

## Evidence based practice; een kritische reflectie

Guus Munten, Karen Cox, Henk Garretsen, Joop van den Bogaard\*

*Hoewel evidence based practice (EBP) voortkomt uit de geneeskunde, krijgt het begrip in de verpleegkunde ook steeds meer aandacht. In dit artikel wordt allereerst ingegaan op de wijze waarop EBP meestal wordt ingevuld, waarna kritisch geanalyseerd wordt welke nadelen aan deze invulling verbonden zijn. Vervolgens worden mogelijkheden geschetst om EBP op een ruimere manier in te vullen, zodat meer recht wordt gedaan aan de voorkeuren én deskundigheid van de cliënt en de klinische expertise van de verpleegkundigen. Dit geïntegreerde model van EBP zal als basis dienen voor een promotieonderzoek in de GGZ Eindhoven en de Kempenstreek en de GGZ Midden-Brabant.*

### Het ontstaan

In de gezondheidszorg is een goede kwaliteit van de geboden zorg een voortdurend onderwerp van gesprek. De zorg dient bij te dragen aan voor de cliënt gewenste resultaten en daarbij zo effectief en zo efficiënt mogelijk te worden aangeboden. Hulpverleners spelen hierin een cruciale rol, aangezien zij voortdurend beslissingen nemen die van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg.

Aandacht voor de kwaliteit van de zorg is, evenals het gebruik van onderzoeksresultaten bij het klinisch handelen, niet nieuw. In 1992 ontstaat, op de McMaster's Universiteit in Hamilton in Canada, de evidence based beweging, die expliciet probeert de kwaliteit van medische zorg te verbeteren door het handelen te baseren op het met behulp van wetenschappelijk onderzoek verkregen, best beschikbare bewijs. Hier wordt de naam Evi-

dence Based Medicine aan verbonden (Sackett et al., 2000).

Invallende behoort evidence based werken tot een van de wereldwijde trends in de internationale gezondheidszorg (Kitson, 2004). Aangezien de evidence based werkwijze niet voorbehouden is aan een bepaalde discipline, maar juist toepasbaar is voor alle professionals in de gezondheidszorg, wordt in plaats van het benadrukken van een specifieke discipline zoals in Evidence Based Medicine of Nursing, steeds meer gebruikgemaakt van de generieke term evidence based practice.

### Wat is EBP en wat is de gebruikelijke werkwijze?

Evidence based practice wordt op verschillende manieren gedefinieerd.

In de eerste publicatie over Evidence Based

---

\* Drs. Guus Munten is docent van de Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven en verbonden aan het lectoraat 'Implementatie en evaluatie van EBP in de verpleegkundige en fysiotherapiepraktijk'. Contactgegevens: A.Munten@fontys.nl.

Dr. Karen Cox is lector van de kenniskring 'Implementatie en evaluatie van EBP in de verpleegkundige en fysiotherapiepraktijk' van de Fontys Hogeschool Verpleegkunde en Fontys Paramedische Hogeschool.

Prof. Dr. Henk Garretsen, is hoogleraar aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen en Organisatiewetenschappen, Universiteit van Tilburg, coördinator van de onderzoeksgroep Tranzo, verbonden aan de Universiteit van Tilburg.

Dr. Joop van den Bogaard is sociaal psycholoog; stafmedewerker onderzoek GGZ Midden-Brabant (Tilburg); Science-practitioner bij de onderzoeksgroep Tranzo, verbonden aan de Universiteit van Tilburg.

Medicine in 1992 wordt het concept omschreven als: *the process of systematically finding, appraising, and using contemporaneous research findings as the basis for clinical decisions* (Anonymous).

In deze omschrijving wordt dus de nadruk gelegd op het gebruikmaken van wetenschappelijk onderzoek in de klinische besluitvorming.

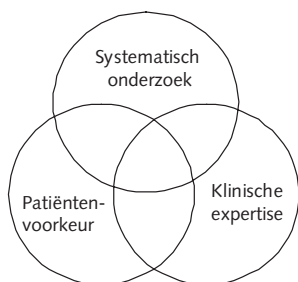
Sackett et al. (1996) breidden naderhand de omschrijving uit door de klinische expertise van de beroepsbeoefenaar er aan toe te voegen, aangezien zij EBM definiëren als: *the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research*.

Klinische expertise wordt hierbij omschreven als: *the ability to use clinical skills and past experience to rapidly identify each patient's unique health state, individual risks, benefits of potential interventions, and personal values and expectations*.

Weer enkele jaren later, wordt degene waar het in de gezondheidszorg om draait, de cliënt, toegevoegd aan de omschrijving van EBP. De vorige definitie wordt dan vervangen door: *the integration of best evidence with clinical expertise and patient values* (Sackett et al., 2000).

Deze patient values worden omschreven als *unique preferences, concerns, and experiences each patient and family bring to the clinical encounter, which should be integrated into clinical decisions*.

Grafisch weergegeven ziet de latere opvatting van Sackett et al. (2000) er als volgt uit:



Hoewel er diverse auteurs (DiCenso et al., 1998; Haynes et al., 2002; Rycroft-Malone et

al., 2004) zijn die EBP op een andere manier weergegeven, wordt in dit artikel bovenstaand model aangehouden omdat dit vaak wordt opgevoerd en de basis vormt voor de andere modellen.

Evidence based practice bestaat volgens Sackett et al. (2000) uit een vijftal opeenvolgende stappen die een hulpverlener idealiter zet om een klinisch probleem zo goed mogelijk op te lossen:

- 1 Op de eerste plaats dient het klinisch probleem waarmee een cliënt naar een hulpverlener komt, vertaald te worden in een beantwoordbare vraag.
- 2 Met behulp van deze vraag gaat de hulpverlener onderzoekspublicaties opsporen waarmee de vraag kan worden beantwoord.
- 3 Deze gevonden publicaties worden kritisch beoordeeld op validiteit, relevantie en toepasbaarheid.
- 4 Vervolgens worden de uitkomsten van deze beoordeling geïntegreerd met de klinische expertise van de hulpverlener en de voorkeuren van de cliënt.
- 5 Waarna de hulpverlener tot slot na gaat, in hoeverre de voorgaande stappen effectief en efficiënt zijn verlopen, zodat deze een volgende keer eventueel beter kunnen worden gezet.

Het moge duidelijk zijn dat deze manier van werken veel eisen stelt aan de kwaliteiten van een individuele hulpverlener. Verschillende auteurs (Dunn et al., 1997; Kajermo et al., 1998; Mitchell, 1999; Parahoo, 2000; Bryar et al., 2003) geven aan dat de voor deze stappen benodigde kennis bij veel onderzochte verpleegkundigen ontbreekt, zodat dit een barrière is die, naast de context waarin verpleegkundigen werkzaam zijn (Funk et al., 1991; McCormack et al., 2002), een hindernis vormt bij het implementeren van onderzoeksresultaten in de verpleegkundige praktijk.

Daarnaast is de hierboven beschreven werkwijze tijdrovend, zodat steeds meer beroepsgroepen kiezen voor een efficiëntere aanpak waarin op onderzoek gebaseerde richtlijnen worden opgesteld. Professionals kunnen vervolgens deze richtlijnen toepassen door deze te integreren met hun expertise en de voorkeuren van de cliënt.

## Kritische beschouwing

Verscheidende auteurs (Kitson, 2002; Cox et al., 2004; Rycroft-Malone et al., 2004) merken op dat, hoewel in EBP het belang wordt onderscheiden van zowel systematisch onderzoek, de cliëntenvoorkeur én de klinische expertise, in de uitwerking van EBP hoofdzakelijk wordt ingezoomd op de cirkel van het systematisch onderzoek.

Deze beperkte, 'smalle' opvatting van wat EBP is, is terug te vinden in de hoeveelheid publicaties (Drake, 2001; Higgitt, 2002; Tittler, 2004; Torrey, 2001) waarin geconcludeerd wordt dat er onvoldoende evidence based wordt gehandeld. Met deze conclusie wordt stevast bedoeld dat de klinische besluitvorming in onvoldoende mate gebaseerd is op onderzoeksresultaten. In hoeverre het handelen gebaseerd is op de voorkeuren van de cliënt of de deskundigheid van de hulpverlener, lijkt voor het oordeel 'evidence based of niet' niets, of, in elk geval, veel minder uit te maken.

Daarnaast is deze 'smalle' opvatting van EBP te herkennen in de hoeveelheid publicaties (Funk et al., 1991; Haynes & Haines, 1998; Humphris et al., 2000; McCloughen, 2001; Mullhall, 2002; Olade, 2004) waarin gekeken is naar barrières die hulpverleners ervaren bij het toepassen van onderzoeksresultaten (in plaats van het gebruikmaken van de eigen expertise of de voorkeur van de cliënt) in het klinisch handelen.

Vanuit deze 'smalle' invulling van EBP is het dan ook logisch dat de oplossing voor het probleem dat verpleegkundigen niet voldoende evidence based werken, met name wordt gezocht in het ondersteunen van hulpverleners in het zoeken, beoordelen en toepassen van onderzoeksgegevens.

Op grond hiervan concluderen French (2002) voor de verpleegkunde en Williams & Garner (2002) voor de psychiatrie, dat het gebruik van de term evidence based practice eigenlijk niets toevoegt aan de al jaren bestaande traditie voor kwaliteitsverbetering en op onderzoek gebaseerde praktijkvoering.

## Kwantitatief én kwalitatief onderzoek

Binnen de dominante kennisbron van het we-

tenschappelijk onderzoek valt op dat de uitkomsten van kwantitatief onderzoek in het algemeen, en de systematische reviews van de Randomized Clinical Trial (RCT) in het bijzonder, bij interventieonderzoek tot het sterkste bewijs worden gerekend (Kerridge et al., 1998; Offringa et al., 2000; Straus, 2000; Kitson, 2002; Upshur, 2003; Lindsay, 2004). De RCT wordt over het algemeen gezien als de 'gouden standaard'.

Toch is deze opvatting niet onomstreden. Zo somt Van Meijel (2003) verschillende beperkingen van de RCT op en bekritisieren verschillende andere auteurs (Mitchell, 1999; Kitson, 2002; Anthony, 2003; Cox & Titcher, 2003) de status van de gouden standaard door te benadrukken dat het realiseren van cliënt-gerichte zorg voor een groot deel wordt bepaald door het proces dat zich afspeelt tussen een unieke cliënt en een individuele zorgverlener. Dit standpunt wordt ondersteund door onderzoek (Frank & Gunderson, 1990; Horvath & Luborsky, 1993) dat laat zien dat de kwaliteit van de hulpverlenersrelatie van invloed is op de behaalde zorgresultaten.

Dit betekent dat niet alleen de interventie, die door middel van de RCT's vaak wordt onderzocht, van belang is, maar dat er daarnaast ook gekeken dient te worden gekeken naar de manier waarop de interventie wordt uitgevoerd, in hoeverre deze op maat van de cliënt gemaakt is en hoe de cliënt de relatie met de hulpverlener ervaart. Deze aspecten zijn veel meer onderzoeksobject in de kwalitatieve onderzoeksmethoden dan de, in de bij EBP dominante, kwantitatieve manier van onderzoek doen.

Een RCT biedt wél houvast bij het beoordelen van de effectiviteit van een bepaalde interventie, maar geen inzicht in de reden waarom een interventie effectief is en welke processen bijdragen aan die effectiviteit (Garretsen, 2001; Van Meijel, 2003).

Kwalitatief onderzoek, waarbij gebruikge maakt wordt van het cliëntenperspectief, is hiervoor bij uitstek geschikt en biedt bovendien de mogelijkheid om te exploreren wat de symptomen, de interactie en de interventies voor de cliënt betekenen (Mays & Pope, 2000; Kitson, 2002; Van der Laan, 2003; Van Meijel 2003).

Op grond van deze argumenten wordt in dit artikel de vaak gehanteerde hiërarchie in be-

wijskracht van bepaalde designs niet onderschreven, maar wordt in navolging van andere auteurs (DiCenso et al., 1998; Bonell, 1999; Garretsen, 2001; Kitson, 2002; Van der Laan, 2003; McCormack, 2004) gepleit voor het gebruik van multiële onderzoeksmethoden, waarbij de koppeling tussen de onderzoeksvraag en het gehanteerde design de bewijskracht bepaalt, in plaats van het onderzoeksdesign op zichzelf.

Kwantitatief experimenteel onderzoek is en blijft noodzakelijk om effecten van interventies vast te kunnen stellen. Maar aangezien de context van dat type onderzoek afwijkt van de complexe dagelijkse praktijk, dient kwantitatief onderzoek vergezeld te worden van kwalitatief onderzoek, waarin wél aandacht geschonken wordt aan de context en de processen die zich daarin afspelen.

### **Gevolgen dominantie wetenschappelijk onderzoek**

In bovenstaande opvatting van EBP wordt evidence dus voornamelijk opgevat als bewijs dat afkomstig is uit kwantitatief wetenschappelijk onderzoek en dat gebruikt wordt ter ondersteuning van een klinische beslissing over bijvoorbeeld een diagnose of een interventie. Dit bewijs wordt dus betrouwbaarder geacht dan de voorkeur van de cliënt en de klinische ervaring die opgebouwd is door jarenlange praktijkervaring van de hulpverlener (Kitson, 2002).

Het focussen op het toepassen van onderzoeksresultaten heeft uiteraard gevolgen voor de aandacht die de overige twee kennisbronnen, de klinische expertise en de cliëntenvoorkeur, uit het model van Sackett et al. (2000) hebben gekregen.

Hoewel de cliëntenvoorkeur volgens Offringa et al. (2000) een centrale plaats moet innemen in het evidence based werken, heeft deze door het benadrukken van het toepassen van onderzoeksresultaten beperkt aandacht gekregen. Recent heeft dit in Nederland ertoe geleid dat de Stichting Pandora, die de belangen behartigt van (ex-)psychiatrische cliënten, de op basis van evidence (lees wetenschappelijke onderzoeksresultaten) opgestelde multidisciplinaire richtlijn Depressie, niet heeft ondertekend. De Stichting was van mening

dat het patiëntenperspectief onvoldoende in de richtlijn was terug te vinden en in de richtlijn niet was vertrokken vanuit het perspectief van de cliënt, maar eenzijdig vanuit effectiviteit van een geïsoleerde interventie inzake het meetbaar verminderen van klachten (Knuttel, 2004).

Verschillende andere auteurs (Faulkner & Thomas, 2002; Kitson, 2002; Trivedi & Wykes, 2002) wijzen eveneens op het feit dat cliënten andere prioriteiten stellen dan professionals. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Tallon et al., (2000), zodat er wordt gepleit (Faulkner & Thomas, 2002; Trivedi & Wykes, 2002) voor een actieve rol van de cliënt in kennisontwikkeling of onderzoek.

Een tweede consequentie van het benadrukken van het toepassen van wetenschappelijk onderzoek, is de beperkte aandacht die geschonken wordt aan het expliciteren van de klinische ervaringen van hulpverleners. Hierdoor komen deze ervaringen niet beschikbaar voor andere professionals en voor het wetenschappelijk onderzoek, zodat in de praktijk geen nieuwe kennis wordt ontwikkeld en getoetst. Bovendien bieden deze ervaringen bij het implementeren van EBP een gezamenlijk vertrekpunt van waaruit de zorg verder verbeterd kan worden.

Een derde gevolg is de onduidelijkheid op welke manier de integratie tussen de voorkeur van de cliënt, de klinische expertise én het wetenschappelijk onderzoek plaats dient te vinden, zodat de cliënt de zorg krijgt die aansluit bij zijn situatie en behoefte.

Op deze gevolgen wordt in het vervolg van dit artikel verder ingegaan.

### **Cliëntenvoorkeur**

Eén van de eisen die aan de zorg wordt gesteld, is dat deze behalve effectief en efficiënt, ook cliëntgericht is. De aandacht voor cliëntgerichtheid is op verschillende manieren in de gezondheidszorg terug te vinden.

Op de eerste plaats is deze aandacht, op zijn minst op papier, bij vrijwel elke zorgorganisatie terug te vinden in de in beleidsplannen geformuleerde visie en de daarin gehanteerde begrippen 'zorg op maat' of 'cliëntgerichte zorg'. Hierdoor lijkt het vanzelfsprekend dat

de cliënt, met diens voorkeur, centraal staat. Daarnaast is het centraal stellen van de cliënt waar te nemen in de wetgeving (bijvoorbeeld de WGBO) en in het feit dat overheden stimuleren cliëntengroeperingen bij de planning van de gezondheidszorg en de ontwikkeling van richtlijnen te betrekken. De veronderstelling die hieraan ten grondslag ligt, is dat het betrekken van cliënten er toe leidt dat de zorg toegankelijker wordt en beter aansluit op de wensen van de cliënt, en dat de gezondheid en de kwaliteit van leven worden verbeterd (Crawford et al., 2002).

### **Wat is het belang van de cliëntenvoorkeur?**

Schickler (2004) geeft, in navolging van Williams & Wood (1986), verschillende redenen waarom het van belang is de perceptie van de cliënt te kennen, waarbij het leren kennen en begrijpen van het perspectief van de ander en de prioriteiten die deze stelt, het belangrijkste zijn. Hierdoor ontstaat voor de verpleegkundige de mogelijkheid de ander te begrijpen in zijn context, zodat vanuit dit begrip een gemeenschappelijk doel nagestreefd kan worden.

Ten aanzien van de manier waarop het perspectief van de cliënt en diens voorkeur in de besluitvorming geïntegreerd kunnen worden, geven Colyer & Kamath (1999) aan dat dit kan plaatsvinden door de problemen vanuit het cliëntperspectief te inventariseren en te prioriteren.

Daarnaast kan de cliënt betrokken worden door de kenmerken van de interventie, zoals hij die waarneemt en de baat, zoals hij die ervaart, te bepalen (Williams & Garner, 2002; Cooper, 2003; Melief, 2003). Hierdoor meet de cliënt aan zijn eigen normen in hoeverre de interventie adequate effecten heeft gehad. Deze evidence kan dan tevens gebruikt worden ter onderbouwing van een goede praktijkvoering.

Op deze manier wordt de effectiviteit van de geboden zorg afgemeten aan de mate waarin de zorg succesvol tegemoet komt aan de behoeften van de cliënt (Van der Laan, 2003). Dit betekent dat de effectiviteit van een interventie bepaald dient te worden met behulp van, voor de cliënt, relevante uitkomstmaten. Bovendien doet het bevragen van de cliënt op

de ervaren 'baat', recht aan de opvatting dat de cliënt de deskundige bij uitstek is (Van der Laan, 2003).

De cliënt, zeker iemand met een langdurige ziekte, is immers degene die vanuit ervaring bij uitstek weet wat de gevolgen van de ziekte zijn, op welke manier daar het beste mee geleefd en omgegaan kan worden en welke uitkomstmaat voor hem het meest relevant is. Op grond hiervan is het dan ook meer gepast om te spreken van 'ervaringsdeskundigheid' dan van cliëntenvoorkeur.

In het kader van de implementatie van evidence based practice houdt dit in dat cliënten (uiteraard indien ze dit willen) actief betrokken dienen te worden bij het prioriteren van onderwerpen die zich lenen voor verbetering van de praktijkvoering en het bepalen van de relevante uitkomstmaten.

Het betrekken van de cliënt veronderstelt een actieve cliënt die meedenkt over de te nemen beslissingen. Verschillende auteurs (Waterworth & Luker, 1990; Deber, 1994; McKinstry, 2000) wijzen er echter op dat niet alle cliënten een dergelijke actieve rol willen innemen.

De mate waarin cliënten dat willen, hangt onder andere samen met de aard van het probleem. Zo blijkt bij problemen op psychosociaal gebied én op het gebied van leefstijl, de voorkeur uit te gaan naar een participatieve besluitvorming, terwijl bij ernstige lichamelijke problemen de voorkeur uitgaat naar een hulpverlener die meer directief de beslissing neemt (Savage & Armstrong, 1990; McKinstry, 2000). Daarnaast blijkt de voorkeur voor de mate waarin cliënten betrokken willen worden samen te hangen met de sociale klasse, opleidingsniveau, leeftijd en de opgedane ervaringen met hulpverleners tot dusver (Casileth et al., 1980; Savage & Armstrong, 1990; McKinstry, 2000). Op grond van voorgaande wordt, in navolging van McKinstry (2000), geadviseerd dat verpleegkundigen elke keer dienen vast te stellen op welk moment en in welke mate cliënten betrokken willen en kunnen worden in de besluitvorming.

### **Klinische expertise**

De klinische expertise waaruit de professio-

nal put, wordt door verschillende auteurs (Benner, 1984; Carroll, 1988; Higgs & Titchen, 1995; French, 1999; Rycroft-Malone et al., 2004) tacit knowledge genoemd. Deze kennis is zelden in de wetenschappelijke literatuur te vinden, maar is in de praktijk aanwezig, intuïtief van aard en gebaseerd op ervaring.

Het belang van het gebruiken van zowel deze kennis als de kennis uit wetenschappelijk onderzoek, wordt door Colyer & Kamath (1999) benadrukt door aan te geven dat de praktijk zonder klinische expertise 'getiranniseerd' zou worden door niet toepasbare of niet geschikte kennis, terwijl de praktijk zonder wetenschappelijk onderzoek het risico loopt dat de zorg ineffectief en inefficiënt is.

In de literatuur met betrekking tot de klinische expertise zijn twee richtingen te onderscheiden waarin de klinische expertise op verschillende niveaus een rol speelt.

In de ene richting is het de taak van de professional om op een 'juiste' manier een beslissing te nemen, samen met de cliënt, ten aanzien van wat er aan de hand is en wat er vervolgens aan gedaan moet worden. Bij deze beslissing, die op microniveau tussen cliënt en hulpverlener wordt genomen, dient evidence vanuit wetenschappelijk onderzoek met behulp van de klinische expertise te worden toegepast. De expertise van de professional staat hierbij ten dienste van de klinische besluitvorming op microniveau. In deze situatie wordt geen kennis/evidence geproduceerd, maar wordt de professional gezien als degene die zich tussen de cliënt en de wetenschappelijke kennis opstelt en die over-en-weer filtert, bemiddelt en vertaalt (French, 1999; Van der Laan, 2003). De professional integreert hierbij zijn intuïtieve kennis en de empirische kennis door te beoordelen of het uitgevoerde onderzoek relevant is voor de eigen context (French, 1999). RCT's leveren immers informatie op over groepen mensen in plaats van informatie over een individuele zorgvrager (Williams & Garner, 2002).

Het in de inleiding van dit artikel weergegeven stappenmodel is een exemplarisch voorbeeld van de opvatting dat een professional, met behulp van zijn expertise, kennis toepast.

In de andere opvatting is de professional, naast degene die evidence uit wetenschappe-

lijk onderzoek toepast, ook degene die samen met de cliënt klinische evidence of practice based evidence genereert.

Deze invulling van klinische expertise is onder andere te vinden bij verschillende auteurs (Higgs & Titchen, 1995; Kitson, 2002; Cox & Titchen, 2003; Van der Laan, 2003; Titchen & McGinley, 2003). In deze benadering staat de klinische expertise niet alleen ten dienste van de directe cliëntenzorg, maar levert deze daarnaast een bijdrage aan de kennis- en praktijkontwikkeling.

Een professional die handelt vanuit deze opvatting is iemand die reflecteert door zich de vraag te stellen of zijn interventies bijdragen aan door de cliënt gewenste resultaten in een specifieke context. Hij verleent hulp en verricht daarnaast onderzoek naar de effectiviteit van het eigen handelen. In de academische werkplaatsen die in Nederland op diverse plaatsen worden opgericht, valt eveneens de trend te bespeuren om de praktijk en het onderzoek meer hand in hand te laten gaan dan in het verleden het geval was.

In de literatuur worden verschillende manieren, zoals: casestudies (Le May, 1999; Kitson, 2002; Van der Laan, 2003; Titchen & McGinley, 2003), kritische (zelf)reflectie (Mullhall & Le May, 1999), supervisie (Williams & Garner, 2002; Titchen & McGinley, 2003) het gebruikmaken van de 360°-feedback en van verhalen van cliënten (Elwyn & Gwyn, 1999; Greenhalgh, 1999; Roberts, 2000) aangehaald als methoden waarmee de klinische expertise geëxpliciteerd en getoetst kan worden.

Als deze lokale kennis geëxpliciteerd en getoetst is, kan deze als basis dienen voor wetenschappelijk onderzoek waarin gekeken wordt in hoeverre deze kennis bruikbaar/generaliseerbaar is in andere contexten. Op deze manier ontstaat een cyclus tussen resultaten uit de praktijk, practice based evidence, die leidt tot wetenschappelijk onderzoek, dat vervolgens weer kan leiden tot verbeteringen in de zorg. En dat is toch datgene waar het allemaal om draait.

## Conclusie en discussie

De traditionele manier waarop EBP doorgaans wordt ingevuld, brengt een aantal beperkingen met zich mee. Vanuit deze traditionele

opvatting is het gangbaar dat de professional bij de implementatie van EBP ondersteund wordt in het zoeken, beoordelen en toepassen van evidence uit voornamelijk kwantitatief wetenschappelijk onderzoek in de dagelijkse praktijk. Dit is een relevante activiteit maar als zodanig niet voldoende, aangezien blijkt dat professionals onderzoeksresultaten op een selectieve en strategische manier gebruiken (Mullhall, 2002) en dat er naast deze resultaten nog andere factoren een rol spelen in de besluitvorming van een hulpverlener (Rycroft-Malone et al., 2004).

Bovendien blijven de processen die zich afspelen in de context tussen de verpleegkundige en de cliënt, de kern van het zorg verlenen, buiten beschouwing. Kwalitatief onderzoek kan op dit gebied een noodzakelijke aanvulling bieden en dient dus ook meer gewaardeerd te worden dan nu het geval is.

Een ander gevolg van deze traditionele opvatting is dat er relatief weinig aandacht wordt geschonken aan de setting of de cultuur waarin de professional zorg verleent, terwijl onderzoek (Funk et al., 1991; McCormack et al., 2002) aantoont dat dit een belangrijke barrière vormt bij de implementatie van EBP. Het ligt dan ook voor de hand te pleiten voor een implementatiebenadering van EBP waarin de setting waarin de zorg wordt verleend, expliciet aandacht krijgt.

Voor een goede praktijkvoering zijn echter, naast de wetenschappelijke kennis, meer kennisbronnen noodzakelijk. Het model van Sackett et al. (2000) bestaat immers uit drie kennisbronnen die geïntegreerd zouden moeten worden. Voordat deze integratie plaats kan vinden, zullen de bronnen eerst afzonderlijk verhelderd moeten worden.

De ervaringsdeskundigheid van de cliënt kan in de onderbouwing van het handelen beter benut worden, zodat cliënten bij de implementatie van EBP een grotere rol kunnen spelen dan nu vaak het geval is. In de tekst wordt aangegeven op welke wijze verpleegkundigen dat in de directe zorgverlening kunnen doen. Voor de implementatie van EBP in een bepaalde setting betekent dit dat er voor onderwerpen gekozen moet worden die rechtstreeks samenhangen met de problemen zoals de cliënten die ervaren en dat er voor uitkomstmaten gekozen dient te worden die relevant zijn voor de cliënt.

De klinische expertise van de professional, als derde kennisbron, kan geëxpliciteerd worden door de professional de gelegenheid te bieden te reflecteren op zijn praktijkvoering. De hierdoor ontstane lokale kennis kan vervolgens getoetst en gekoppeld worden aan de kennis afkomstig uit wetenschappelijk onderzoek.

Indien EBP in een verpleegkundige setting wordt geïmplementeerd, dient hier dus aandacht voor te zijn. Verpleegkundigen dienen de gelegenheid te krijgen hun kennis met elkaar te delen en deze waar nodig aan te vullen met kennis uit wetenschappelijk onderzoek en ervaringen van cliënten.

Op een dergelijke manier wordt een verpleegkundige beschouwd als een 'knowledgeable rejector' in plaats van als een 'ignorant receiver' (Mullhall, 2002). Kennis wordt op deze wijze niet zozeer beschouwd als iets dat ontdekt kan worden, maar als iets dat tot stand komt door middel van een kritisch debat. Bovendien verhoogt het de kans dat verpleegkundigen zich 'eigenaar' voelen van de verandering die in gang is gezet (Mullhall, 2002). Zoals we weten draagt betrokkenheid van de doelgroep immers bij aan elke succesvolle implementatie (Grol & Wensing, 2001), dus ook aan de invoering van EBP.

## Literatuur

- Anonymous. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*. Evidence-Based Medicine Working Group.
- Anthony WA. Studying Evidence-Based Processes, Not Practices. *Psychiatric Services* 2003; 54(1): 7-.
- Benner P. *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. London: Addison-Wesley, 1984.
- Bonell C. Evidence-based nursing: a stereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30 (1): 18-23.
- Bryar RM, Closs SJ, Baum G, Cooke J, Griffiths J, Hostick T, et al. The Yorkshire BARRIERS project: diagnostic analysis of barriers to research utilisation. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(1): 73-84.
- Carroll E. The role of tacit knowledge in problem solving in the clinical setting. *Nurse Education Today* 1988; 8(3): 140-147.
- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences

- among cancer patients. *Annals of Internal Medicine* 1980; 92(6): 832-836.
- Colyer H, Kamath P. Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(1): 188-193.
- Cooper B. Evidence-based mental health policy: a critical appraisal. *Br J Psychiatry* 2003; 183(2): 105-113.
- Cox K, Louw D de, Verhoef J, Kuiper C. *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Utrecht: Lemma; 2004.
- Cox K, Titcher, A. Doen en weten dicht bij elkaar brengen voor evidence-based practice. *Verpleegkunde* 2003; 18: 232-241.
- Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002; 325(7375): 1263-.
- Deber RB. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information. *Cmaj* 1994; 151(2): 171-176.
- DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementation forum. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing* 1998; 1(2): 38-40.
- Dunn V, Crichton N, Roe B, Seers K, Williams K. Using research for practice: a UK experience of the BARRIERS Scale. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26(6): 1203-1210.
- Elwyn G, Gwyn R. Narrative based medicine: Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ* 1999; 318(7177): 186-188.
- Faulkner A, Thomas P. User-led research and evidence-based medicine. *Br J Psychiatry* 2002; 180(1): 1-3.
- Frank A, Gunderson J. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47(3): 228-236.
- French P. The development of evidence-based nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(1): 72-78.
- French P. What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37(3): 250-257.
- Funk S, Champagne M, Wiese R, Tornquist E. Barriers to using research findings in practice: the clinician's perspective. *Applied Nursing Research* 1991; 4(2): 90-95.
- Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. BARRIERS: the barriers to research utilization scale. *Appl Nurs Res* 1991; 4(1): 39-45.
- Garretsen H. *Goed Geholpen? Over vraagstelling en evidence based werken in zorg en preventie*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant; 2001.
- Greenhalgh T. Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ* 1999; 318(7179): 323-325.
- Grol, R, Wensing M, Eds. *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.
- Haynes B, Haines A. Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ* 1998; 317(7153): 273-276.
- Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002; 324(7350): 1350-.
- Hicks N, Mant J. Evidence-based practice. Using the evidence: putting the research into practice. *British Journal of Midwifery* 1997; 5(7): 396-399.
- Higgs J, Titcher A. The nature, generation and verification of knowledge. *Physiotherapy* 1995; 81(9): 521-530.
- Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 561-573.
- Humphris D, Littlejohns P, Victor C, O'Halloran P, Peacock J. Implementing evidence-based practice: factors that influence the use of research evidence by occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy* 2000; 63(11): 516-222.
- Kajermo K, Nordstrom G, Krusebrant A, Bjorvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27(4): 798-807.
- Kerridge I, Lowe M, Henry D. Personal paper: Ethics and evidence based medicine. *BMJ* 1998; 316(7138): 1151-1153.
- Kitson A. Recognising relationships; reflection on evidence-based practice. *Nursing inquiry* 2002; 9: 179-186.
- Kitson A. The State of the Art and Science of Evidence-Based Nursing in UK and Europe. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004; 1(1): 6-8.
- Laan G van der. De professional als expert in practice-based evidence. *Sociale interventie* 2003; 12(4): 5-15.
- Le May A. Knowledge for dissemination and implementation. In *Nursing Research; Dissemination and implementation*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
- Lindsay B. Randomized controlled trials of socially complex nursing interventions: creating bias and unreliability? *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45(1): 84-94.
- Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320(7226): 50-52.
- McCloughen A. Students' corner. Identifying barriers to the application of evidence based practice in mental health nursing. *Contemporary Nurse* 2001; 11(2/3): 226-230.
- McCormack B. Commentary on "Fortuitous Phenomena: On Complexity, Pragmatic Randomised Controlled Trials, and Knowledge for Evidence-Based Practice" by Carl Thompson. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004; 1(1): 18-19.
- McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titcher A, Seers K. Getting evidence into

- practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38(1): 94-104.
- McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 2000; 321(7265): 867-871.
- Melief W. Evidence-based practice in sociale interventies. *Sociale interventie* 2003; 12(4): 17-29.
- Mitchell GJ. Evidence-Based Practice: Critique and Alternative View. *Nursing Science Quarterly* 1999; 12(1): 30-35.
- Mullhall A. Nursing research and nursing practice: an exploration of two different cultures. *Intensive & Critical Care Nursing* 2002; 18(1): 48-55.
- Mullhall A, Le May A, Eds. *Knowledge dissemination and implementation*. Edinburgh; 1999.
- Offringa M, Assendelft WJ, Scholten RJPM, Eds. *Inleiding in evidence-based medicine; Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal* (Second edition ed.). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.
- Olade RA. Strategic Collaborative Model for Evidence-Based Nursing Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004; 1(1): 60-68.
- Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(1): 89-98.
- Roberts GA. Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence-based world? *Adv Psychiatr Treat* 2000; 6(6): 432-441.
- Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(1): 81-90.
- Sackett D, Strauss S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (Second Edition ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996; 312: 71 -72.
- Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioners's consulting style on patients' satisfaction; a controlled study. *British Medical Journal* 1990; 301: 968-970.
- Schickler P. Lay perspectives and stories - whose health is it anyway? In TJ Pam Smith, Maria Lorentzon, Rosemary Pope, Liz Meerabeau (Ed.), *Shaping the facts: Evidence-based Nursing and Health Care*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
- Straus SE. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 163(7): 837-841.
- Tallon D, Chard J, Dieppe P. Exploring the priorities of patients with osteoarthritis of the knee. [comment]. *Arthritis Care & Research* 2000; 13(5): 312-319.
- Titchen A, McGinley M. Focus. Facilitating practitioner research through critical companionship. *Nt Research* 2003; 8(2): 115-131.
- Trivedi P, Wykes T. From passive subjects to equal partners: Qualitative review of user involvement in research. *Br J Psychiatry* 2002; 181(6): 468-472.
- Upshur REG. Are all evidence-based practices alike? Problems in the ranking of evidence. *CMAJ* 2003; 169(7): 672-673.
- Van Meijel B. *Relapse prevention in patients with schizophrenia; A nursing intervention study*. Thesis University Utrecht. Utrecht: University Medical Center Utrecht; 2003.
- Waterworth S, Luker KA. Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care? *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15(8): 971-976.
- Williams D, Garner J. The case against the evidence': a different perspective on evidence-based medicine. *Br J Psychiatry* 2002; 180(1): 8-12.
- LITERATUUR>Williams GH, Wood PH. Common-sense beliefs about illness: a mediating role for the doctor. *Lancet* 1986; 2(8521-22): 1435-1437.