

EVIDENCE-BASED PRACTICE VOOR paramedici

GEZAMENLIJKE, GEÏNFORMEERDE
BESLUITVORMING

Boom

REDACTIE:
CHRIS KUIPER
JOAN VERHOEF
GUUS MUNTEN
PETER HOEGEN

5E DRUK



Evidence-based practice voor paramedici

Evidence-based practice voor paramedici

Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming

Vijfde druk

Redactie:

Chris Kuiper
Joan Verhoef
Guus Munten
Peter Hoegen

Met bijdragen van:

AnneLoes van Staa
Ard Lazonder
Carolien Smits
Esther Steultjens
Germieke Quist
Hester Vermeulen
Inge Bramsen
Ireen Proot
Jacqueline Kool
Jan Jukema
Jeroen Borghouts
John Verhoef
Leontine Groen-van de Ven
Marie-Josée Smits
Marijke Span
Michelle Borghouts-Hesseling
Saskia van der Lyke
Tineke Schoot

Boom

inclusief website!



Met behulp van onderstaande unieke activeringscode krijg je toegang tot de website **www.evidencebasedpracticevoorparamedici.nl** voor extra materiaal. Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de vijfde druk. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende druk geactiveerd worden. De code is eenmalig te gebruiken.

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Basisontwerp omslag: Dog & Pony, Amsterdam
Omslagontwerp: Coco Bookmedia, Amersfoort
Beeld omslag: Creative Collection

© Chris Kuiper, Joan Verhoef, Guus Munten & Peter Hoegen & Boom uitgevers Amsterdam, 2020

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervaelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische vervaelvoudingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 9789024428656

ISBN 9789024428663 (e-book)

NUR 183

www.evidencebasedpracticevoorparamedici.nl

www.boomhogeronderwijs.nl

Inhoud

Leeswijzer	9
Deel I Methodiek en gezamenlijke besluitvorming	13
1 Evidence-based practice	15
Chris Kuiper, Joan Verhoef & Guus Munten	
1.1 Inleiding	15
1.2 Wat is evidence-based practice?	20
1.3 Wat is kennis, evidence en bewijs?	23
1.4 Wat is het huidige beste beschikbare bewijs of evidence?	29
1.5 Benodigde kennis en vaardigheden om EBP toe te kunnen passen	31
1.6 Beschouwing	32
2 De methodiek van evidence-based practice	37
Joan Verhoef, Chris Kuiper & Guus Munten	
2.1 Inleiding	37
2.2 Een beantwoordbare vraag formuleren	39
2.3 Zoeken naar wetenschappelijk bewijs	41
2.4 Beoordelen van wetenschappelijk bewijs	54
2.5 Gezamenlijk beslissen en toepassen	64
2.6 Evalueren	66
2.7 Beschouwing	67
3 Gezamenlijke besluitvorming	69
Leontine Groen-van de Ven, Jan Jukema, Carolien Smits & Marijke Span	
3.1 Inleiding	70
3.2 Gezamenlijke besluitvorming	70
3.3 Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk	73
3.4 Gezamenlijke besluitvorming in complexe situaties	77
3.5 Gezamenlijke besluitvorming en motiverende gespreksvoering	79
3.6 Gespreksleidraad gezamenlijke besluitvorming in complexe situaties	80
3.7 Hulpmiddelen	81
3.8 Implementatie	86
3.9 Beschouwing	88
Literatuur bij deel I	89

Deel II	Toepassing van evidence-based practice	97
4	Ervaringskennis van cliënten en hun naasten	99
	Jacqueline Kool & Inge Bramsen	
4.1	Inleiding: ervaringskennis en de rol van de professional	99
4.2	Kennis van cliënten en hun naasten	101
4.3	Een vraag formuleren	106
4.4	Zoeken naar ervaringskennis	109
4.5	Beoordelen van ervaringskennis	115
4.6	Gezamenlijk beslissen en toepassen	116
4.7	Evalueren	117
4.8	Beschouwing	118
5	Professionele kennis van zorgverleners	121
	John Verhoef & Germieke Quist	
5.1	Inleiding	121
5.2	Professionele kennis en professionele evidence	123
5.3	Een vraag formuleren	127
5.4	Zoeken naar professionele kennis en evidence	128
5.5	Beoordelen van professionele kennis en evidence	135
5.6	Gezamenlijk beslissen en toepassen	138
5.7	Evalueren	139
5.8	Beschouwing	140
6	Richtlijnen	141
	Esther Steultjens & Hester Vermeulen	
6.1	Inleiding	142
6.2	Richtlijnen	142
6.3	Een vraag formuleren	145
6.4	Zoeken naar richtlijnen	145
6.5	Beoordelen van richtlijnen	147
6.6	Gezamenlijk beslissen en toepassen	148
6.7	Evalueren	152
6.8	Beschouwing	153
7	Systematische reviews	157
	Esther Steultjens & AnneLoes van Staa	
7.1	Inleiding	159
7.2	Systematische reviews	159
7.3	Een vraag formuleren	161
7.4	Zoeken naar systematische reviews	162
7.5	Beoordelen van systematische reviews	163

7.6	Data-analyse en datasynthese	165
7.7	Gezamenlijk beslissen en toepassen	168
7.8	Evalueren	171
7.9	Beschouwing	172
8	Interventieonderzoek	175
	Ard Lazonder & Joan Verhoef	
8.1	Inleiding	175
8.2	Paramedisch interventieonderzoek	176
8.3	Een vraag formuleren	178
8.4	Zoeken naar interventieonderzoek	180
8.5	Beoordelen van interventieonderzoek	182
8.6	Gezamenlijk beslissen en toepassen	190
8.7	Evalueren	193
8.8	Beschouwing	193
9	Diagnostisch onderzoek	197
	Jeroen Borghouts & Michelle Borghouts-Hesseling	
9.1	Inleiding	198
9.2	De paramedische diagnose	198
9.3	Een vraag formuleren	203
9.4	Zoeken naar diagnostisch onderzoek	204
9.5	Beoordelen van diagnostisch onderzoek	206
9.6	Gezamenlijk beslissen en toepassen	209
9.7	Evalueren	211
9.8	Beschouwing	211
10	Kwalitatief onderzoek	213
	Ireen Proot, Saskia van der Lyke, Marie-Josée Smits & Tineke Schoot	
10.1	Inleiding	213
10.2	Kwalitatief onderzoek	214
10.3	Een vraag formuleren om bestaande evidence te ontsluiten	227
10.4	Zoeken naar kwalitatief onderzoek	227
10.5	Beoordelen van kwalitatief onderzoek	228
10.6	Gezamenlijk beslissen en toepassen	230
10.7	Evalueren	232
10.8	Beschouwing	232
	Literatuur bij deel II	235

Deel III In de praktijk	245
11 EBP gebruiken in de dagelijkse praktijk: doe je mee met EBP?	247
Joan Verhoef, Guus Munten & Chris Kuiper	
11.1 Inleiding	248
11.2 Hoe kan de toepassing van EBP vergemakkelijkt worden?	250
11.3 Kenmerken van de verandering	255
11.4 Kenmerken van de context	257
11.5 Algemeen behulpzame strategieën bij het toepassen van EBP	260
11.6 Strategieën op individueel niveau om het toepassen van EBP te vergemakkelijken	262
11.7 Strategieën op contextueel niveau om het toepassen van EBP te vergemakkelijken	268
11.8 Beschouwing	270
12 Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming	273
Chris Kuiper, Joan Verhoef & Guus Munten	
12.1 Inleiding	275
12.2 Voorkeuren en rollen van cliënten in gezamenlijke besluitvorming	277
12.3 Een model voor gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming	280
12.4 Activering van het proces	283
12.5 Evaluatie van de situatie	285
12.6 Verkennen van mogelijkheden	288
12.7 Beslissing	293
12.8 Dilemma's in het proces van gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming	296
12.9 Beschouwing	302
Literatuur bij deel III	305
Begrippenlijst	311
Register	321
Auteursinformatie	327
Illustratieverantwoording	331

Leeswijzer

De redactie heeft zich tot doel gesteld een boek samen te stellen over evidence-based practice voor paramedici. Tegelijkertijd wordt eenzelfde boek uitgebracht over evidence-based practice voor verpleegkundigen. De theoretische basis voor de boeken is identiek. De boeken verschillen in de toepassingsgerichte voorbeelden en illustraties die specifiek zijn voor paramedici of verpleegkundigen. De boeken bevatten concrete handvatten voor toepassing van de methodiek van evidence-based practice in de dagelijkse praktijk.

Iedere lezer gebruikt een boek op zijn of haar eigen manier. De een begint bij de eerste pagina en leest door tot het eind. Een ander begint bij de flaptekst, bladerd van achteren naar voren, beoordeelt de auteurs, de referenties, de dikte, de inhoudsopgave, of leest het slot. Er bestaat geen – bewezen – beste manier om een boek te gebruiken. De ervaring wijst uit dat een leeswijzer de opbouw en samenhang van het boek kan verduidelijken en eventuele tips voor het gebruik kan geven. Hierna beschrijven we hoe het boek is opgebouwd.

Het boek bestaat uit drie delen:

Deel I, *Methodiek en gezamenlijke besluitvorming*, bestaat uit drie hoofdstukken. Dit deel vormt de theoretische basis van het boek. Bovendien verantwoorden we daarin de door ons gemaakte keuzes. In hoofdstuk 1 leggen we uit wat evidence-based practice is en waarom het toepassen zo belangrijk is. De hiërarchie van bewijs krijgt aandacht. Hoofdstuk 2 beschrijft stapsgewijs de methodiek van evidence-based practice: het formuleren van een vraag, het zoeken naar en beoordelen van wetenschappelijk bewijs, gezamenlijk beslissen en toepassen van het resultaat in de praktijk en het evalueren van het proces en het resultaat. Expliciete aandacht is er voor de gezamenlijke besluitvorming in de vierde stap: het keuzeproces waarbij de individuele waarden en ervaringskennis van de cliënt en individuele kennis en ervaring van de professional met het beste bewijsmateriaal worden geïntegreerd en de beslissing vervolgens wordt toegepast. In hoofdstuk 3 bieden we concrete handreikingen om deze gezamenlijke besluitvorming mogelijk te maken. Vanwege het belang dat we toekennen aan gezamenlijke besluitvorming, komt de paragraaf gezamenlijk beslissen en toepassen terug in elk hoofdstuk in het tweede deel van dit boek.

Deel II, *Toepassing van evidence-based practice*, geeft voorbeelden van de toepassing van de methodiek voor verschillende typen evidence en bewijs. Ieder hoofdstuk begint met een korte inleiding en een casus en is opgebouwd aan de hand van de (geherformuleerde) vijf stappen van de methodiek van evidence-based practice. De eerste twee hoofdstukken beschrijven de toepassing van de methodiek voor evidence van cliënten en van professionals. In

hoofdstuk 4 kijken we naar ervaringskennis van cliënten en hun naasten, en hoe deze op verschillende wijzen geëxpliciteerd kan worden. De algemene professionele kennis en ervaring op beroepsgroepniveau, zoals richtlijnen, ethische codes, publicaties in vakbladen, staat in hoofdstuk 5 centraal.

De hoofdstukken 6 tot en met 10 beschrijven de toepassing van de methodiek voor verschillende typen wetenschappelijk bewijs en volgen daarbij de hiërarchie van de 'levels of evidence'. Richtlijnen (hoofdstuk 6) zijn de meest voor de hand liggende bron van kennis om mee te beginnen. Immers, een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Systematische reviews (hoofdstuk 7) vormen een secundaire bron van onderzoek en bieden een samenvatting van beschikbaar bewijs. Het hoofdstuk beschrijft het zoeken en beoordelen van systematische reviews, en het toepassen van het resultaat in de praktijk en in gezamenlijke besluitvorming. De overige hoofdstukken zijn gericht op interventie (hoofdstuk 8); diagnostiek (hoofdstuk 9); en kwalitatief onderzoek (hoofdstuk 10) en de toepassing daarvan in de praktijk.

In deel III, *In de praktijk*, geven we handvatten voor toepassing van evidence-based practice in het beroepsmatig handelen. In hoofdstuk 11 wordt de toepassing en de implementatie van evidence-based practice in het individueel handelen behandeld. De redactie beschrijft hoe het werken met EBP 'vergemakkelijkt' kan worden, waarbij concrete strategieën worden gegeven voor het toepassen van EBP.

Alle in dit boek uitgezette lijnen komen bijeen in hoofdstuk 12 waarin een model voor gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming wordt geïntroduceerd. In dit hoofdstuk staat het proces van besluitvorming centraal, en het betrekken van de ervaringskennis en voorkeur van de cliënt, de professionele kennis en ervaring van de paramedicus en beschikbaar bewijsmateriaal in een – gezamenlijke geïnformeerde – beslissing over zorg of behandeling, passend bij en in de situatie.

De redactie heeft veel zorg besteed aan het gebruik van termen in dit boek. Achter in het boek is een begrippenlijst opgenomen met statistische en methodologische begrippen. We hebben zo veel mogelijk de Nederlandse vertaling van termen gebruikt. Voor de duidelijkheid, en om het lezen van Engelstalige teksten te vergemakkelijken, is de Engelse oorspronkelijke term regelmatig tussen haakjes opgenomen.

Het begrip *evidence* is echter niet vertaald. Daar waar de term evidence wordt gebruikt, refereren we aan het geheel van persoonlijke, professionele en wetenschappelijke kennis van de cliënt en de beroepsbeoefenaar samen, die getoetst is en betrouwbaar is bevonden. Als de term bewijs wordt gebruikt verwijst deze naar uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.

Overall waar cliënt staat, kan uiteraard ook patiënt, zorgvrager, bewoner of een andere in de context gebruikelijke term gelezen worden. We hebben besloten de termen zorgverlener en beroepsbeoefenaar te gebruiken voor de paramedicus en verpleegkundige in beide boeken. Daar waar een specifiekere aanduiding wenselijk is, bijvoorbeeld om recht te doen aan specifieke beroepsopvattingen, spreken we van logopedist, diëtist, podotherapeut, of zelfs van bijvoorbeeld kinderfysiotherapeut of handtherapeut. Met een accentkleur in de lopende tekst worden (methodologische) begrippen weergegeven die toegelicht worden achter in het boek. De redactie hoopt hiermee de leesbaarheid van de tekst voor zowel beginnende als ervaren lezers van onderzoeksliteratuur te vergroten.

Bij deze druk hoort ook een website met daarop links naar relevante websites die in de hoofdstukken worden genoemd, instructieve video's en oefentoetsen die studenten kunnen gebruiken om te testen of ze de stof beheersen.





Deel I

Methodiek en gezamenlijke besluitvorming

Evidence-based practice

1

Kernpunten

- Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal (bewijs en evidence) om beslissingen te nemen met individuele cliënten (en/of hun naasten) over goede of gewenste zorg of behandeling. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele kennis en ervaring van de behandelaar en de individuele waarden en ervaringskennis van de cliënt met het beste bewijsmateriaal.
- Kennis (zowel propositionele als professionele en persoonlijke) van zowel cliënt als paramedicus is fundamenteel voor besluitvorming en staat dus centraal in de zorgverlening.
- Er wordt onderscheid gemaakt tussen individuele kennis, evidence en bewijs.
- Het belangrijkste doel van evidence-based practice is kwalitatief goede zorg te (blijven) bieden.
- Evidence-based practice ondersteunt de gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming over vraagstukken met betrekking tot zorg en gezondheid.

Casus 1.1



In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw virus. Op 30 januari 2020 heeft de WHO de uitbraak tot een internationale bedreiging voor de volksgezondheid uitgeroepen, op 11 maart verklaarde de WHO COVID-19 (zoals dit virus genoemd is) tot een pandemie. Het is 6 april 2020 en de wereld is in de ban van deze corona-pandemie. Mevrouw De Kroon belt je voor haar fysiotherapie-afspraken, ze heeft ernstig COPD en twee weken geleden een nieuwe knie gekregen. Ze geeft aan dat haar man vorige week positief getest is op corona. Wat moet je doen?

1.1 Inleiding

Dit boek gaat over evidence-based practice. Wij definiëren evidence-based practice als het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal (bewijs en evidence) om beslissingen te nemen met individuele cliënten (en/of hun naasten) over goede of gewenste zorg of behandeling. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele kennis en ervaring van de behandelaar en de individuele waarden en ervaringskennis van de cliënt met het beste bewijsmateriaal. De ervaringen,

voorkeuren, wensen en verwachtingen van de cliënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol.

De Nederlandse zorg behoort tot de beste van Europa. Dat blijkt onder andere uit de Euro Health Consumer Index (EHCI), een onderzoeksrapport dat jaarlijks wordt gepubliceerd door het Health Consumer Powerhouse (2019). Maar, de Nederlandse zorg kan nog beter. Taskforce De juiste zorg op de juiste plek (2018) beschrijft: 'De arbeidsmarktopgave en de stijgende zorguitgaven dwingen ons de zorg anders te organiseren. De zorg is bijzonder goed op deelterreinen, maar sterk gefragmenteerd. Dat maakt het resultaat voor mensen suboptimaal. Er wordt geredeneerd vanuit het aanbod en weinig vanuit de behoeften van mensen. Een belangrijke opdracht is de zorg doelmatiger te organiseren, door de juiste zorg op de juiste plek te bieden, met de zelfredzaamheid en het functioneren van mensen voorop.' De essentie van De juiste zorg op de juiste plek is:

- voorkomen van (duurdere) zorg;
- verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis);
- vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health).

De juiste zorg op de juiste plek zou moeten gaan over de beste uitkomst voor de individuele patiënt afgezet tegen de kosten (zorgwaarde). De juiste zorg gaat daarmee veel verder dan het volgen van kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen. Keuzevrijheid van de cliënt is een belangrijke sleutel om de uitkomsten van zorg continu te verbeteren. Samen beslissen moet daarom uitgangspunt zijn: de overheid geeft aan dat de partijen in het veld aan zet zijn (Taskforce De juiste zorg op de juiste plek, 2018).

Er wordt in Nederland, maar ook internationaal, doorlopend een beroep gedaan op zorgprofessionals – artsen, paramedici en verpleegkundigen – om keuzes binnen de zorg te baseren op *bewijsmateriaal*: evidence-based practice (EBP) dus. Door zowel paramedici als individuele cliënten, maar ook door cliëntenverenigingen, beroepsverenigingen, zorginstellingen, zorgverzekeraars en de overheid wordt de vraag gesteld of een behandeling bewezen en aantoonbaar zinvol of effectief is (Vermeulen, 2006).

Het onderbouwen van de keuze voor interventies is voor zorgprofessionals niet nieuw, maar de wijze waarop we vinden dat dit moet gebeuren is veranderd. Zagen we in het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw het kiezen van de interventies vooral als taak van de professional, tegenwoordig wordt veel meer de nadruk gelegd op gezamenlijke besluitvorming tussen de professional en de cliënt. De focus van onderbouwing is veranderd van klinische epidemiologie en beroepskennis (zoals behandelmodellen) via het zoeken en kritisch beoordelen van recente informatie en onderzoeksresultaten naar meer gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming tussen professional (behandelaar) en cliënt (Thériault et al., 2019; Vermeulen, 2015).

Om daadwerkelijk een gezamenlijke, geïnformeerde beslissing te kunnen nemen hebben cliënten inzicht nodig in de kwaliteit van het zorgaanbod. De overheid heeft daarom ingezet op het versneld beschikbaar komen van informatie over de kwaliteit van zorg met betrekking tot de dertig meest relevante aandoeningen. In 2015 zijn driehonderd richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut. Voor een groot deel van deze richtlijnen wordt bovendien begrijpelijke informatie voor cliënten opgesteld (AQUA, 2019). Bovendien wordt voor zoekende cliënten onder meer <www.kiesbeter.nl> doorontwikkeld en komen er links naar andere goede en betrouwbare websites, zoals <www.zorgkaartnederland.nl> en <www.thuisarts.nl>. Dit helpt cliënten om het kaf van het koren te scheiden, en zorgprofessionals om op de hoogte te blijven.

Het belangrijkste doel van evidence-based practice is kwalitatief goede zorg te (blijven) bieden. Dit is voor jou als zorgprofessional dan ook de belangrijkste reden om EBP toe te passen. Evidence-based practice helpt daarnaast paramedici om hun handelen te verantwoorden tegenover cliënten, collega's, verwijzers en financiers, maar ook om hun beroep te (blijven) ontwikkelen, te positioneren en te financieren. Door EBP blijf je op de hoogte van nieuw bewijs, nieuwe inzichten en (inter)nationale ontwikkelingen in je beroep. Daarbij kan het leuk zijn om te zien hoe elders in de wereld vergelijkbare vraagstukken aangepakt worden. Het toepassen van EBP kan aansluiten bij je persoonlijke interesse, nieuwsgierigheid of betrokkenheid en biedt de mogelijkheid tot continue ontwikkeling.

Cliënten zijn door de toegang tot internet en richtlijnen maar ook door keuzehulp steeds beter geïnformeerd (Agoritsas et al., 2015; Koon, 2020; Stacey et al., 2017). (Zie bijvoorbeeld: <www.keuzehulp.info> en <www.zorgkaartnederland.nl/keuzehulp>). Ze mogen van paramedici verwachten dat deze beschikken over de meest recente informatie over de voor- en nadelen van de behandeling, en eventuele alternatieven, en dat zij hun behandeling hierop baseren. Evidence-based practice kan dienen als hulpmiddel om gezamenlijk beter te communiceren over de voor- en nadelen van de behandeling en over mogelijke alternatieven.

Er zijn ook op meso- en macroniveau redenen om evidence-based te gaan werken. De gezondheidszorg wordt meer evidence-based, waardoor de samenwerking en communicatie met collega's in de zorg gemakkelijker wordt (of: verbetert) als je zelf ook evidence-based werkt. Op beleidsniveau gaat aandacht uit naar de zorgwaarde, kosteneffectiviteit, de samenstelling van de basisverzekering, de kwaliteits- en prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg, en datagestuurd werken, waarbij een toenemend appel gedaan wordt op artsen, paramedici en verpleegkundigen om evidence-based te handelen.

Binnen de paramedische beroepen werd lange tijd *authority-based* gehandeld. Dat betekent dat de beroepsbeoefenaar het eigen beroepsmatig handelen vooral baseerde op wat hij of zij had geleerd en wat door deskundigen werd verteld. Er bestond een angst dat evidence-based practice voor bezuinigingen zou worden ingezet, met name voor het niet meer vergoeden van behandelingen waarvan de effectiviteit niet bewezen was (Vaes, 2002). De stelling ‘absence of evidence is not evidence for absence’, was een van de voornaamste argumenten om EBP te bekritisieren in 1995 (Altman & Bland, 1995). De afwezigheid van bewijs is geen bewijs voor de niet-werkzaamheid van een methode; het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat de methode nog te jong is om zichzelf wetenschappelijk te hebben kunnen bewijzen. Deze angst is nog steeds aanwezig, gezien het rapport van het Centrum voor ethiek en gezondheid getiteld ‘Passend bewijs’. In dit rapport wordt het risico genoemd dat zorg en interventies waarover hard bewijs ontbreekt, zullen inboeten aan status en uiteindelijk ook aan middelen (RVZ, 2007).

Met het advies ‘Zonder context geen bewijs’ (RVS, 2017), waarmee de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) de context waarbinnen zorg wordt verleend centraal stelt in praktijk, beleid en financiering van de zorg, worden misvattingen en tekortkomingen over evidence-based care in meer fundamentele zin benoemd: ‘Het zoeken naar eenduidig bewijs is een illusie en een onterechte simplificatie van wat goede zorg is.’ Hiermee is niet gezegd dat het zoeken naar (en het beoordelen, toepassen en evalueren van) bewijs achterwege gelaten moet worden. De raad pleit voor samenwerking tussen professionals en wetenschap. Voor professionals betekent dit het omarmen van de onzekerheid in de bewijsvoering en het centraal stellen van de context van hun cliënten. Voor wetenschappers betekent dit de erkenning dat wetenschappelijk bewijs altijd onaf is en steeds onderwerp moet blijven van nieuwe inzichten en ervaringen. Tom Maassen geeft in 2019 aan: ‘Het advies geeft op treffende wijze woorden aan een gevoel dat veel collega’s binnen de opleiding verpleegkunde – en volgens mij ook veel zorgprofessionals – kennen: door een te eenzijdige en soms zelfs dogmatische nadruk op het belang van de E in EBP, op regels, richtlijnen en protocollen, gaat iets verloren.’

De redactie van dit boek pleit dan ook al jaren voor het gebruik van andere vormen van evidence dan alleen wetenschappelijk bewijs: denk aan professionele kennis en ervaringskennis van cliënten en hun naasten (zie ook de hoofdstukken 4 en 5). Dit betekent dat het niet alleen van belang is om bewijs over effectieve behandelmethoden te verzamelen, maar ook om de kennis en opvattingen van professionals en van cliënten in de praktijk serieus te inventariseren (Russell et al., 2011). Hun kennis en visie moeten niet alleen benut worden bij de individuele behandeling maar ook bij de ontwikkeling en implementatie van wetenschappelijke inzichten (ZonMW, 2013; Broerse et al., 2013).

Sinds de introductie van EBP stijgt het aantal onderzoekspublicaties op het gebied van de zorg elk jaar. Al dit bewijsmateriaal is pas betekenisvol als het

ook daadwerkelijk de cliënt en de paramedicus bereikt. Dit betekent enerzijds dat beschikbaar bewijsmateriaal ook daadwerkelijk verspreid moet worden, zowel naar cliënten als naar collega's en artsen. Anderzijds betekent dit dat paramedici deze onderzoeksresultaten moeten gebruiken in de behandeling en voor het opstellen van bijvoorbeeld evidence-based [kwaliteitsstandaarden](#) en/of [richtlijnen](#)¹ (AQUA, 2019; Sinnema et al., 2018).

Parallel met deze stijging in het aantal onderzoekspublicaties wordt er steeds meer gepubliceerd over het ontbreken van een vertaling van de onderzoeksgegevens naar de praktijk, de zogeheten *theory-practice gap* (Skully, 2011; Shoghi et al., 2019). Hoewel het inmiddels duidelijk is dat er evidence-based gewerkt behoort worden, blijft de vraag hoe – en in welke mate – evidence-based werken toegepast kan worden in diverse organisaties en werkvelden. Daarop wordt dieper ingegaan in hoofdstuk 11, onder verwijzing naar de *evidence-to-practice pipeline*. Gelukkig wordt de ondersteuning bij het toepassen van bewijs in de praktijk sterker door de beschikbaarheid van multidisciplinaire evidence-based richtlijnen (zie onder andere hoofdstuk 6), het gebruik van specifieke implementatiemodellen (Upton et al., 2012; Mickan et al., 2019; Munten et al., 2011) en door bijvoorbeeld samenwerking van de praktijk met lectoraten op hogescholen.

Paramedici moeten beseffen wat de waarde van wetenschappelijk onderzoek is voor het dagelijks handelen, en moeten ondertussen het belang van de individuele kennis van de cliënt niet onderschatten. De Gezondheidsraad (2000) spreekt over de 'lerende professional', die het vermogen heeft of ontwikkelt om een vertaalslag te maken van het generieke naar het specifieke. Een beroepsbeoefenaar integreert in feite wetenschappelijke kennis, cliëntspecifieke gegevens, zorgervaring en organisatorische randvoorwaarden. Het is van wezenlijk belang om als beroepsbeoefenaar continu te reflecteren op zowel de keuzes die leiden tot het handelen als de daadwerkelijke uitvoering van dat handelen. Deze competentie is terug te vinden in de zogenoemde CanMEDS-rollen, die bekend zijn bij zowel de paramedische als de verpleegkundige beroepen. De kern van het competentiegebied kennis en wetenschap betreft enerzijds het actueel houden van de eigen kennis en anderzijds het benutten van deze kennis voor de zorg en de deskundigheidsbevordering van collega's. Hierbij wordt van zorgprofessionals verwacht dat ze blijk geven van levenslang leren, het toepassen van de principes van evidence-based practice en het bijdragen aan [innovatie](#).

1 Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Een kwaliteitsstandaard verenigt de kernelementen van richtlijnen (met name de medisch inhoudelijke elementen) en zorgstandaarden (met name het perspectief van zorggebruiker en organisatie van zorg).

Het vervolg van dit hoofdstuk beschrijft wat evidence-based practice is (par. 1.2), wat bewijs is en wat evidence is (par. 1.3), wat het beste beschikbare bewijs is (par. 1.4) en welke kennis en vaardigheden nodig zijn om EBP toe te kunnen passen (par. 1.5). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschouwing (par. 1.6).

1.2 Wat is evidence-based practice?

Evidence-based practice is ontstaan uit evidence-based medicine. Het begrip evidence-based medicine (EBM) werd in 1992 geïntroduceerd door een groep wetenschappers onder leiding van Gordon Gyatt van McMaster's University in Hamilton (Canada) en verder bekendgemaakt door de enkele jaren geleden overleden David Sackett (1934-2015), oprichter van het Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) in Oxford (Sackett et al., 2000). Dit ging samen met de ontwikkeling van probleemgestuurd onderwijs aan McMaster's University bij de faculteit Geneeskunde. In probleemgestuurd onderwijs staat het zoeken naar (wetenschappelijke) onderbouwing voor het handelen centraal. In de opvatting van Sackett over EBM is expliciet ruimte voor ervaringskennis van professionals en de wensen van de cliënt. Ook Archie Cochrane wordt beschreven als een van de grondleggers van evidence-based medicine. In *Effectiveness and efficiency* (1972) constateerde hij dat medische beslissingen werden genomen op basis van persoonlijke meningen. Zijn veronderstelling was dat de kwaliteit van het medisch handelen zou verbeteren als het handelen zou berusten op bewijsvoering via [randomized controlled trials](#) (RCT's). De Cochrane Collaboration, een naar hem genoemde organisatie, werkt wereldwijd, ook in Nederland, aan het uitvoeren en publiceren van *systematic reviews* op basis van RCT's en tegenwoordig ook op basis van andere soorten onderzoeken.

Sinds de introductie van het begrip evidence-based medicine worden er in de literatuur veel verschillende definities gepresenteerd. Dat evidence-based medicine verruimd is tot evidence-based practice, benadrukt dat het niet uitsluitend gaat om de medische beroepen, maar ook om andere beroepen in de zorg, zoals de verpleegkundige en paramedische beroepen. Een greep uit de definities van EBP en EBM:

'The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research' (Sackett et al., 2000).

'Providing care to patients for which there is evidence of clinical effectiveness is the cornerstone of evidence-based practice. Evidence may come from research, audit, feedback from patients and expertise' (RCN, 1996).

‘Evidence-based health care involves using a combination of clinical expertise and the best available research evidence together with patient preferences, to inform decision-making’ (Fleming & Cullum, 1997).

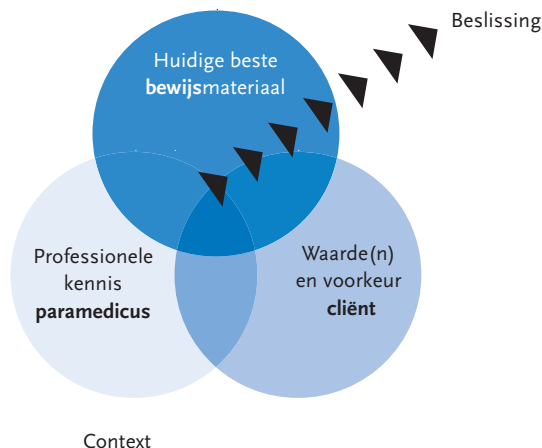
‘An ability to assess the validity and importance of evidence before applying it to day-to-day clinical problems’ (Oxman et al., 1993).

Deze definities vertonen belangrijke overeenkomsten. Het gaat bij evidence-based practice in principe om het nemen van beslissingen op grond van het afwegen van de volgende drie aspecten:

- het huidige beste beschikbare bewijs;
- de kennis en ervaring van de paramedicus; en
- de waarde(n) en voorkeur van de individuele cliënt.

Dit besluitvormingsproces vindt altijd plaats in een **context**.

Evidence-based practice is dus meer dan alleen (be)handelen op basis van wetenschappelijke literatuur. Een belangrijk doel van evidence-based practice is het toepassen van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (bewijs) en getoetste en betrouwbaar bevonden kennis (evidence) in de beroepspraktijk, om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de geleverde zorg te verantwoorden. De goede gezamenlijke geïnformeerde beslissing is meer dan dat: het vereist een proces van zorgvuldige besluitvorming waarbij het beste beschikbare onderzoeksbewijs en de beste beschikbare evidence worden geïntegreerd met de individuele kennis en ervaring van de paramedicus en ervaringskennis en waarden van de cliënt.



Figuur 1.1 Elementen van evidence-based practice

Het samenspel van deze elementen in een beslissing over zorg of gezondheid wordt weergegeven in figuur 1.1. In dit boek wordt, gebaseerd op de definitie van Offringa et al. (2018a), de volgende definitie van evidence-based practice gebruikt:

‘Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal (bewijs en evidence) om beslissingen te nemen *met* individuele cliënten (en/of hun naasten) over goede of gewenste zorg of behandeling. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele kennis en ervaring van de behandelaar en de individuele waarden en ervaringskennis van de cliënt met het beste bewijsmateriaal.’

Het (be)handelen mede op basis van onderzoeksbewijs is een proces waarbij je als paramedicus eerst een (zorg- of gezondheids)vraag formuleert, in (recente) wetenschappelijke literatuur zoekt naar een antwoord op deze vraag, en de gevonden literatuur beoordeelt. Vervolgens bepaal je, als het kan in overleg met de cliënt of diens naasten, of dit onderzoeksbewijs in dit specifieke geval kan worden toegepast. Ten slotte evalueer je je eigen handelen.

Het (systematisch) toepassen van deze vijf stappen vormt de methodiek van evidence-based practice:

1. het (zorg- of gezondheids)probleem vertalen in een beantwoordbare vraag;
2. het efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal;
3. het beoordelen van het gevonden bewijs op methodologische kwaliteit en toepasbaarheid;
4. het nemen van een beslissing met de cliënt op grond van het beschikbare bewijsmateriaal, de voorkeur, wensen en verwachtingen van de cliënt en de kennis en ervaring van de behandelaar, en deze beslissing toepassen in de praktijk;
5. het regelmatig evalueren van het proces en het resultaat (Offringa et al., 2018a).

Deze methodiek wordt uitgebreid besproken in hoofdstuk 2. In deel 2 van dit boek (hoofdstuk 4 tot en met 10) worden deze vijf stappen beschreven en toegepast voor evidence van cliënten en professionals (hoofdstukken 4 en 5), richtlijnen (hoofdstuk 6) en voor verschillende typen onderzoek (systematic reviews, interventieonderzoek, diagnostisch onderzoek en kwalitatief onderzoek) (hoofdstuk 7-10).

De betekenis van evidence en de in dit boek gehanteerde opvatting lichten we in de volgende paragraaf toe, de rol van de cliënt als bron van kennis (zie ook hoofdstuk 4) en als partner in de gezamenlijke besluitvorming (zie ook hoofdstuk 3) krijgt door het hele boek heen aandacht.

1.3 Wat is kennis, evidence en bewijs?

Een van de twee kernbegrippen van EBP is *evidence*. Er bestaan verschillende opvattingen over de betekenis van het woord evidence. Bovendien is het lastig de term correct te vertalen naar het Nederlands.



Het concept evidence wordt vaak ingevuld als wetenschappelijk bewijs en bovendien als bewijs dat bij voorkeur is voortgekomen uit [randomized controlled trials](#) (RCT's). De dominantie van deze opvatting van bewijs komt voort uit het feit dat de beweging van evidence-based practice ontstaan is uit de medische professie, die (toentertijd) de meeste waarde hechtte aan interventies waarvan de effectiviteit bewezen is volgens experimenteel gerandomiseerd onderzoek. Wij kiezen voor een bredere invulling van het begrip evidence. Immers, voor paramedische beroepen geldt veelal dat de effectiviteit of het belang van een behandeling niet alleen gedemonstreerd wordt door oorzaak-en-gevolgrelaties, maar ook door intuïtie, ervaring, getuigenissen en persoonlijke observaties (Browne & Keely, 2004).

Het begrip evidence moet niet alleen worden gedefinieerd, maar ook vertaald. De Engelse taal maakt onderscheid tussen *proof* en *evidence*. De eerste term betreft onomstotelijk bewijs, en de term evidence wordt omschreven als 'gives reason for believing something'. Beide termen worden in het Nederlands vertaald als bewijs, waardoor het onderscheid verloren gaat. Bewijs wordt in het Nederlands omschreven als 'datgene waardoor onweerlegbaar wordt aangetoond dat iets is zoals men beweert of tevoren verondersteld heeft', een 'blijk waaruit men het bestaan of de juistheid van iets kan opmaken' of 'een

schriftelijke verklaring van iets' (Van Dale, 2020). Evidentie wordt omschreven als 'grote waarschijnlijkheid, niet-beredeneerde zekerheid', en evident als 'duidelijk, zonneklaar' (Van Dale, 2020). Bovendien blijkt een adequate vertaling naar het Nederlands problematisch. In dit boek maken we onderscheid tussen kennis, evidence en bewijs. In de Nederlandse vaktijdschriften worden de termen evidence, evidentie en bewijs door elkaar gebruikt. Wij gebruiken in dit boek de termen evident en evidentie niet.

Kennis

Er bestaat geen algemeen geaccepteerde definitie van kennis, noch een voorkeursdefinitie. In dit boek baseren we ons op Van Dale (2020) en wordt kennis gedefinieerd als:

'Kennis is het geheel van wat iemand weet.'

Het is niet van belang of deze kennis gerechtvaardigd of 'waar' is. Er worden – ook weer op verschillende wijzen – soorten kennis onderscheiden, zoals ten eerste bewuste en onbewuste kennis. Daarnaast bestaat er niet-geëxpliciteerde kennis, aanwezig als gevolg van bijvoorbeeld ervaringen met zorgverleners of werkervaring, en expliciete kennis, informatie die al dan niet schriftelijk of digitaal is vastgelegd in boeken of geschriften met tekst of beelden. In die zin kun je ook spreken van individuele kennis en collectieve kennis. Polanyi (1966) onderscheidt kennis waarvan we ons expliciet bewust zijn, kennis die als het ware in de spotlight staat, waarop we gericht zijn, en kennis die impliciet aanwezig is in het bewustzijn, die als achtergrond het beeld meebepaalt (Brohm, 2005). Deze *tacit knowledge* is een vorm van individuele kennis die 'in het hoofd zit' en moeilijk overdraagbaar is. Deze vorm van kennis bevat vaak (cultuurgebonden) waarden, ervaringen en attitudes. Deze impliciete kennis wordt ook wel vertaald met 'knowhow'. Vormen van impliciete kennis zijn handelingen en routines.

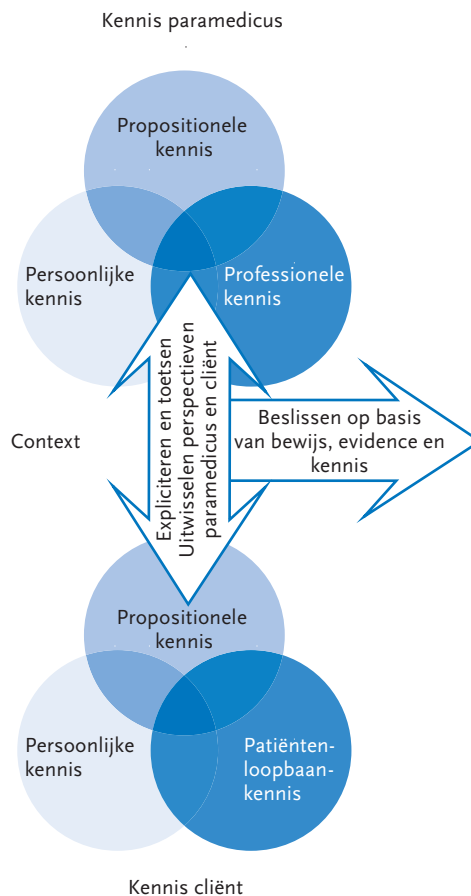
Bronnen van kennis

In de literatuur worden verschillende bronnen van kennis beschreven die een wezenlijke bijdrage leveren aan besluitvorming in de praktijk. Naast propositionele kennis (bewijs) worden professionele kennis en persoonlijke kennis onderscheiden (Higgs, Jones & Titchen, 2008).

- *Propositionele kennis* wordt omschreven als kennis gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Deze kennis is per definitie getoetst en gepubliceerd. Zowel de professional als de cliënt heeft toegang tot deze kennis.
- *Professionele kennis* is kennis die ontstaan is door de (beroeps)opleiding en de – vaak jarenlange – praktijkervaring van beroepsbeoefenaars. Een deel hiervan staat beschreven in praktijktheorieën, maar is wetenschappelijk nog niet (goed) getoetst. Een probleem bij elk beroep is dat een groot deel

van de professionele kennis impliciet blijft. Dit impliciete weten draagt bij tot de ervaring van de individuele beroepsbeoefenaar, maar draagt niet bij aan de gezamenlijke kennis van de professie (Mattingly & Fleming, 1994) zolang het niet onderwerp van onderzoek is geweest.

- *Persoonlijke kennis* refereert aan de eigen levenservaring die iedere beroepsbeoefenaar en cliënt meeneemt in de gezamenlijke besluitvorming. Uiteraard heeft, in analogie met professionele kennis, de cliënt kennis van de patiëntenloopbaan. De invloed van ziekte op het gehele leven van een persoon, en wat die persoon allemaal moet doen en laten om met (de gevolgen van) die ziekte te leren leven, leidt ertoe dat iemand tijdens zijn carrière als patiënt (patiëntenloopbaan) een bepaalde mate van ervaringsdeskundigheid kan verwerven in het leven met de ziekte, in het omgaan met het medisch regime en met zorgarrangementen (Pool, 2001). Zowel de cliënt als de professional beschikt over persoonlijke kennis die gevormd is door zijn levenservaring, die ook buiten de zorgcontext opgedaan kan zijn.



Figuur 1.2 Bronnen van kennis

In het merendeel van de publicaties op het gebied van evidence-based practice wordt met name aandacht besteed aan de propositionele kennis. In de praktijk worden bij de gezamenlijke besluitvorming door de paramedicus en cliënt perspectieven uitgewisseld, waardoor de kennis van de cliënt en beroepsbeoefenaar samenkomt. Hoe de propositionele, professionele en persoonlijke kennis van de paramedicus en de propositionele, patiëntenloopbaan- en persoonlijke kennis van de cliënt samenkomen en leiden tot een evidence-based beslissing, wordt weergegeven in figuur 1.2.

Individuele kennis

De persoonlijke kennis is bij uitstek individuele kennis. Maar ook kennis opgedaan in de zorgcontext, zoals patiëntenloopbaankennis en professionele kennis, kan individuele kennis zijn. Naast handelingen, routines en attitudes zijn voorkeuren, wensen en verwachtingen onderdelen van deze individuele kennis. De individuele kennis van een professional, die gebruikt wordt in het – dagelijkse – professionele werk, wordt ook wel ‘professional craft knowledge’ genoemd. Dit is handelingsgerichte kennis die normaliter niet geëxpliciteerd wordt, deels omdat het er niet van komt, deels omdat deze kennis niet altijd eenvoudig onder woorden te brengen is, en deels omdat men zich niet bewust is van die kennis. Jenicek (2006) beschrijft professionele kennis, op individueel niveau en gekoppeld aan een specifieke casus, als: het best mogelijke begrip van een gezondheidsprobleem (van een cliënt, een groep cliënten of een gemeenschap), gebaseerd op twee kritische elementen, namelijk kennis en ervaring in een gegeven **context**. Deze ervaring berust op attitudes en vaardigheden. Hij schrijft dat deze professionele kennis net zoals bewijs geëxpliciteerd, getoetst en ‘waar’ bevonden zou moeten worden. Dan is er volgens de hierna beschreven definitie in dit boek sprake van evidence.

Evidence

Jenicek (2006) schrijft dat meer dan een decennium lang de volgende bredere definitie van evidence genegeerd werd door fervente EBM-voorstanders:

‘any data or information, whether solid or weak, obtained through experience, observational research or experimental work (trials). This data or information must be relevant either to the understanding of the problem (case) or to the clinical decisions (diagnostic, therapeutic, or care-oriented) made about the case’ (Jenicek, 2006, p. 245).

Deze definitie is zo breed dat alles wat maar kenbaar is, eronder gevat kan worden. Wij baseren ons op Jones & Higgs (2000) en definiëren in dit boek evidence als:

‘Evidence is kennis gebaseerd op verschillende bronnen, die getoetst is en die betrouwbaar is bevonden.’

Evidence is een specifieke vorm van kennis. Om kennis te gebruiken als evidence in evidence-based practice moet(en):

- de verschillende bronnen van kennis aanwijsbaar zijn;
- de kennis (indien impliciet) expliciet gemaakt worden;
- de kennis getoetst worden en betrouwbaar bevonden worden;
- de kennis gebaseerd zijn op bronnen.

Het zichtbaar maken en kritisch beoordelen van de kennis die in de hoofden van de professionals en cliënten verborgen zit, is niet eenvoudig. Kennis zichtbaar maken ofwel expliciteren kan gestalte krijgen door op een systematische wijze praktijkervaringen en het handelen van professionals en cliënten vast te leggen, te beschrijven en te analyseren, en vervolgens op deze geëxpliciteerde kennis te reflecteren. Dit kan zowel alledaagse zorg als bijzondere zorgsituaties betreffen. In de hoofdstukken 4 en 5 wordt beschreven hoe deze evidence gevonden en beoordeeld kan worden.

Bewijs

In dit boek is ervoor gekozen de term ‘bewijs’ te gebruiken als het gaat over wetenschappelijk bewijs (propositionele kennis) (RVZ, 2007):

‘Bewijs is kennis die gebaseerd is op (de resultaten van) wetenschappelijk onderzoek. Hierbij wordt gestreefd naar variëteit in de bewijsvoering.’

Wetenschappelijk bewijs kan nooit de ervaring in de zorg vervangen. De klinische ervaring of ervaring in de zorg blijft nodig om een beslissing te nemen over de toepasbaarheid van het wetenschappelijke bewijs in de praktijk. Dit maakt het noodzakelijk een meer realistisch en completer standpunt over evidence-based practice in te nemen door het Engelse begrip evidence breder op te vatten dan alleen als bewijs. In veel situaties waarin er bijvoorbeeld geen bewijs is of wanneer bewijs niet toepasbaar blijkt voor het nemen van een beslissing vanwege ethische of andere redenen, leunen de beslissingen zwaar op individuele kennis of evidence.

Wetenschapsopvattingen

Binnen de menswetenschappen worden drie wetenschapsopvattingen onderscheiden: de **empirisch-analytische benadering**, ook wel positivisme genoemd, de interpretatieve benadering, waaronder de fenomenologische en hermeneutische benadering, ook wel naturalisme genoemd, en het kritische paradigma (Titchen & Higgs, 2007; Shepard et al., 1993). Deze stromingen kennen verschillende aannames over het uitoefenen van wetenschap. Het gaat hierbij om verschillende, complementaire benaderingen van de (menselijke) werkelijkheid, met elk eigen mogelijkheden en beperkingen.



De **interpretatieve** benadering is gericht op de betekenis van verschijnselen die intern met elkaar verbonden zijn en zodoende niet onafhankelijk van elkaar gedefinieerd kunnen worden. De **fenomenologie** (een van de tradities binnen de interpretatieve benadering) is gericht op het begrijpen van verschijnselen, bij voorkeur vanuit het gezichtspunt van de onderzochte. Het uitgangspunt is dat de werkelijkheid complex en subjectief is, dat het onderzoeksproces een interactief proces is waarbij de onderzoeker niet los gezien kan worden van het

onderzochte, en dat onderzoek plaatsvindt in de natuurlijke omgeving van de onderzochten. Dit perspectief gaat ervan uit dat de werkelijkheid geconstrueerd wordt door het individu, en dat er zodoende meerdere, subjectieve, werkelijkheden bestaan.

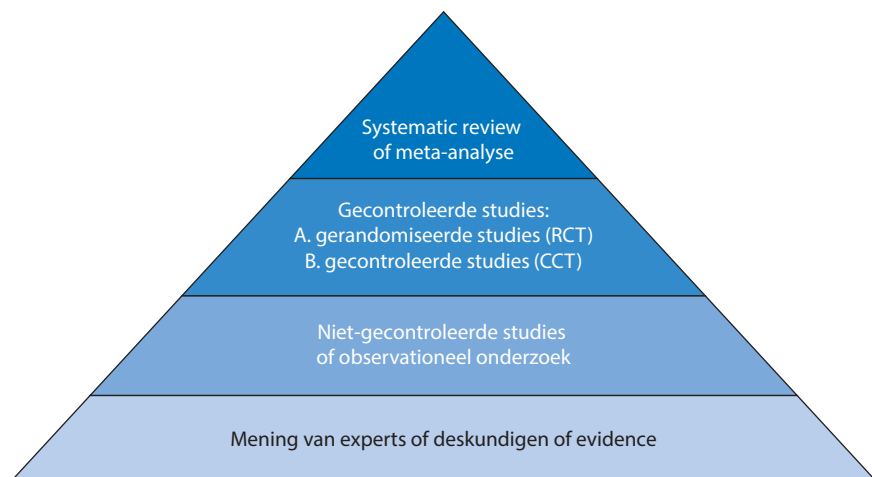
In het **kritische paradigma** staat zowel het onderzoeken als het veranderen van de bestaande situatie centraal.

Figuur 1.3 geeft een overzicht van deze wetenschaps- en onderzoeksbenaderingen.

1.4 Wat is het huidige beste beschikbare bewijs of evidence?

Wanneer je bewijsmateriaal gevonden hebt, weet je dan ook wat momenteel het beste bewijsmateriaal, de beste evidence of het beste bewijs is?

Er is een hiërarchie van evidence bepaald die voor verschillende vraagstellingen (interventie, diagnose, prognose) aangeeft welk type bewijs het meest robuust of valide is. De overheersing van de **empirisch-analytische** benadering en het bijbehorende kwantitatieve onderzoek is door de jaren heen verminderd, maar nog wel terug te zien in de hiërarchie die door organisaties als de Cochrane Collaboration wordt gehanteerd in de waardering van onderzoeksresultaten. Aan **meta-analyses** (MA), systematische reviews (SR) – bij voorkeur van RCT's – en gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) wordt de hoogste waarde gehecht. Evidence in de betekenis van opvattingen van experts wordt daarentegen laag gewaardeerd. In hoofdstuk 2 en op de website bij het boek gaan we verder in op deze hiërarchie.



Figuur 1.4 Hiërarchie van bewijsmateriaal (evidence en bewijs)

Elke rangschikking van bewijs gebaseerd op de opzet en uitvoering van de studie (gerandomiseerd, gecontroleerd, observationeel), met daaraan gekoppelde sterke en zwakke punten en beperkingen, is slechts mogelijk wanneer de studie, bij kritische beoordeling, van acceptabele kwaliteit blijkt. Niet alleen de kwaliteit van de studie die tot bewijs leidt, is van belang. In feite is de vraag het uitgangspunt en moet je altijd eerst beoordelen of het onderzoeksdesign past bij je vraag (Sackett & Wennberg, 1997).

De paramedische praktijk wordt voor een groot deel bepaald door het contact en de verhouding tussen de cliënt en de individuele paramedicus (Paap et al., 2018; Cox, 2020; Kitson, 2002). Kennis van alle dimensies van het mens-zijn en de interactie tussen mensen is noodzakelijk om inzicht en begrip van problemen te verkrijgen en betrouwbare beslissingen te nemen om kwalitatief hoogwaardige zorg te verlenen (Jones & Higgs, 2000). Bij het centraal stellen van deze relatie is het niet houdbaar dat wetenschappelijk bewijs, in het bijzonder bewijs dat voortkomt uit kwantitatief onderzoek, de enige kennis is die van belang is bij het bepalen, verbeteren en verantwoorden van de effectiviteit en efficiëntie van de zorg.

Het begrip ‘huidige’ in de paragraaftitel is niet voor niets toegevoegd. Elke dag komen er nieuwe onderzoeksartikelen, nieuw bewijs en nieuwe evidence bij. Iedere dag kan het beste bewijs anders zijn. Dat betekent dat je niet eeuwig kunt bouwen op de resultaten van een zoektocht naar bewijs voor een interventie bij een bepaalde groep cliënten. Je zult regelmatig moeten kijken of er nieuw bewijs gevonden is.

Ook de toevoeging ‘beschikbaar’ in de paragraaftitel is betekenisvol. Niet elk bewijs is beschikbaar en toegankelijk binnen een redelijke tijd en voor een redelijke prijs. Sommige artikelen zijn niet of moeilijk te verkrijgen, zijn niet voor iedereen beschikbaar, zijn erg prijzig of zijn geschreven in een taal die de lezer niet machtig is. Soms is de bron (de cliënt) minder goed in staat tot het geven van informatie en zijn de naasten de bron van de informatie.



Casus 1.1

(Vervolg)

Bij de vraag die aan het begin van dit hoofdstuk werd gesteld kun je op de website van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu de CONCEPT-richtlijn (april 2020) vinden, bedoeld voor GGD'en en ziekenhuizen, die aangeeft hoe te handelen bij een patiënt met (verdenking op) COVID-19. Er staat nadrukkelijk bij dat de informatie in de richtlijn regelmatig bijgewerkt wordt en dat wordt aangeraden om de laatste update van de app of webpagina te gebruiken. Je checkt de website en ziet dat de richtlijn in twee maanden al 45 keer vernieuwd is op basis van nieuw bewijsmateriaal. Je leest in de richtlijn dat gezinsleden van een patiënt met het nieuwe coronavirus, zoals mevrouw De Kroon, een informatiebrief ontvangen (LCI-richtlijn COVID-19; Informatie voor gezinsleden van een patiënt met het nieuwe coronavirus; versie 25 maart 2020). Daarin staat: 'Omdat uw huisgenoot COVID-19 heeft, is deze informatie voor u van belang. Omdat u tot 14 dagen na

het laatste contact met deze persoon nog ziek kunt worden, moet u thuis in quarantaine blijven tot 14 dagen na het laatste contact. U kunt klachten krijgen zoals verkoudheid, hoesten en koorts.'

Je belt mevrouw De Kroon en de afspraak blijkt bij navraag binnen deze 14 dagen te vallen. Je bespreekt het advies in de richtlijn met haar en spreekt af dat zij een nieuwe afspraak maakt als de termijn van 14 dagen voorbij is en zij niet ziek is geworden.



1.5 Benodigde kennis en vaardigheden om EBP toe te kunnen passen

Zowel studenten van paramedische opleidingen als werkende paramedici vinden het niet altijd eenvoudig evidence-based practice in hun praktijk toe te passen.

Beroepsbeoefenaars noemen met name onvoldoende vaardigheden in het zoeken en beoordelen van bewijs als belemmering voor de toepassing van EBP (Tiemens et al., 2012). Hoewel uit literatuur blijkt dat de meeste belemmeringen bij EBP-implementatie weggenomen zijn, is aandacht voor de identificatie en uitvoering van effectieve strategieën voor toepassing van EBP door bijvoorbeeld ergotherapeuten nog steeds nodig (Juckett et al., 2020). In de Verenigde Staten wordt geconstateerd dat de implementatie van EBP in de zorg zorgwekkend laag is. Er wordt opgeroepen tot een herwaardering van EBP in het zorgsysteem (Melnick et al., 2018). Therapeuten die de laatste jaren zijn afgestudeerd en tijdens hun opleiding de methodiek van EBP hebben geleerd, voelen zich zekerder in het zoeken en beoordelen van literatuur (Spek, 2015). Dat biedt weliswaar perspectief voor de toekomst, maar is geen oplossing voor reeds werkende paramedici. Opvallend is echter dat uit een onderzoek onder Nederlandse ergotherapeuten (Döpp et al., 2012) bleek dat ergotherapeuten met minder ervaring over het algemeen meer gebruikmaakten van collega's als bron van informatie (een lage status in de evidence-hiërarchie) dan van onderzoeksresultaten.

Het toepassen van evidence-based practice vraagt van jou als paramedicus naast beheersing van de Engelse (vak)taal, omdat de meeste onderzoeksartikelen Engelstalig zijn, een aantal vaardigheden. Naast computervaardigheden, met name het (efficiënt) kunnen zoeken op internet, gaat het daarbij om het formuleren van (relevante) beantwoorbare vragen, het selecteren van artikelen (op basis van een samenvatting) en het beoordelen van artikelen. Deze vaardigheden kun je leren, en ontwikkel je door het toepassen en daadwerkelijk doen.

Daarnaast vraagt de toepassing van evidence-based practice kennis van de methodiek van EBP en kennis van onderzoeksterminologie en methodologie, om artikelen te kunnen lezen en beoordelen en zowel statistische termen en analyses als kwalitatieve methoden te kunnen begrijpen. Het ontbreken van deze vaardigheden blijkt de meest gerapporteerde barrière voor het toepassen van EBP te zijn (Döpp et al., 2012).



Het toetsen en beoordelen van geëxpliciteerde kennis en zeker van niet-geëxpliciteerde kennis (zie bijvoorbeeld de hoofdstukken 4 en 5) vraagt daarnaast:

- open aandacht naast gerichte aandacht;
- analysevaardigheden;
- reflectief vermogen;
- communicatieve vaardigheden, zoals doorvragen en samenvatten;
- schrijfvaardigheden.

Het toepassen van evidence-based practice vraagt daarbij ook het willen en kunnen veranderen van je eigen gewoonten, een beroepshouding die kritisch en innovatief is, en de bereidheid te veranderen, verantwoording af te leggen en informatie te verstrekken.

1.6 Beschouwing

Wellicht is een van de belangrijkste bijdragen van evidence-based practice aan de gezondheidszorg dat er een groter appel gedaan wordt op je kritisch vermogen en het verantwoorden van je handelen als zorgprofessional, alsmede

op respect voor de autonomie van de cliënt door gezamenlijk met cliënten een (goed geïnformeerde) beslissing te nemen. Ook als er beperkt onderzoek beschikbaar is, moet je de kwaliteit van het onderzoek zorgvuldig beoordelen en blijft een kritische blik onontbeerlijk. Het doel van evidence-based practice is verbetering van de kwaliteit van zorg door verbetering van de beroepsuitoefening van de individuele paramedicus. Dit doel bereik je enerzijds door het ontwikkelen van nieuwe kennis, anderzijds doordat je kennis die door anderen is ontwikkeld verwerft en toepast, en door een houding om je eigen professionele kennis regelmatig opnieuw te beoordelen en aan te vullen. Het vraagt zorgvuldige beoordeling en vaardig professioneel (klinisch) redeneren, verworven door ervaring in de zorg en door expertise, om zo goed mogelijk gebruik te maken van beschikbaar bewijs en evidence. Aan de andere kant vraagt dit ontwikkelingen in het denken over en uitvoeren van gezamenlijke besluitvorming.



Na ruim 25 jaar EBP blijkt er veel meer bewijsmateriaal te zijn dan vaak wordt gedacht, en zijn de manieren om bewijsmateriaal te vinden steeds uitgebreider. Het biedt voordelen om de vaardigheden te beheersen om er (efficiënt) naar te zoeken, en vaardigheden te hebben om het gevonden bewijsmateriaal met cliënten te bespreken. Als je de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (bewijs) in de beroepspraktijk wilt toepassen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de geleverde zorg te verantwoorden, maar ook als je vindt dat evidence-based practice meer is dan alleen (be)handelen op basis van wetenschappelijke literatuur, biedt dit boek wellicht nieuwe invalshoeken door de aandacht voor (andere vormen van) evidence en evidence-informed gezamenlijke besluitvorming.

De uitgangspunten van evidence-based practice moeten ons op z'n minst laten stilstaan bij het effect dat ons beroepsmatig handelen heeft, en waar dit handelen op gebaseerd is. Kortom, we moeten reflecteren op ons handelen in de dagelijkse praktijk om te voorkomen dat we op dezelfde wijze doorgaan, alleen

omdat we het ooit zo geleerd of altijd zo gedaan hebben. Nagaan wat de effecten zijn van ons handelen zou standaard deel moeten uitmaken van professioneel handelen in de zorg.

Van professionals in de zorg wordt tegenwoordig verwacht dat ze up-to-date blijven, oftewel levenslang leren. Individuele beroepsbeoefenaars zouden competenties moeten ontwikkelen waardoor ze toegang krijgen tot bewijs en evidence en op een juiste wijze gebruik kunnen maken van beschikbaar bewijs in de beroepsuitoefening. Met de overweldigende hoeveelheid beschikbare onderzoeken is dat een zeer tijdrovende klus. Tijd is in de gezondheidszorg een schaars goed. Met de beschikbaarheid van evidence-based [richtlijnen](#), (scoping) reviews, [CAT's](#) en allerlei samenvattingen of summaries kunnen bewijs en evidence toch snel gevonden worden.

Zonder context geen bewijs

Over de illusie van
evidence-based
practice in de zorg



raad voor **V**olksgezondheid en
Samenleving

Evidence-based practice gaat over het zoeken naar een balans. Een speciaal aandachtspunt zijn dan ook de dilemma's bij het toepassen van evidence-based practice, zoals het nemen van een afgewogen – evidence-informed – beslissing wanneer er geen bewijs voorhanden is, verschillende onderzoeken elkaar tegenspreken, of bewijs en evidence tegengesteld blijken. In hoofdstuk 12 gaan we hier dieper op in. Wanneer de aandacht niet goed verdeeld is over de verschillende aspecten, kan bijvoorbeeld de financiering of de methodiek centraal komen te staan, of gaat de aandacht uit naar wat de professional moet doen of laten, en niet naar hoe een unieke betrokken relatie eruit kan zien.

De methodiek kan dan eenzijdig, algemeen geldend en disciplinerend worden. Kuiper (2007) pleit voor dialoogsturing in de zorg om disbalans te voorkomen; gezamenlijke besluitvorming is een concrete uitwerking daarvan.

Dit boek bestaat uit drie delen. Het eerste deel, waarvan deze inleiding deel uitmaakt, is een introductie in het gedachtegoed, de methodiek van evidence-based practice en gezamenlijke besluitvorming. Vervolgens wordt in het tweede deel ingegaan op het verzamelen en beoordelen van de collectieve kennis van cliënt en zorgprofessional (de evidence) en van bewijs vanuit verschillende onderzoekstypen (richtlijnen, systematische reviews, interventieonderzoek, diagnostisch onderzoek en kwalitatief onderzoek).

Het is jammer als het enthousiasme waarmee gestart wordt met evidence-based practice omslaat in teleurstelling. Om te voorkomen dat er een kloof ontstaat tussen theorie en praktijk schenken we in het derde deel aandacht aan toepassing van evidence-based practice in de dagelijkse praktijk en evidence-informed besluitvorming.

Wij hopen dat dit boek bijdraagt aan je enthousiasme voor evidence-based practice en je houvast biedt voor de toepassing in de praktijk.

Op de website vind je bij dit hoofdstuk links, video's en oefenvragen om te bekijken of je de stof beheerst.



Om goede en verantwoorde zorg te kunnen bieden, streeft de paramedicus naar evidence-based practice (EBP). EBP is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal (bewijs en evidence) om beslissingen te nemen met individuele cliënten (en/of hun naasten) over goede of gewenste zorg of behandeling.

Het boek is als volgt opgebouwd:

- Deel I is een introductie in het gedachtegoed, de methodiek en gezamenlijke besluitvorming.
- Deel II behandelt het verzamelen en beoordelen van de collectieve kennis van cliënten en paramedici (evidence) en van bewijs vanuit verschillende onderzoekstypen (richtlijnen, systematische reviews, interventie-, diagnostisch en kwalitatief onderzoek).
- Deel III biedt concrete handvatten voor de toepassing van EBP en gezamenlijke besluitvorming in de dagelijkse praktijk.

Deze vijfde druk van **Evidence-based practice voor paramedici** is herzien en geactualiseerd. De website bij het boek **www.evidencebasedpracticevoorparamedici.nl** is verrijkt met video's en oefentoetsen voorzien van feedback bij elk hoofdstuk.

Evidence-based practice voor paramedici is geschreven door professionals en onderzoekers en is bedoeld voor paramedici, studenten en docenten van paramedische opleidingen. Ook beleidsmedewerkers, onderzoekers en managers in de zorg kunnen dit boek gebruiken bij het toepassen en implementeren van EBP in het eigen handelen of in een organisatie.



9 789024 428656 >

www.evidencebasedpracticevoorparamedici.nl
www.boomhogeronderwijs.nl