief zijn?

Wat is de effectiviteit van het toevoegen van behandeling gericht op slaap bij standaard psychologische of somatische behandeling?

Wat is een effectieve behandeling voor dissociatieve klachten en/of dissociatieve stoornis?

Is kortdurende intensieve behandeling (kosten-)effectief vergeleken met reguliere behandeling?

Hoe werkzaam zijn effectief bewezen interventies bij kinderen wanneer deze door zorgprofessionals in onderwijs, wijkteams, CJG, of POH-GGZ laat uitvoeren?

Wat is de (kosten-)effectiviteit van de POH-GGZ?

Welke behandeling werkt voor wie?

Wat zijn werkzame elementen in behandeling?

Wat zijn de korte- en langetermijnbijwerkingen van psychotherapie?

Op welke wijze kunnen we E-health beter implementeren bij diverse doelgroepen?

Uitvoering en evaluatie

Deze kennisagenda kan door subsidiegevers worden gebruikt om subsidieprogramma's te formuleren en middelen voor onderzoek te prioriteren. Daarnaast kan de agenda door de verschillende leden binnen lidverenigingen als basis dienen voor het uitwerken van onderzoeksvoorstellen. Overkoepelend wil P3NL de subsidiekalender op structurele basis monitoren en relevante calls onder de aandacht brengen. Daarbij zien we in een eerste inventarisatie vooral kansen bij de reguliere subsidies van de ZonMw programma's DoelmatigheidsOnderzoek (gericht op kosteneffectiviteit van behandelwijzen) en Geestelijke gezondheid (gericht op innovatieve praktijken in de ggz). Voor specifieke kennishiaten kunnen ook de programma's Gehandicapten en Chronisch Zieken (specifiek gericht op cliënten met een beperking), Jeugd (specifiek voor kennislacunes gericht op of van toepassing op jeugd) interessante opties bieden.

Door de overkoepelende structuur kan P3NL bovendien fungeren als bemiddelingspartner tussen onderzoekers van verschillende lidverenigingen, omdat juist in samenwerking meer kansen liggen voor het oplossen van belangrijke vraagstukken. Daarbij acht P3NL het van belang om consortia uit te breiden met professionals uit het werkveld en cliëntvertegenwoordigers.

Gezien de beperkte geldigheid van deze kennisagenda, dient deze eens per 3 jaar opnieuw te worden bekeken. Afhankelijk van nieuwe wetenschappelijke inzichten en actuele vraagstukken kan de inhoud ervan vervolgens worden vernieuwd.

1. Inleiding

P3NL is een overkoepelende federatie voor psychologen, psychotherapeuten en pedagogen. Deze drie beroepsgroepen dragen er gezamenlijk aan de geestelijke gezondheidszorg bij zodat zoveel mogelijk mensen geestelijk gezond zijn, en kunnen deelnemen aan het arbeidsproces, onderwijs en sociale leven. Zij houden mensen aan boord die, korter of langer, niet zonder deze zorg en ondersteuning kunnen, en dragen zo bij aan de mentale veerkracht van de samenleving.

1.1 Evidence based werken

Een van de kerntaken van P3NL is om het belang van evidence based werken uit te dragen. Een gedegen wetenschappelijke basis van de ggz zorgt er namelijk voor dat deze van goede kwaliteit is. Voor veel problemen geldt dat die wetenschappelijke basis er in zekere mate is. Voor andere problemen geldt dat we nog onvoldoende kennis hebben. Toch betekent een gedegen wetenschappelijke basis van effectieve behandelingen niet automatisch dat de kwaliteit van de zorg optimaal is. Bij een aantal cliënten blijkt behandeling namelijk onvoldoende aan te slaan, of zien we dat er aanpassingen noodzakelijk zijn, omdat de zorg onvoldoende aansluit. Bovendien is kennis over wat werkt niet altijd voldoende voor een brede implementatie in de praktijk. Het gaat hier om zogenaamde kennishiaten die met behulp van wetenschappelijk onderzoek kunnen worden opgelost.

Begin 2018 heeft het onderzoeksprogramma ggz van ZonMw aangegeven behoefte te hebben aan kennishiaten die door verschillende relevante beroepsgroepen worden gesignaleerd. Met die reden heeft P3NL afgelopen jaar gewerkt aan een kennisagenda die representatief is voor alle verenigingen die onder de paraplu van P3NL vallen. Voor de kennisagenda P3NL is uiteindelijk gekozen om kennishiaten op het gebied van preventie en zorgorganisatie niet mee te nemen. Hoewel de stuurgroep van mening is dat deze thema's zeer relevant zijn, vragen deze thema's om een eigen kennisagenda.

1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de gehanteerde aanpak om tot een kennisagenda te komen. **Hoofdstuk 3** geeft een beschrijving van het resultaat van de aanpak en hoofdstuk 4 ten slotte gaat in op de implementatie van de kennisagenda in de praktijk.

2. Aanpak

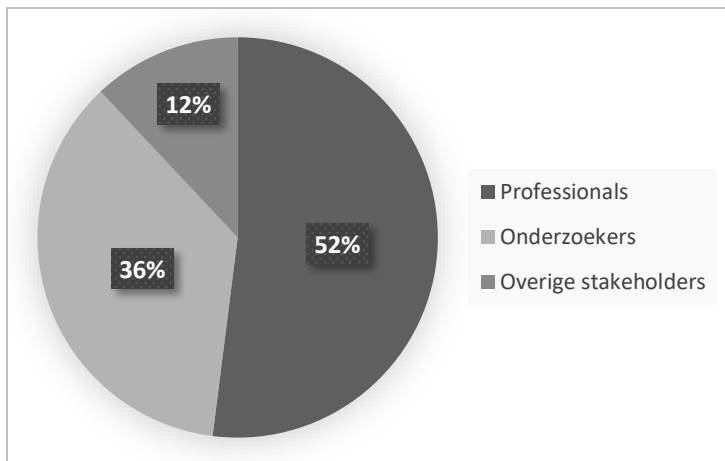
Om te komen tot een geprioriteerde kennisagenda die breed gedragen wordt door het veld hebben we verschillende stakeholders betrokken bij de totstandkoming ervan. De aanpak wordt hieronder beschreven.

2.1 Inventarisatie kennishiaten

In een eerste stap is er een brede inventarisatie gedaan van kennishiaten in de ggz. Deze inventarisatie vond plaats door middel van een online survey onder alle leden van de lidverenigingen van P3NL en onder onderzoekers van de groepen waarvan de hoogleraren aangesloten zijn bij de conventen Hoogleraren Klinische Psychologie, hoogleraren Klinische Ontwikkelingspsychologie, hoogleraren Klinische Neuropsychologie en hoogleraren Orthopedagogiek. Ook zijn specifieke stakeholders als het Nederlands Huisartsen Genootschap, het Zorginstituut Nederland en de Zorginspectie gevraagd naar kennishiaten. In de survey is deelnemers gevraagd om de drie belangrijkste kennishiaten te formuleren op het gebied van benodigde kennis voor het verbeteren van de ggz aan zowel volwassenen als jeugd. De volgende aandachtsgebieden werden als handreiking genoemd:

- **Innovatie:** nieuwe behandelingen ontwikkelen voor cliënten voor wie nu nog weinig goede behandelmogelijkheden zijn.
- **Doelmatigheid:** welke bestaande zorg leidt tot de beste resultaten tegen de laagste kosten?
- **Implementatie:** hoe kunnen we zorgen dat wetenschappelijke kennis benut wordt in de ggz?
- **Terugvalpreventie:** hoe kunnen we voorkomen dat cliënten na een succesvolle behandeling opnieuw klachten krijgen?
- **Educatie en communicatie:** hoe kunnen we cliënten in de ggz het beste voorlichten en met hen communiceren?

Aan deelnemers werd gevraagd de kennishiaten in een duidelijke onderzoeksvraag te formuleren. Op de survey hebben uiteindelijk 31 professionals en 22 onderzoekers gereageerd, waarbij er 93 kennishiaten zijn genoemd door professionals en 65 kennishiaten door onderzoekers. Overige stakeholders definieerden bijkomend nog 22 kennishiaten waarmee het totaal op 180 kennishiaten is uitgekomen (zie figuur 1).



Figuur 1. Percentage kennishiaten per stakeholder

2.2 Voorselectie

In een volgende stap heeft de stuurgroep de lijst gereduceerd tot 142 kennishiaten. Hiaten werden uit de lijst verwijderd wanneer:

- Er sprake was van dubbeling;
- Er geen sprake was van een duidelijke onderzoeksvraag en de tekst ook niet viel om te buigen naar een onderzoeksvraag;
- Het paste in de thema's zorgorganisatie of preventie.

De overgebleven kennishiaten zijn vervolgens onderverdeeld in verschillende thema's:

- Angst, trauma dwang en stemming (18 hiaten)
- Ontwikkelingsstoornissen en LVB (11 hiaten)
- Somatiek, eetstoornissen en dementie (11 hiaten)
- Forensische problematiek en EPA (17 hiaten)
- Kind & Jeugd (17 hiaten)
- Diagnoseoverstijgende vragen I (gericht op algemene vragen; 30 hiaten)
- Diagnoseoverstijgende vragen II (gericht op therapeut- en cliënteigenschappen; 20 hiaten)
- Diagnoseoverstijgende vragen III (gericht op eHealth, stigma en monitoring; 18 hiaten)

2.3 Prioritering door stakeholders

Om tot een verdere reductie en prioritering te komen is een prioriteringsbijeenkomst georganiseerd. Aan deze bijeenkomst namen 14 professionals deel, 8 cliënten en 16 onderzoekers. In de keuze voor professionals en onderzoekers is voor zover mogelijk rekening gehouden met de verschillende beroepsverenigingen die P3NL representeert evenals met expertise die zij meebrachten. De cliëntgroep werd geformeerd vanuit een grote uitvraag via cliëntenvereniging MIND.

Tijdens de bijeenkomst werden de kennishiaten per thema besproken in 8 subgroepen van elk vijf deelnemers (twee onderzoekers, twee professionals en één cliënt). Dit gebeurde in twee rondes. In de eerste ronde werd de discussie gevoerd in subgroepen waarbij deelnemers bij hun eigen expertisegebied waren ingedeeld. Het resultaat van deze ronde was een lijst met maximaal 10 kennishiaten.

In de tweede ronde werden deelnemers niet bij hun expertisegebied geplaatst. Input voor deze ronde was de prioritering uit ronde 1. Met deze tweede ronde werd voorkomen dat de discussie voornamelijk werd gevoerd vanuit persoonlijke aandachtsgebieden. Waar nodig werd de formulering van de kennishiaten aangescherpt. Het resultaat van deze ronde was een lijst met maximaal 5 belangrijke kennishiaten. Alleen wanneer alle leden van het expertpanel van mening waren dat een eerder geëlimineerd hiaat relevant was, kon deze opnieuw worden ingebracht.

In beide rondes werden de volgende criteria gebruikt voor prioritering:

- Gezondheidswinst (de ernst van de problematiek in combinatie met de prevalentie en de kosten voor de maatschappij)
- Urgentie (de mate waarin het urgent is het beschreven kennishiaat op te lossen)
- Haalbaarheid van onderzoek (de mate waarin het kennishiaat onderzocht kan worden)
- Impact op vakgebied of maatschappij (de impact die het oplossen van het hiaat heeft op het vakgebied of de maatschappij)
- Reeds aanwezige kennis (de mate waarin momenteel al wordt gewerkt aan het oplossen van het kennishiaat).

De twee rondes resulteerden uiteindelijk in een 40-tal kennishiaten vanuit de 8 thema's (zie bijlage 2). Om tot een uiteindelijke prioritering te komen, kregen deelnemers de mogelijkheid om aan het einde van de bijeenkomst uit deze lijst een top 4 van kennishiaten te selecteren die volgens hen topprioriteit hadden. Om inzicht te krijgen in de mate waarin de verschillende groepen (onderzoekers, professionals, cliënten) gelijke ideeën hadden over prioritering, werd de achtergrond van de deelnemers bijgehouden. Achteraf hebben nog 18 vertegenwoordigers online hun prioritering doorgegeven.

2.4 Definitieve kennisagenda

De 40 kennishiaten uit de prioriteringsbijeenkomst vormen volgens verschillende stakeholders de meest urgente kennishiaten. Om te komen tot de uiteindelijke kennisagenda heeft de stuurgroep allereerst gekeken naar overlappende kennishiaten. Een vijftal kennishiaten bleken in sterke mate overeen te komen, waardoor deze konden worden gereduceerd tot 2 kennishiaten (zie hiervoor bijlage 2). Voor reductie van de overgebleven 37 kennishiaten is gekeken naar de individuele top 4 prioritering uit de bijeenkomst. De achtergrond van de deelnemers is daarbij meegewogen. In de vervolgens samengestelde top 20 zijn de vijf meest gekozen kennishiaten van cliënten opgenomen, evenals de zes meest gekozen kennishiaten van onderzoekers en zeven meest gekozen kennishiaten van professionals. Gezien de overlap in keuzes van de verschillende stakeholders werden op deze wijze in totaal 15 kennishiaten geselecteerd. Dit is verder aangevuld met vijf kennishiaten die door de verschillende stakeholders (cliënten, onderzoekers en professionals) gezamenlijk het meest waren gekozen.

Deze top 20 is vervolgens voorgelegd aan het wetenschappelijk adviesorgaan van P3NL, het convent Hoogleraren Klinische Psychologie, die een commissie van drie hoogleraren¹, een advies liet uitbrengen. Deze commissie heeft op basis van de reeds beschikbare kennis, onderzoekbaarheid en urgentie een negental onderzoeksvragen geselecteerd. Om tot een uiteindelijke top 10 te komen heeft de stuurgroep vervolgens een laatste kennishiaat toegevoegd met de meeste stemmen uit de prioritering. Bovendien werden een drietal kennishiaten geherformuleerd, omdat de behandeling of het type problematiek breder getrokken kon worden.

¹ De betreffende hoogleraren hadden geen zitting in de stuurgroep van de kennisagenda

3. Top 10 kennishiaten

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de vastgestelde kennisagenda. Om tot de top 10 te komen heeft de stuurgroep keuzes moeten maken. Ze is daarbij steeds uitgegaan van de criteria reeds beschikbare kennis, onderzoekbaarheid en urgentie. Wanneer een kennishiaat niet in de uiteindelijke top 10 voorkomt, betekent dit niet dat deze niet relevant is.

Hieronder de top 10 in willekeurige volgorde.

1

Op welke wijze kunnen we interventies aanpassen voor mensen met een LVB en/of ASS zodanig dat ze effectief zijn?

18x geprioriteerd, ondersteund door convent hoogleraren KP

Veel behandelingen doen een beroep op cognitieve vaardigheden en cognitieve flexibiliteit. Voor cliënten met een LVB en/of een ASS kan dit problemen opleveren, waardoor ze minder optimaal kunnen profiteren van behandeling. Hoewel er kleine onderzoeken beschikbaar zijn die kijken naar de effectiviteit aangepaste gemaakte behandelprotocollen, hebben deze vaak maar een beperkte kwaliteit. Gezien de prevalentie van met name LVB, die geschat is op ca. 15 procent van de populatie (Wieland et al., 2014), is het urgent om meer kennis te vergaren over evidence based behandeladaptaties waardoor de zorg aan deze kwetsbare groep verbeterd kan worden.

2

Wat is de effectiviteit van het toevoegen van behandeling gericht op slaap bij standaard psychologische of somatische behandeling?

5x geprioriteerd, ondersteund door convent hoogleraren KP

Uit veel onderzoeken blijkt dat slaapproblemen negatieve gevolgen hebben voor de psychische en lichamelijke gezondheid van mensen (Daley et al., 2009). Bovendien zien we in de ggz dat veel cliënten naast hun psychische en/of somatische klachten met slaapproblemen kampen die hun klachten kunnen versterken. Slaapproblemen spelen dan ook een belangrijke rol in ontstaan, voortbestaan én verergering van andere problematiek. Uit onderzoek blijkt dat behandeling gericht op slaapproblemen kan leiden tot positieve effecten op de psychische gezondheid (Freeman et al., 2017). Gezien de wisselwerking is het goed denkbaar dat een behandeling gericht op slaap bovendien een versterkend effect kan hebben op de behandeling gericht op de psychische en/of somatische klacht. Juist omdat de maatschappelijke kosten van slaapproblemen zo hoog liggen, is onderzoek hiernaar zeer wenselijk.

3

Wat is een effectieve behandeling voor dissociatieve klachten en/of dissociatieve stoornis?

3x geprioriteerd, ondersteund door convent

Er bestaan grote verschillen van inzicht over de verklaring en behandeling van dissociatieve klachten. Bovendien leven er veel controversiële ideeën (Reinders et al., 2019). Vooralsnog ontbreken Nederlandse consensusrichtlijnen voor de behandeling van dissociatieve stoornissen. Hoewel het gaat om een relatief zeldzame stoornis, zien we in de praktijk vaak een zeer lange behandelduur (Myrick et al., 2017). Gedegen onderzoek naar de effecten van behandeling ontbreken, maar zijn wel zeer wenselijk, juist ook vanwege het controversiële karakter van de problematiek.

4

Is kortdurende intensieve behandeling (kosten-)effectief vergeleken met reguliere behandeling?

5x geprioriteerd, ondersteund door convent

Internationaal, maar ook in Nederland worden er steeds meer intensieve kortdurende behandelingen ontwikkeld. De effecten hiervan lijken in eerste onderzoeken gunstig, in elk geval voor OCS (Kvale et al., 2018), trauma (o.a. Roggenkamp et al., 2019) en depressie (Town et al., 2017). Onderzoek naar de effectiviteit van intensieve behandelingen staat echter nog in de kinderschoenen. Bovendien weten we nog niet of intensieve behandeling bij gelijke effectiviteit, goedkoper is dan reguliere behandeling. Als dit inderdaad het geval is, kan dit belangrijke kostenbesparingen opleveren in de zorg. Bovendien kan het voor sommige cliënten prettiger zijn een korte periode intensief in behandeling te zijn, dan een langere periode minder intensief.

Hoe werkzaam zijn effectief bewezen interventies bij kinderen wanneer deze door zorgprofessionals in onderwijs, wijkteams, CJG, of POH-GGZ wordt uitgevoerd?

5

8x geprioriteerd, ondersteund door convent

De afgelopen jaren heeft de jeugdzorg een grote reorganisatie doorgemaakt. Met de nadruk op preventie en laagdrempelige hulp worden er steeds vaker interventies uitgevoerd door zorgprofessionals in het onderwijs, in wijkteams, CJG of door POH-GGZers. Het is echter nog onbekend in hoeverre evidence based interventies effectief zijn wanneer deze door deze groepen zorgprofessionals worden uitgevoerd. Een eerste pilotonderzoek naar POH-GGZers wijst in elk geval uit dat een goede implementatie een complexe zaak is (Bentham, 2018). Inzicht in de effecten van de reorganisatie op de effectiviteit van geleverde zorg is noodzakelijk.

6

Wat is de (kosten-)effectiviteit van de POH-GGZ?

16x geprioriteerd

In 2014 heeft in Nederland een hervorming van de ggz plaatsgevonden waarbij sterk wordt ingezet op meer behandeling binnen de eerstelijnszorg. Niet alleen moet dit een kostenbesparing opleveren, ook zou eerstelijnszorg voor cliënten toegankelijker zijn (Magnée et al., 2018). In het kader van de hervorming zijn er in huisartsenpraktijken POH's-GGZ gestart (professionals met ggz-expertise) die cliënten met psychische problemen. De eerste resultaten van de effectiviteit van behandeling door POH's-GGZ is positief (zie bijvoorbeeld voor SOLK, Sitnikova et al., 2020), maar op grote schaal is er nog onvoldoende zicht op de (kosten-)effectiviteit. Bovendien zijn er indicaties dat er een vertekening zit in de patiënten die gezien worden (de Beurs et al., 2016). Gezien de potentie van deze groep professionals op het gebied van betaalbare zorg is het van belang om meer zicht te krijgen op de (kosten-)effectiviteit.

7

Welke behandeling werkt voor wie?

14x geprioriteerd, ondersteund door convent

Hoewel er voor veel verschillende psychische problemen evidence based behandelingen zijn, blijken deze behandelmethoden slechts bij een deel van de cliënten het beoogde effect te hebben. Er is een grote behoefte aan meer onderzoek gericht op de vraag welke behandeling voor wie werkt. Dit kan er op termijn voor zorgen dat een behandeling beter aansluit bij een individu. Een eerste stap in deze is het op voorhand kunnen bepalen welke bestaande interventie voor een individuele cliënt de beste uitkomst heeft. Hoewel deze kwestie de afgelopen jaren steeds meer wordt onderzocht (o.a DeRubeis et al., 2014), is meer onderzoek wenselijk, zeker nu nieuwe methodes als machine learning het beter mogelijk maken om een antwoord te vinden op deze vraag.

8

Wat zijn werkzame elementen in behandeling?

10x geprioriteerd, ondersteund door convent

Naast protocollair behandelen is er steeds meer aandacht voor modulair behandelen (Fisher et al. 2019; Van den Heuvel et al., 2019). Het gaat hier om de vraag wat de werkzame elementen zijn van een behandeling. Dit raakt ook aan personalized medicine, aangezien de werkzame elementen van individu tot individu kunnen verschillen. Inzicht in werkzame elementen maakt het mogelijk om behandelingen verder te verbeteren zodat ze voor meer cliënten een groter effect hebben. Hoewel het vraagstuk van oudsher een leidende vraag is in psychotherapie-onderzoek, heeft het tot recent maar beperkt inzicht opgeleverd. Met de komst van nieuwe technieken (machine learning), designs (single case intensive designs) en analysetechnieken (autoregressive latent trajectory modellen) wordt onderzoek steeds beter mogelijk. Juist omdat behandeling niet voor iedereen lijkt te werken is de vraag naar werkzame elementen een relevante.

9

Wat zijn de korte- en langetermijnbijwerkingen van psychotherapie?

10x geprioriteerd, ondersteund door convent

De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor het identificeren van effectieve behandelingen. Dit heeft een belangrijke impuls gegeven aan het (verder) ontwikkelen van zorgstandaarden en behandelrichtlijnen. We kunnen er echter niet omheen dat een behandeling potentieel ook negatieve effecten heeft en dat cliënten recht hebben om hierover geïnformeerd te worden. Negatieve neveneffecten lijken vaak voor te komen. Met name een toename aan stress, onprettige herinneringen, een toename aan angst en onplezierige gevoelens worden vaak genoemd (Rozental et al., in press). Tegelijkertijd is onderzoek naar neveneffecten van psychotherapie schaars: in slechts een kwart van de RCTs wordt daadwerkelijk gerapporteerd over het voorkomen van nadelige effecten (Herzog et al., 2019). Nog minder onderzoeken richten zich op de impact van die effecten op de psychische last en kwaliteit van leven van cliënten. Om cliënten beter te informeren en te kunnen anticiperen op potentiële neveneffecten, is onderzoek naar korte- en langetermijnbijwerkingen essentieel.

Op welke wijze kunnen we E-health beter implementeren bij diverse doelgroepen?

10

6x geprioriteerd, ondersteund door convent

De technologische ontwikkelingen in de GGZ ontwikkelen zich in snel tempo. Verschillende E-health interventies blijken positieve effecten te hebben, hoewel de resultaten afhankelijk zijn van de problematiek en over onderzoeken heen sterk verschillen (Massoudi et al., 2019). Voordelen van E-health interventies

zijn met name gelegen in de flexibiliteit die het de cliënt biedt om aan zijn of haar problemen te werken. Op maatschappelijk vlak lijkt E-health bovendien goedkoop, hoewel onderzoeken gericht op de kosteneffectiviteit van E-health interventies vooralsnog schaars zijn. Met name de implementatie van effectieve E-health interventies blijkt echter een complexe zaak. Dat geldt voor de gehele ggz, maar met nadruk ook voor cliënten met een verhoogde kwetsbaarheid. Gezien de stijgende kosten in de ggz is het wenselijk dat er onderzoek wordt gedaan naar bevorderende factoren in de implementatie en disseminatie van E-health technologie. Daarbij dient ook te worden gekeken naar de vraag welke cliënten wellicht met E-health kunnen volstaan en welke cliënten direct reguliere behandeling moeten krijgen. Ook de mogelijkheden en beperkingen van stepped care kunnen hierin worden onderzocht. Met name het risico op demoralisatie na afwezigheid van effecten kan immers negatieve consequenties hebben voor vervolgbehandeling.

3.1 Lopend onderzoek

Voor een aantal kennishiaten geldt dat er lopend onderzoek gaande is. Toch heeft de stuurgroep ervoor gekozen kennishiaten die dit betreft niet te excluseren. De reden hiervoor is dat lopend onderzoek nog geen garantie biedt op het kunnen oplossen van het kennishiaat. Om toch enig inzicht te geven in kennishiaten waarvoor dit geldt, biedt tabel 1 een eerste inventarisatie over lopend onderzoek. Hierbij moet worden opgemerkt dat het gaat om een eerste inventarisatie medio april 2020. De lijst zal daarom niet compleet zijn.

Tabel 1. Kennishiaten met lopende onderzoeken of netwerken

Kennishiaat	GGZ- instellingen	K&J- instellingen	Leerstoelen/ netwerken
Op welke wijze kunnen we interventies aanpassen voor mensen met een LVB en/of ASS zodanig dat ze effectief zijn?	X	X	X
Wat is de effectiviteit van het toevoegen van behandeling gericht op slaap bij standaard psychologische of somatische behandeling?			X
Wat is een effectieve behandeling voor dissociatieve klachten en/of dissociatieve stoornis?			X
Is kortdurende intensieve behandeling (kosten-)effectief vergeleken met reguliere behandeling?	X		X
Hoe werkzaam zijn effectief bewezen interventies bij kinderen wanneer deze door zorgprofessionals in onderwijs, wijkteams, CJG, of POH-GGZ laat uitvoeren?			
Wat is de (kosten-)effectiviteit van de POH-GGZ?			
Welke behandeling werkt voor wie?	X	X	X
Wat zijn werkzame elementen in behandeling?	X	X	X
Wat zijn de korte- en langetermijnbijwerkingen van psychotherapie?			X

4. Implementatie

Deze kennisagenda is bedoeld als input voor wetenschappelijk onderzoek om de zorg in de ggz op een systematische en onderbouwde wijze te verbeteren. Gezien de vele verschillende professionals die werkzaam zijn in de ggz is een gedeelde samenwerking op kennishiaten van belang. P3NL representeert 12 verenigingen en vertegenwoordigt daarmee een grote groep binnen de ggz. Tegelijkertijd heeft P3NL zelf als overkoepelende federatie een beperkte rol in de uitvoering van de kennisagenda. In dit hoofdstuk beschrijven we de wijze waarop P3NL kan bijdragen aan implementatie.

4.1 Opzetten en uitvoeren van onderzoek

Voor het oplossen van de kennishiaten uit de kennisagenda is gedegen onderzoek noodzakelijk. Gezien de overkoepelende structuur van P3NL ligt de uitvoering van dit onderzoek vooral bij onderzoekers in samenwerking met het veld. De verschillende lidverenigingen kunnen hierin een rol spelen door onderzoeksthema's aan te dragen en zorg te dragen voor implementatie van de resultaten. Voor P3NL is vooral een aanjagersrol weggelegd. Zo kan P3NL de subsidiekalender beïnvloeden, zodat de kennishiaten aan bod komen, en structureel monitoren om te checken of de P3NL kennisagenda voldoende aan bod komt. Ook kan P3NL relevante calls onder de aandacht brengen bij de verschillende lidverenigingen en bij onderzoekers. In een eerste inventarisatie zien we vooral kansen bij de volgende reguliere subsidies van de ZonMw programma's: DoelmatigheidsOnderzoek (gericht op kosteneffectiviteit van behandelwijzen) en Geestelijke gezondheid (gericht op innovatieve praktijken in de ggz). Meer specifiek kunnen ook de ZonMw programma's Gehandicapten en Chronisch Zieken (voor hiaten gericht op cliënten met een beperking) en Jeugd (voor kennislacunes gericht op of van toepassing op jeugd) relevant zijn. Daarnaast zijn ook andere subsidiebronnen, waaronder het landelijke Programma Zorgevaluatie, wellicht interessant.

P3NL kan daarnaast fungeren als bemiddelingspartner tussen onderzoekers die aangesloten zijn bij de verschillende lidverenigingen van P3NL. Juist een meer overkoepelende samenwerking biedt kansen voor het oplossen van de kennishiaten van de kennisagenda. Zo is bij het hiaat 'Hoe werkzaam zijn effectief bewezen interventies bij kinderen als je die laat uitvoeren door zorgprofessionals in onderwijs, wijkteams, CJG, POH-GGZ?' een samenwerking denkbaar tussen de NVO, het NIP en de VKJP.

Naast samenwerking tussen onderzoekers met een verschillende achtergrond is het echter ook wenselijk om consortia uit te breiden met professionals uit het werkveld en cliëntvertegenwoordigers. Een diverse achtergrond geeft een grotere kans op implementatie van resultaten in de praktijk.

4.2 Implementatie in de klinische praktijk

Om de onderzoeksresultaten vervolgens daadwerkelijk hun weg te laten vinden naar de praktijk is meer nodig dan onderzoek alleen. Via de verschillende lidverenigingen kan P3NL een rol spelen in de disseminatie en implementatie van onderzoeksresultaten. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor het opnemen van onderzoeksresultaten in richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules. Dit kan door de afzonderlijke lidverenigingen worden opgepakt, maar ook via P3NL verlopen.

4.3 Evaluatie kennisagenda

Tot slot geldt uiteraard dat de kennisagenda een beperkte geldigheid heeft: de onderzoekshiaten zijn een representatie van de huidige tijdsgeest. Het is dan ook van belang dat de kennisagenda op termijn wordt geëvalueerd. De stuurgroep adviseert in dat kader om de kennisagenda over 3 jaar te evalueren. Op dat moment zal moeten worden beoordeeld of de kennisagenda nog actueel is. Het uitgangspunt daarbij is om kennishiaten op de kennisagenda te laten staan wanneer deze nog niet zijn opgelost. Tegelijkertijd kunnen nieuwe kennishiaten aan het licht komen die een hogere mate van urgentie hebben. Wanneer zich dit voordoet kan dit aanleiding zijn om toevoegingen te doen. De verantwoordelijkheid voor het organiseren van de kennisagenda ligt bij P3NL.

4.4 Plan van aanpak

Samenvattend zullen de volgende zaken worden opgepakt:

- De kennisagenda wordt onder de aandacht gebracht van subsidiegevers als ZonMw;
- De kennisagenda wordt verspreid onder alle lidverenigingen
- De kennisagenda wordt voorzien van een communicatieplan met een op maat geschreven boodschap voor verschillende stakeholders
- P3NL beïnvloedt en monitort de subsidieagenda en brengt relevante calls onder de aandacht bij de verschillende lidverenigingen
- P3NL fungeert als bemiddelingspartner tussen lidverenigingen bij nieuw op te zetten consortia en netwerken
- P3NL draagt zorg voor disseminatie van relevante onderzoeksresultaten onder alle lidverenigingen
- P3NL organiseert een wetenschappelijk onderdeel in de jaarlijkse P3NL-middag gelieerd aan de kennisagenda
- P3NL neemt in adviezen over zorgstandaarden en generieke modules nieuwe onderzoeksresultaten mee

5. Literatuur

- Beurs, D. de, Magnée, T., de Bakker, D., & Verhaak, P. (2016). Analyse van de inzet van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk over de periode 2010-2015.
- Bentham, S. (2018). Struikelblokken bij de implementatie van de poh-ggz-jeugd. *Huisarts en wetenschap*, 61(11), 74-75. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0302-1>
- Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J. P., & Savard, J. (2009). The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, 32(1), 55-64. <https://doi.org/10.5665/sleep/32.1.55>
- DeRubeis, R. J., Cohen, Z. D., Forand, N. R., Fournier, J. C., Gelfand, L. A., & Lorenzo-Luaces, L. (2014). The Personalized Advantage Index: translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PloS one*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083875>
- Fisher, A. J., Bosley, H. G., Fernandez, K. C., Reeves, J. W., Soyster, P. D., Diamond, A. E., & Barkin, J. (2019). Open trial of a personalized modular treatment for mood and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 116, 69-79. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.01.010>
- Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G. M., Yu, L. M., Nickless, A., Harrison, P. J., ... & Hinds, C. (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), 749-758. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30328-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30328-0)
- Herzog, P., Lauff, S., Rief, W., & Brakemeier, E. L. (2019). Assessing the unwanted: A systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy. *Brain and behavior*, 9(12), e01447. <https://doi.org/10.1002/brb3.1447>
- Heuvel, M. W. van den, Bodden, D. H., Moerbeek, M., Smit, F., & Engels, R. C. (2019). Dismantling the relative effectiveness of core components of cognitive behavioural therapy in preventing depression in adolescents: protocol of a cluster randomized microtrial. *BMC psychiatry*, 19(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2168-6>

- Kvale, G., Hansen, B., Björgvinsson, T., Børtveit, T., Hagen, K., Haseth, S., ... & Strand, A. (2018). Successfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: the Bergen 4-day treatment. *BMC psychiatry*, 18(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1887-4>
- Magnée, T., de Beurs, D., Schellevis, F., & Verhaak, P. (2018). Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. *Huisarts en wetenschap*, 61(11), 14-17. <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0286-x>
- Myrick, A. C., Webermann, A. R., Langeland, W., Putnam, F. W., & Brand, B. L. (2017). Treatment of dissociative disorders and reported changes in inpatient and outpatient cost estimates. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1375829. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375829>
- Reinders, A. A., Marquand, A. F., Schlumpf, Y. R., Chalavi, S., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R., ... & Veltman, D. J. (2019). Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: pattern recognition study of brain biomarkers. *The British Journal of Psychiatry*, 215(3), 536-544. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.255>
- Roggenkamp, H., Abbass, A., Town, J. M., Kisely, S., & Johansson, R. (2019). Healthcare cost reduction and psychiatric symptom improvement in posttraumatic stress disorder patients treated with intensive short-term dynamic psychotherapy. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100122. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100122>
- Rozental, A., Kottorp, A., Forsström, D., Månsson, K., Boettcher, J., Andersson, G., Furmark, T., & Carlbring, P. (in press). The Negative Effects Questionnaire: Psychometric properties of an instrument for assessing negative effects in psychological treatments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000018>
- Sitnikova, K., Leone, S., van Marwijk, H., Twisk, J., van der Horst, H., & van der Wouden, H. (2020). Cognitieve gedragsinterventie door de poh-ggz bij SOLK. *Huisarts en wetenschap*, 63(3), 31-38. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0520-1>
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of affective disorders*, 214, 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.035>
- Wieland, J., Kapitein, S., Otter, M., & Baas, R. W. J. (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(7), 463-470.

Bijlage 1 - Afkortingenlijst

ASS	Autisme Spectrum Stoornis
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
EPA	Ernstige Psychiatrische Aandoening
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
LVB	Licht Verstandelijke Beperking
OCS	Obsessief Compulsieve Stoornis
POH-GGZ	PraktijkOndersteuner Huisartsen – Geestelijke Gezondheidszorg
SOLK	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Bijlage 2 - Top 40 tijdens prioriteringsbijeenkomst

Thema/kennishiaat	Aantal stemmen cliëntvertegenwoordigers	Aantal stemmen onderzoekers	Aantal stemmen professionals	Totaal aantal stemmen
Angst, stemming, trauma en depressie				
Wat zijn factoren (therapie/patiënt/therapeut) die partiële remissie, dropout en nonrespons voorspellen en welke interventies kunnen we dan toepassen bij angst depressie, OCS en PTSS?	1	10	2	13
Blijven de effecten van imaginaire exposure en/of EMDR bij PTSS op lange termijn behouden?	0	2	0	2
Is kortdurende intensieve behandeling van angst, OCS en PTSS (kosten-)effectief vergeleken met reguliere behandeling?	0	3	2	5
Welke behandeling voor dissociatieve klachten en/of dissociatieve stoornis is effectief?	0	3	2	5
Wat is de meest effectieve vorm van behandeling voor angst, OCS en depressie door de POH-GGZ?*	3	0	0	3
Wanneer is traumagerichte therapie effectief bij ouderen?	1	0	0	1
Ontwikkelingsstoornissen en LVB				
Op welke wijze kunnen we interventies (CGT, schematherapie, vaktherapie, systeemtherapie, EMDR etc.) aanpassen voor mensen met een LVB en/of ASS zodanig dat ze effectief zijn?	1	8	9	18
Welke belemmerende en faciliterende factoren spelen een rol bij de implementatie van interventies bij LVB?	0	1	2	3
Op welke wijze kunnen we interventies bij LVB beter implementeren?	0	1	1	2

Hoe kunnen we psychische problematiek, waaronder suïcidaal gedrag, psychose en seksuele problematiek beter identificeren en behandelen bij LVB?	0	3	1	4
Welke verschillen zijn er tussen mannen en vrouwen met ASS en hoe kunnen we hier het beste mee omgaan?	0	0	1	1

Somatiek, eetstoornissen en dementie

Wat is de effectiviteit van het toevoegen van cognitieve gedragstherapie gericht op slaap bij standaard psychologische of somatische behandeling	3	1	1	5
Welke specifieke behandeltechnieken (CGT, EMDR, medicatie, hypnotherapie) zorgen voor de grootste reductie van aanhoudende lichamelijke klachten (bijvoorbeeld pijn) bij volwassenen en kinderen met somatisch verklaarde of niet verklaarde klachten?*	1	1	4	6
Wat is het effect van integrale aanpak bij psychische behandeling en somatische behandeling bij toevoeging van lifestyle/voedingsadviezen?	2	0	4	6
Welke behandeling is effectief bij therapieresistente of langdurige eetstoornissen en minder bekende diagnoses als ARFID?	1	2	0	3
Wat is het verschil in effectiviteit van interventies gericht op chronische somatische aandoeningen en kunnen deze in groepen worden gegeven?*	0	0	2	2

Forensische problematiek en EPA

Welke factoren zijn van belang bij het succesvol afronden van (zeer) langdurige behandelingen (FACT, persoonlijkheidsstoornissen)?	0	2	1	3
Wat is een effectieve vorm van relatietherapie bij persoonlijkheidsstoornissen?	1	3	3	7
Werken suicidepreventieprogramma's bij jongeren die suïcidaal zijn	0	2	0	2
Wat is de effectiviteit van psychotherapie voor comorbide persoonlijkheidsstoornissen en psychose?	0	2	1	3

Wat is een effectieve vorm van mediatietherapie voor emotionele en/of gedragsproblemen bij opgenomen dementen?	0	0	0	0
--	---	---	---	---

Kind & Jeugd

Welke elementen in effectieve behandeling zijn werkzaam voor kinderen en jeugdigen met psychische klachten? En is de volgorde van die elementen relevant (bijvoorbeeld bij comorbiditeit)?	2	5	3	10
--	---	---	---	----

Hoe werkzaam zijn effectief bewezen interventies bij kinderen (nu aangeboden in de GGZ) als je die laat uitvoeren door zorgprofessionals in onderwijs, wijkteams, CJG, POH-GGZ etc?	3	1	4	8
---	---	---	---	---

Wat is het effect van psychoeducatie aan ouder en kind op gedrag, stigma, functionele beperkingen, houding van ouders of omgeving?	0	0	1	1
--	---	---	---	---

In hoeverre leidt het bespreekbaar maken van seksualiteit binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie tot vermindering of voorkoming van psychische problematiek?	0	0	3	3
---	---	---	---	---

Wat is de prevalentie en manifestatie van dissociatieve symptomen bij kinderen en jeugdigen? En hoe kunnen we dit gebruiken ter vroegtijdige signalering van psychische problematiek en/of kindermishandeling/misbruik?	3	0	3	6
---	---	---	---	---

Diagnoseoverstijgende vragen I

Wat zijn werkzame elementen in behandeling?	1	6	3	10
---	---	---	---	----

Wat is de kosteneffectiviteit van de POH-GGZ?*	0	2	3	5
--	---	---	---	---

Welke behandeling werkt voor wie?	1	8	5	14
-----------------------------------	---	---	---	----

Hoe kunnen we interventies voor therapie-resistente patiënten verbeteren?	2	3	3	8
---	---	---	---	---

Hoe kan de disseminatie en implementatie van bewezen effectieve interventies worden bevorderd?	2	3	3	8
--	---	---	---	---

Diagnoseoverstijgende vragen II

Wat is de effectiviteit van de POH-GGZ? En wanneer werkt deze optimaal ten gunste van de cliënt?*	2	1	3	6
Wordt er evidence-based behandeld en wat zijn redenen voor behandelaren om richtlijnen wel of niet te volgen?	0	2	1	3
Wat is de invloed van cultuursensitieve aspecten op de therapeutische relatie en het effect van de behandeling?	0	1	3	4
Hoe kunnen behandelaren (leren) interactionele stijlen systematischer en meer resultaatgericht in te zetten?	0	0	1	1

Diagnoseoverstijgende vragen III

Wat zijn de korte en lange bijwerkingen van (psycho)therapie?	3	4	3	10
ROM en voortgangsfeedback: wat werkt voor wie, welke uitkomsten en met welke doelen?	1	8	1	10
Hoe ziet stigma eruit, wat is de impact en welke interventies zijn effectief?	1	2	5	8
Op welke wijze kunnen we E-health beter implementeren bij diverse doelgroepen (huisarts, SGGZ, kwetsbare groepen, lage SES)	1	3	2	6
Wat is het behandel-effect als je al dan niet afwijkt van het protocol? Wanneer en bij welke patiënten heeft dit een negatief effect?	1	2	5	8

N.B. De categorieën onderzoekers en professionals overlappen elkaar deels. Veel onderzoekers waren tevens werkzaam in de praktijk en andersom.

* Deze vragen zijn in de top 20 samengevoegd

** Deze vragen zijn in de top 20 samengevoegd

Bijlage 3 - Top 20 na Prioriteringsbijeenkomst

Thema/kennishiaat	Aantal stemmen cliëntvertegen- woordigers	Aantal stemmen onderzoekers	Aantal stemmen professionals	Totaal aantal stemmen	Keuze convent
Angst, stemming, trauma en depressie					
Wat zijn factoren (therapie/patiënt/therapeut) die partiële remissie, dropout en nonrespons voorspellen en welke interventies kunnen we dan toepassen bij angst depressie, OCS en PTSS?	1	10	2	13	
Is kortdurende intensieve behandeling van angst, OCS en PTSS (kosten-)effectief vergeleken met reguliere behandeling?	0	3	2	5	X
Welke behandeling voor dissociatieve klachten en/of dissociatieve stoornis is effectief?	0	3	2	5	X
Ontwikkelingsstoornissen en LVB					
Op welke wijze kunnen we interventies (CGT, schematherapie, vaktherapie, systeemtherapie, EMDR etc.) aanpassen voor mensen met een LVB en/of ASS zodanig dat ze effectief zijn?	1	8	9	18	X
Somatiek, eetstoornissen en dementie					
Wat is de effectiviteit van het toevoegen van cognitieve gedragstherapie gericht op slaap bij standaard psychologische of somatische behandeling	3	1	1	5	X
Welke specifieke behandeltechnieken (CGT, EMDR, medicatie, hypnotherapie) zorgen voor de grootste reductie van aanhoudende lichamelijke klachten (bijvoorbeeld pijn) bij volwassenen en	1	1	6	8	

kinderen met somatisch verklaarde of niet verklaarde klachten? (samenvoeging)

Wat is het effect van integrale aanpak bij psychische behandeling en somatische behandeling bij toevoeging van lifestyle/voedingsadviezen? 2 0 4 6

Forensische problematiek en EPA

Wat is een effectieve vorm van relatietherapie bij persoonlijkheidsstoornissen? 1 3 3 7

Kind & Jeugd

Welke elementen in effectieve behandeling zijn werkzaam voor kinderen en jeugdigen met psychische klachten? En is de volgorde van die elementen relevant (bijvoorbeeld bij comorbiditeit)? 2 5 3 10

Hoe werkzaam zijn effectief bewezen interventies bij kinderen (nu aangeboden in de GGZ) als je die laat uitvoeren door zorgprofessionals in onderwijs, wijkteams, CJG, POH-GGZ etc? 3 1 4 8 X

Wat is de prevalentie en manifestatie van dissociatieve symptomen bij kinderen en jeugdigen? En hoe kunnen we dit gebruiken ter vroegtijdige signalering van psychische problematiek en/of kindermishandeling/misbruik? 3 0 3 6

Diagnoseoverstijgende vragen I

Wat zijn werkzame elementen in behandeling? 1 6 3 10 X

Welke behandeling werkt voor wie? 1 8 5 14 X

Hoe kunnen we interventies voor therapie-resistente patiënten verbeteren? 2 3 3 8

Hoe kan de disseminatie en implementatie van bewezen effectieve interventies worden bevorderd? 2 3 3 8

Diagnoseoverstijgende vragen II

Wat is de (kosten-)effectiviteit van de POH-GGZ? (samenvoeging 3 vragen)	2	6	8	16
---	---	---	---	----

Diagnoseoverstijgende vragen III

Wat zijn de korte en lange bijwerkingen van (psycho)therapie?	3	4	3	10	X
ROM en voortgangsfeedback: wat werkt voor wie, welke uitkomsten en met welke doelen?	1	8	1	10	
Op welke wijze kunnen we E-health beter implementeren bij diverse doelgroepen (huisarts, SGGZ, kwetsbare groepen, lage SES)	1	3	2	6	X
Wat is het behandel-effect als je al dan niet afwijkt van het protocol? Wanneer en bij welke patiënten heeft dit een negatief effect?	1	2	5	8	

N.B. De categorieën onderzoekers en professionals overlappen elkaar deels. Veel onderzoekers waren tevens werkzaam in de praktijk en andersom.