

Evidence based practice in het buitenschools leren: enkele uitgangspunten

Als hulpverlener en als docent is het belangrijk dat je op de hoogte bent van de laatste ontwikkelingen in je vakgebied. Het laatste decennium wordt veel aandacht besteed aan de wetenschappelijke onderbouwing van diverse beroepen in de gezondheidszorg, de zorg dient 'evidence based' te zijn. In dit artikel wordt geschetst wat de uitgangspunten van de opleidingen zijn en volgens welke methodiek de implementatie wordt aangepakt.

Sandra Beurskens, Erica Baarends, Ingrid Driessen, Tineke Schoot, Annelies Geerbex, Jacques Geraets, Jacques Gielen, Michelle Lacroix, Jessie Lemmens *

■ Wat is evidence based practice?

Voor *Evidence Based Practice* (EBP) volgen we de definitie van Sackett et al (2000): *'Het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal (evidence) om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. Het is een integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren en verwachtingen van patiënten spelen bij de besluitvorming een centrale rol'*. Deze definitie is ook overgenomen door diverse Nederlandstalige leerboeken op het gebied van EBP (Cox et al., 2004; Kuiper et al., 2004; Offringa et al., 2000). EBP berust dus niet alleen op evidence maar op de volgende drie pijlers:

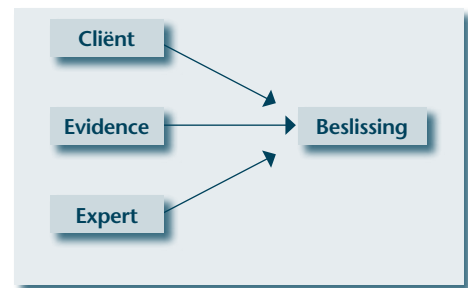
- 1 prognose, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt/cliënt;
- 2 evidence uit wetenschappelijk onderzoek en
- 3 expertise van de professional (Offringa et al, 2003).

In figuur 1 wordt dit schematisch weergegeven.

■ Hoe implementeer je evidence based practice in het onderwijs?

De wijze waarop binnen de gezondheidszorgopleidingen aan EBP aandacht moet worden geschonken, roept vragen op. Hoeveel onderzoeksmethodologie bied je aan? Wat te doen met vakinhoudelijke kennis waarvoor (nog) geen evidence bestaat? Hoe verhoudt EBP zich ten opzichte van vraaggerichte zorg? Hoe neem je beslissingen op basis van de drie pijlers van EBP? Hoe om te gaan met de weerstand die een aantal docenten heeft tegen de 'evidence' golf? Hoe bied je het EBP onderwijs aantrekkelijk aan? Het zijn vragen die in de gezondheidszorgopleidingen (ergotherapie, verpleegkunde, fysiotherapie, logopedie en creatieve therapie) van de Hogeschool Zuyd een belangrijke rol spelen.

Bij elke gezondheidszorgopleiding is sprake van een zogenaamde binnenschoolse en een buitenschoolse periode (de stages). Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is om het onderwijs op het gebied van EBP aan te bieden tijdens het buitenschools leren, omdat dan alleen sprake kan zijn van gedragsverandering (Coomarasamy en Khan, 2004; Dawes et al., 2005). Binnenschools zal de student zich



Figuur 1 De pijlers van van EBP die leiden tot besluitvorming.

hoogstens EBP kennis en vaardigheden eigen kunnen maken en kunnen werken met casussen. Hierdoor heeft de student binnenschools alleen een relatie met de evidence pijler (figuur 1). Terwijl EBP betekent dat beslissingen mede gebaseerd worden op de voorkeuren en verwachtingen van de patiënt/cliënt en de expertise van de professional.

Binnen de Hogeschool werken de gezondheidszorgopleidingen sinds enkele jaren samen in een werkgroep aan onderwijs op het gebied van EBP. Het afgelopen jaar lag de nadruk op het buitenschools leren. Het samenwerken met diverse disciplines dwong de werkgroep om een aantal uitgangspunten met betrekking tot EBP onderwijs in het buitenschools leren expliciet te formuleren. Verder is er voor gekozen om de implementatie systematisch aan te pakken.

In de box (pagina 26) worden de uitgangspunten van de gezondheidszorgopleidingen kort samengevat weergegeven.

■ Uitgangspunt 1: Kritische attitude

Het werken volgens EBP uit zich in de praktijk in een bepaald gedrag waarbij een kritische attitude van zowel de student als de begeleiders een essentieel uitgangspunt is. Dit uit zich in een kritische reflectie op het handelen en het stellen van 'waarom' vragen. Het ontwikkelen van een kritische attitude sluit aan bij wat er van een moderne HBO professional in het kader van 'life long learning' verwacht wordt.

■ Uitgangspunt 2: EBP integreren in het methodisch handelen

Integratie van EBP in de zorg vindt plaats door deze te integreren in het methodisch handelen (zie hiervoor figuur 2).

Aan studenten wordt gevraagd om bij belangrijke beslissingen alle drie de pijlers mee te nemen. Hierdoor is EBP niet een aparte competentie, maar een onderdeel van andere competenties. Bij onderwijs dat binnenschools wordt aangeboden, zullen de pijlers van de patiënt en expertise aangereikt moeten worden in casussen. Tijdens buitenschools leren kunnen studenten zelf de patiënt en evidence pijler verzorgen, voor de expert pijler kan in eerste instantie gebruik worden gemaakt van de kennis en kunde van begeleiders.

■ Uitgangspunt 3: EBP en vraaggericht werken gaan samen

Als we kijken naar de definitie van vraaggerichte zorg, zien we dat de rol van evidence ook een plaats krijgt: 'Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van cliënt en hulpverlener die erin resulteert dat de cliënt hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden' (RVZ, 1998). Het professioneel handelen zal zich altijd moeten richten naar de laatste stand van zaken en de specifieke situatie van de cliënt. Het omgaan met spanningvelden tussen EBP en vraaggerichte zorg is niet eenvoudig en roept veel vragen op (Van Oorsouw en Beurskens, 2006; Schoot et al., 2006; Schoot, 2007).

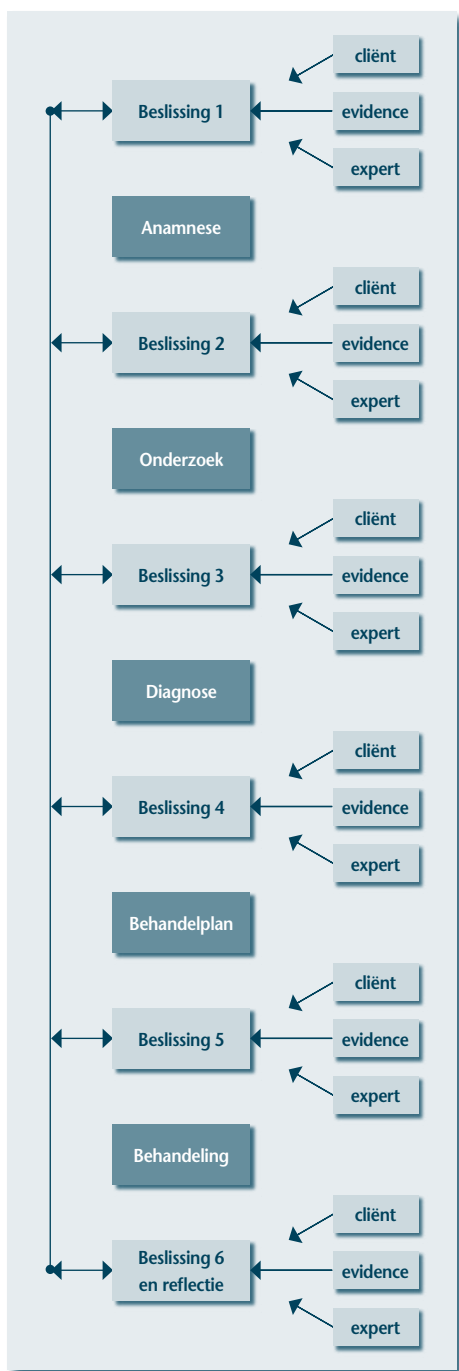
■ Uitgangspunt 4: EBP als volger, gebruiker en expert

Binnen het onderwijs op het gebied van EBP onderscheiden Vos (2005) en Straus et al. (2004) drie groepen professionals: volgers, gebruikers en experts. 'Volgers' zijn degenen die louter geldende richtlijnen aanhouden en instructies of adviezen van EBP-experts opvolgen. 'Gebruikers' zijn degenen die startend vanuit een klinische vraag, zelf via internet en databases op zoek gaan naar evidence, deze evalueren op kwaliteit en toepassen. De 'experts' zijn degenen die in complexe situaties zelfstandig hun besluitvorming kunnen onderbouwen en de 'volgers' en 'gebruikers' terzijde staan.

Het uitgangspunt binnen onze gezondheidszorgopleidingen is dat we van onze studenten verwachten dat ze 'volger' zijn vanaf het begin van de opleiding en een 'gebruiker' aan het einde van de opleiding. Studenten hebben voldoende in huis om na de opleiding door te groeien als 'expert'. Het kan zijn dat een individuele student in de afstudeerfase of in een minor als een 'expert' de diepte ingaat bij bepaalde vraagstellingen, maar dit is niet het uitgangspunt voor alle studenten.

■ Uitgangspunt 5: Positieve attitude van de begeleiders

Bij het onderwijs op het gebied van EBP tijdens het buitenschools leren zijn drie groepen betrokken: studenten, docentbegeleiders en praktijkbegeleiders. De praktijkbegeleiders nemen als rolmodel tijdens de stage een gedeelte van de opleiding voor hun rekening. Het is bekend dat zij vooral een kritische rol spelen in de ontwikkeling van een optimale leeromgeving van de student (Blokhuys en Nijhof, 2006; Bonello, 2001). Belangrijk is dat praktijkbegeleiders zelf positief staan ten opzichte van EBP en zelf op zijn minst op het niveau van 'gebruiker' EBP toe moeten kunnen passen. Ze hoeven geen 'expert' te zijn om als rolmodel voor de student te dienen. Belangrijker is dat ze de student motiveren in het kritisch zijn en het stellen van waarom vragen, waardoor studenten kunnen experimenteren met de aangeleerde EBP methoden.



Figuur 2 Het methodisch handelen en de drie pijlers van EBP

■ De implementatie methodiek

In het onderwijs worden vaak vernieuwingen geïmplementeerd zonder dat van tevoren geïnventariseerd wordt wat het probleem is en hoe de vernieuwingen het beste aangepakt kunnen worden. Actieve implementatiestrategieën hebben het meeste effect (Grimshaw en Shirran, 2001; Grol en Jones, 2000). Voor het in kaart brengen van bevorderende en belemmerende factoren is een goede probleemanalyse cruciaal. Omdat het implementeren van EBP in het buitenschools leren complex is, hebben we ervoor gekozen om de implementatie systematisch aan te pakken. Er zijn diverse implementatiemodellen die veel overeenkomsten vertonen. Wij hebben gekozen voor het model van Grol en Wensing (2006). In dit model zijn 5 stappen te onderscheiden:

1. Formuleren van een heldere doelstelling en vraagstelling
2. Het uitvoeren van een diagnostische analyse van de doelgroep en de setting
3. Het ontwikkelen en selecteren van strategieën en methoden voor implementatie
4. Het testen en uitvoeren van het implementatieplan
5. Het evalueren van het implementatieplan

Hieronder zal ter illustratie kort per fase aangegeven wordt hoe een invulling per fase er uit ziet. Wat er in het voorbeeld staat hoeft niet te gelden voor elke opleiding.

Fase 1: Doel- en vraagstelling

De hoofddoelstelling is het gefaseerd implementeren van EBP in de stage bij een selectie van de stageadressen. Om de hoofddoelstelling te bereiken dienen de volgende vraagstellingen te worden beantwoord:

- Welke factoren bevorderen en belemmeren de implementatie van EBP activiteiten in de stage (fase 2)?
- Op welke wijze moet het onderwijs worden aangeboden om een succesvolle implementatie te realiseren (fase 3 en 4)?
- Heeft implementatie van EBP onderwijs in de stage succesvol plaatsgevonden (fase 5)?

Fase 2: Diagnostische analyse van de doelgroep en setting

In de diagnostische fase worden met behulp van literatuuronderzoek en semi-gestructureerde interviews belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht. De doelgroep bestaat uit: studenten, praktijkbegeleiders, docentbegeleiders, planningsgroep van de stage, EBP werkgroep van de opleiding. Een selectie van de doelgroep wordt geïnterviewd. Met betrekking tot de praktijksetting wordt onderscheid gemaakt worden tussen intramurale en extramurale praktijkinstellingen.

Op basis van *literatuur* over implementatie van EBP is een topiclijst gemaakt voor de interviews. In de interviews komen onder andere de volgende aspecten aan bod:

- Hoe is de attitude en de individuele bereidheid? Wat zijn huidige kennis en vaardigheden op het gebied van EBP? Hoe zijn de huidige randvoorwaarden (beschikking over literatuur, internet, tijd)? Op welke wijze wordt EBP op dit moment in de dagelijkse praktijk toegepast (feitelijk gedrag)? Worden er meetinstrumenten gebruikt?
- Wat zijn volgens studenten, praktijk- en docentbegeleiders bevorderende en belemmerende factoren voor het implementeren van de EBP activiteiten? Aan welke scholing en ondersteuning hebben ze behoefte?

Nieuwe bevorderende en belemmerende factoren die tijdens de interviews aan bod komen worden aan de topiclijst toegevoegd. De gesprekken worden op tape opgenomen, vervolgens samengevat en de inhoud wordt teruggekoppeld naar de respondenten.

Fase 3: Ontwikkeling van strategieën en methoden voor implementatie

In deze fase worden eerst de belemmerende en bevorderende factoren voor een succesvolle implementatie geordend. Op basis daarvan worden disseminatie en implementatiestrategieën ontwikkeld. Voor de implementatie bestaat er geen meest effectieve methode (Grimshaw et al., 2001). Tegelijkertijd een variëteit aan strategieën bewandelen, gericht op barrières, geeft het optimale resultaat (Grol en Wensing, 2006). Dit betekent dat de geselecteerde strategieën moeten aansluiten bij de bevorderende en belemmerende factoren. De strategieën kunnen zich richten op de student, docent, stagebegeleider, het onderwijsmateriaal en op de sociale context, financiën en organisatie.

Fase 4: Testen en uitvoeren van het implementatieplan

In deze fase worden de strategieën die in fase 3 zijn ontwikkeld uitgetest. Het hele implementatieproces wordt gefaseerd uitgevoerd. Bij educatieve strategieën betekent dit dat er gestart wordt met het uittesten van het scholingsmateriaal in een kleine groep goed gemotiveerde praktijkinstellingen. Vervolgens wordt het materiaal geëvalueerd en bijgesteld en gebruikt voor de scholing van de hele doelgroep.

Fase 5: Evaluatie en bestellen van het plan

Bij de evaluatie van het implementatieplan wordt de uitkomst en het proces geëvalueerd en wordt nagegaan in hoeverre de implementatie succesvol was.

■ Beschouwing

In dit artikel zijn de uitgangspunten voor het (buitenschools) EBP onderwijs van de gezondheidszorgopleidingen van de Hogeschool Zuyd weergegeven. Geschetst is dat studenten alleen 'gebruiker' van EBP kunnen worden als er tijdens het buitenschools leren expliciet aandacht aan EBP wordt besteed. De kennis en vaardigheden kunnen tijdens de binnenschoolse periode verworven worden, maar het daadwerkelijke doen moet in het werkveld gebeuren. Het gezamenlijk formuleren van de uitgangspunten van EBP

hebben we als zeer waardevol ervaren. Het heeft het draagvlak voor het EBP onderwijs vergroot en inzicht gegeven in de culturen van de opleidingen. Samenwerken hoeft niet te betekenen dat opleidingen hetzelfde moeten doen. Elke opleiding kan zijn eigen accenten leggen.

Deze onderwijsvernieuwing wordt systematisch aangepakt. Op basis van een probleem-analyse bij de betrokkenen wordt het onderwijs vormgegeven en geïmplementeerd. Dit kost meer tijd maar op deze wijze wordt het draagvlak vergroot, kunnen in een vroeg stadium problemen opgelost worden en is de kans van slagen groter.

Momenteel is de tweede fase, de diagnostische fase, bij alle gezondheidszorgopleidingen afgerond en worden er strategieën ontwikkeld en uitgetest. In een volgende publicatie zullen we de resultaten van deze en de andere fasen presenteren.

Uitgangspunten bij EBP onderwijs:

- 1 Het ontwikkelen van een kritische attitude is binnen het EBP onderwijs een belangrijk onderdeel.
- 2 Aandacht voor de drie pijlers (evidence, de klinische expertise en de voorkeuren en verwachtingen van de cliënt) binnen het methodisch handelen.
- 3 Vraaggerichte zorg en evidence based practice kunnen samen.
- 4 Studenten zijn 'volger' van EBP vanaf het begin van de opleiding en 'gebruiker' aan het einde.
- 5 Praktijkbegeleiders moeten een positieve attitude hebben t.a.v. de EBP opdrachten van de studenten en hen motiveren.

Referenties

- Blokhuis FTL, Nijhof WJ. Effecten van evidence based design voor werkplekleren. *Pedagogische Studiën*. 2006;83(5): 354-65.
- Bonello M. Fieldwork within the context of higher education: a literature review. *British Journal Occupational Therapy* 2001;64(2):93-9.
- Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ* 2004;329:1017-21.
- Cox K, Louw D de, Verhoef J, Kuiper C. Evidence based practice voor verpleegkundigen. *Methodiek en implementatie*. Utrecht: Uitgeverij Lemma, 2004.
- Dawes M, Summerskill W, et al. Sicily statement on evidence based practice. *BMC Med Educ* 2005;5(1):1-7.
- Grimshaw JM, Shirran L, e.a. Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews on interventions. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):II2-45.
- Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2006.



Foto: Rod Pieper

- Grol R, Jones R. Twenty years of implementation research. *Family Practice* 2000;17 Suppl 1: S32-5.
- Kuiper C, Verhoef J, Louw D de, Cox K. Evidence based practice voor paramedici. *Methodiek en implementatie*. Utrecht: Uitgeverij Lemma, 2004.
- Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in evidence based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.
- Oorsouw G van, Beurkens S. EBP en vraaggerichtheid: een paar apart? *Stimulus* 2006;25:16-28.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes SR. Evidence-based medicine. How to practice and Teach EBM. Churchill Livingstone, 2000
- Schoot T, Proot I, Legius M, ter Meulen R, de Witte L. Client-centred home care: balancing between competing responsibilities. *Clinical Nursing Research* 2006;15(4):1-24.
- Schoot T. Leren balanceren: hanteren van spanningsvelden rond cliëntgecentreerde zorg. *Onderwijs en Gezondheidszorg* 2007;3:3-7.
- Straus SE, Green ML. Evaluating the teaching of evidence based medicine: conceptual framework. *BMJ* 2004;329:1029-32.
- Vos R de. Evidence based practice. De steen van Sisyphos in de klinische praktijk? Lectorale rede. Amsterdam, Hogeschool van Amsterdam, 2005.

Correspondentieadres

Dr. Sandra Beurskens, Lector Kenniskring Autonomie en Participatie van chronisch zieken. Platform gezondheidszorg, Hogeschool Zuyd, Postbus 550, 6400 AN Heerlen. E-mail: s.beurskens@hszuyd.nl.

*** Dr. Sandra Beurskens, Dr. Erica Baarends, Drs. Ingrid Driessen, Dr. Tineke Schoot, Drs. Annelies Geerbex, Jacques Geraets, Drs. Xandra Gielen, Drs. Michelle Lacroix en Drs. Jessi Lemmens** zijn werkzaam aan de Hogeschool Zuyd.