

Evidence versus de cliënt: een dilemma of uitdaging?

Erica Baarends¹ en Sandra Beurskens¹

Evidence-based practice (EBP) is tegenwoordig niet meer weg te denken als we praten over de kwaliteit en de status van het beroep (1,2). Maar in de dagelijkse praktijk zijn er nog veel vragen: 'Betekent EBP nu dat we alleen maar mogen doen waarvoor voldoende evidence bestaat?' 'Hoe komen we aan die evidence?' 'Hoe verhoudt EBP zich ten opzichte van het binnen de ergotherapie centrale uitgangspunt: cliëntgecentreerde zorg?' In dit artikel gaan we in op deze laatste vraag rondom EBP en cliëntgericht werken.

DEFINITIES

Vaak worden cliëntgecentreerd werken en evidence-based werken als twee aparte uitgangspunten beschouwd. Als we goed kijken naar de definitie van EBP van Sackett et al. (3), een van de grondleggers, zien we dat het belang van de cliënt binnen EBP expliciet wordt benoemd: 'EBP is 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.'

Andersom blijkt er een duidelijke plaats voor evidence binnen omschrijvingen van het cliëntgecentreerd werken. Dit komt niet in elke definitie van cliëntgericht werken duidelijk naar voren, maar wel in de definitie van vraaggerichte zorg (als onderdeel van cliëntgecentreerde zorg) van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: 'vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van cliënt en hulpverlener die erin resulteert dat de cliënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.' (4)

Het is dus discutabel of we moeten spreken over EBP óf cliëntgericht werken als een 'apart onderdeel' van de uitvoering van de ergotherapie. Idealiter is elke ergotherapeut een kritische professional die zich bewust is in hoeverre de cliënt, de professional zelf én evidence bepalend zijn in het nemen van beslissingen in het behandelproces en/of adviesproces. Een essentiële voorwaarde is een professional met een *kritische attitude, die bewust en onderbouwd keuzes maakt in dialoog met de cliënt bij het beantwoorden van diens hulpvraag*.

In de praktijk blijkt het nemen van beslissingen niet zo eenvoudig te zijn en krijgt de ergotherapeut te maken met spanningsvelden. Zo zou een cliënt na een beroerte de wens kunnen hebben om de sensomotorische functies van zijn paretische arm te trainen. Maar uit de ergotherapierichtlijn beroerte komt duidelijk naar voren dat dit geen effect heeft op het verbeteren van de arm-

handfunctie en het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (5). Op deze en andere manieren kan wetenschappelijke evidence in tegenstelling (lijken te) zijn met cliëntgericht werken en de professional expertise.

HET SPANNINGSVELD VAN CLIËNTGERICHT WERKEN

Uit onderzoek blijkt dat ergotherapeuten soms denken cliëntgericht te werken, maar dat hun cliënten een ander beeld hierbij hebben (6). In een review over cliëntgecentreerd werken wordt zorg rondom een goede implementatie van cliëntgericht werken bevestigd. In cliëntgericht werken is er aandacht voor het belang van het verstrekken van de juiste en goede informatie (waarin de koppeling tussen cliëntgericht werken en EBP weer duidelijk wordt), maar vooral ook voor het belang van een goede dialoog/communicatie tussen therapeut en cliënt (7). Om een betere implementatie van cliëntgericht werken te faciliteren hebben de auteurs reflectieve vragen opgesteld om als ergotherapeut na te gaan of je cliëntgecentreerd werkt.

Het erbij betrekken van de cliënt veronderstelt een actieve cliënt die meedenkt over te nemen beslissingen. Het blijkt echter dat niet alle cliënten een dergelijke actieve rol willen vervullen (8). In de literatuur rondom het *shared decision making* wordt dan ook benadrukt om als onderdeel van het keuzeproces na te gaan welke rol de cliënt wil en kan vervullen bij het nemen van een beslissing (nadat de cliënt geïnformeerd is en er gecommuniceerd is over de keuzeropties) (9). Daarnaast zijn er ook cliënten bekend waarbij het lastiger is om te communiceren. In een exploratief onderzoek naar het besluitvormingsproces van ergotherapeuten bij de ontslagplanning van ouderen, bleek het bijvoorbeeld vooral bij cognitieve beperkingen lastig om cliëntgecentreerd te werken (10). In het artikel wordt een model voorgesteld om ook bij cliënten met cognitieve beperkingen een gezamenlijke beslissing te nemen, in samenwerking met de familie van de cliënt.

Samenvattend blijkt uit onderzoek dat bij een (dreigende) tegenstelling tussen de wens van de cliënt en hetgeen uit evidence naar voren komt, reflectie op cliëntgericht werken en dus communicatie belangrijk zijn. In het kader van communicatie bleek uit het onderzoek van Schoot (10) onder verpleegkundigen de *dialoog* een effectieve strategie die tot tevredenheid leidde bij zowel de cliënt als de professional. Bij een dialoog zijn professionals zich bewust van al hun verantwoordelijkheden en kiezen zij voor het actief oppakken en doordenken van botsende verantwoordelijkheden in overleg met de cliënt. Een dialoog betekent noch overtuigen noch het per se eens worden met de cliënt. In de

praktijk blijkt het niet altijd haalbaar en blijken andere strategieën soms ook bruikbaar, zoals het meer 'sturen' van een behandeling als de cliënt niet in staat is om mee te beslissen of niet wil meebeslissen (11).

HET SPANNINGSVELD VAN DE EVIDENCE

De mate van evidence binnen de ergotherapie groeit gestaag. Duidelijk is echter dat deze kan verschillen in kwaliteit, en er zijn ook nog veel onderwerpen beperkt onderzocht (12). Evidence onderzocht op groepsniveau kan soms ook niet van toepassing zijn voor individuele cliënten (afhankelijk van hun specifieke kenmerken). In de literatuur wordt gepleit voor beter en meer onderzoek binnen de ergotherapie (12). Toch is het van belang om niet te snel de conclusie te trekken dat er geen evidence is. Het zoeken, vinden en beoordelen van evidence ervaren ergotherapeuten als lastig en evidence blijkt beperkt gebruikt te worden als informatiebron voor beslissingen (13). Evidence vinden is niet eenvoudig, maar wel mogelijk (14).

Als er sterke bewijskracht is voor de ineffectiviteit van een interventie, zoals voor het trainen van sensomotorische functies na een beroerte, houdt vraaggericht of cliëntgecentreerd werken ook in dat deze behandeling niet gegeven wordt. Ook als de cliënt er wel om vraagt; de interventie voldoet immers niet aan professionele standaarden. Als er bewijskracht is voor meerdere interven-

ties, kan de therapeut in dialoog met de cliënt nagaan wat de beste keuze is. Hierbij kunnen zogenaamde keuzehulpen (*decision aids*) worden gebruikt. Dit zijn informatiepakketten zoals brochures of interactieve websites, bedoeld om mensen te helpen kiezen tussen verschillende opties voor (tot nu toe met name) medische interventies (15). Voorbeelden zijn te zien op www.kiesbeter.nl. Dergelijke keuzehulpen zijn (nog) niet bekend binnen de ergotherapie.

Als er weinig of geen evidence voor of tegen een interventie is, wordt het complexer. Dan zullen theoretische onderbouwingen, ervaringen van de professional en voorkeuren van de cliënt een grotere rol spelen bij het nemen van een beslissing.

TOT SLOT

Het kritisch onderbouwen van keuzes vanuit de cliënt, de professional én evidence in het ergotherapeutisch diagnosticeren en interveniëren is van groot belang maar niet altijd eenvoudig. Helaas is het niet mogelijk een praktische opsomming van do's en don'ts erbij te geven. Afhankelijk van de evidence, van wat de cliënt kan en wil, van de reflectieve vaardigheden en kritische attitude van de professional, zal er op maat communicatie en besluitvorming plaatsvinden. Evidence en de cliënt zijn daardoor geen dilemma maar een uitdaging!

Literatuur

- Hammon Kellegrew D. The evolution of evidence based practice: strategies and resources for busy practitioners. *OT practice* 2005;10:11-5.
- McKinstry C, Allen R, Courtney M, Oke L. Why occupational therapy needs evidence of participation in continuing professional development. *Aust Occup Ther J* 2009;56:140-3.
- Sackett D, Strauss S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. *Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed). Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
- RVZ. Naar een meer vraaggerichte zorg. Zoetermeer: RVZ; 1998.
- Cup EHC, Steultjens EMJ. *Ergotherapiegericht Beroerte*. Utrecht: NVE; 2005.
- Maitra K, Erway F. Perceptions of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *Am J Occup Ther* 2006;60:298-310.
- Sumsion T, Law M. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centered practice. *Can J Occup Ther* 2006;73:153-62.
- McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 2000;321:867-71.
- Edwards A, Elwyn G. *Evidence-based patient choice. Inevitable or impossible?* Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Moats G. Discharge decision-making, enabling occupations and client-centered practice. *Can J Occup Ther* 2007;74:91-101.
- Schoot T. *Leren balanceren: Hanteren van spanningsvelden rond cliëntgecentreerde zorg*. *Onderwijs en Gezondheidszorg* 2007;3:3-7.
- Johnston MV, Case-Smith J. Development and testing of interventions in occupational therapy: towards a new generation of research in occupational therapy. *OTJR: occupation, participation and health* 2009;29:4-13.
- Dopp CME, Steultjens EMJ, Radel J. Het gebruik van evidence based practice door Nederlandse ergotherapeuten. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2009;2(3):7-13.
- Logister-Proost I. Gratis toegang tot evidence. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie* 2009;2(4):32-3.
- Van der Weijden T. Keuzehulpen voor zorgvragers; hoe en waarom? *Bijblijven* 2007;23:28-34.