

Evidence-based practice

Wat hebben de vaktherapeut en de patiënt eraan?

In korte tijd is de term ‘evidence-based practice’ (EBP) vanuit de Verenigde Staten, waar EBP is ontwikkeld, ons land binnen gewaaid. In dit artikel wordt ingegaan op de vraag wat evidence-based practice is en wat de voor- en nadelen ervan kunnen zijn. Impressies over EBP worden gegeven via citaten van studenten van de Masters of Arts Therapies van de Hogeschool Zuyd/KenVaK¹.

In dit artikel ...

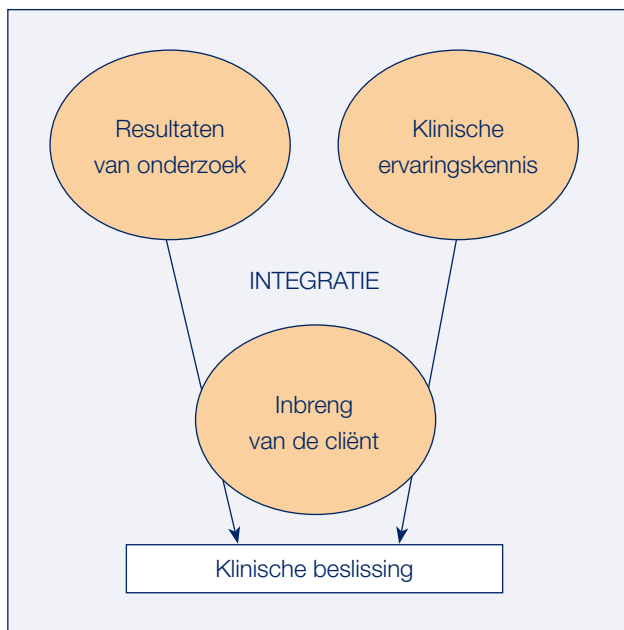
- ... voor- en nadelen van evidence-based practice voor de vaktherapeut;
- ... uitleg over verschillende onderzoeksmethoden met ‘levels of evidence’;
- ... het verschil tussen evidence-based practice en practice-based evidence.

Inleiding

Kuiper et al. (2008) stellen dat EBP het nemen van klinische beslissingen is op basis van het best beschikbare bewijs, in combinatie met de kennis en ervaring van de paramedicus en de waarde(n) en voorkeur(en) van de individuele patiënt. Hierbij integreert de behandelaar waar mogelijk wetenschappelijke onderbouwing binnen zijn therapie. Dit klinkt mooi, maar wat houdt het in de praktijk in voor een patiënt? In dit artikel wordt informatie gegeven over EBP, in het bijzonder voor de vaktherapeut.

Wat is EBP?

Evidence-based practice is het beslissen, behandelen en begeleiden van een patiënt op basis van het beste voor handen zijnde wetenschappelijke bewijs. De methode is oorspronkelijk ontwikkeld binnen de medische wetenschappen, als een richtlijn die artsen moet helpen bij het kiezen van de best passende vorm van medicatie of behandeling voor de patiënt. Sackett, de grondlegger van ‘evidence-based-medicine’ (EBM) beschrijft EBM als de integratie van de beste onderzoeksbewijzen met klinische expertise en patiëntwaarden (Sackett 2000). De methode van evidence-based medicine is breder toegepast in de zorg en wordt vaker nu evidence-based practice genoemd.



Figuur 1: Basismodel EBP (bron: Smeijsters, 2009).

Het toepassen van evidence-based practice (zie figuur 1) bestaat uit een methode waarin de klinische afweging wordt doorlopen door het volgen van vijf stappen:

1. Vertaal het probleem naar een beantwoordbare vraag;
2. Zoek naar 'evidence', te weten wetenschappelijke uitkomsten uit bij voorkeur vergelijkend onderzoek, waarbij een behandeling wordt vergeleken met een controleconditie;
3. Leg de evidence naast elkaar en weeg de gevonden evidence af naar methodologische kwaliteit en toepasbaarheid in de eigen praktijksituatie;
4. Neem een beslissing op grond van de beschikbare evidence;
5. Evalueer met regelmaat stap 1 tot 4.

Deze methode is in het verleden veelvuldig toegepast om de vele grootschalige onderzoeken naar het effect van bijvoorbeeld antidepressiva te kunnen vergelijken. In Nederland is het evidence-based denken overgenomen binnen de multidisciplinaire richtlijnen, die worden geschreven over uiteenlopende ziektebeelden en diagnoses. In 1986 verscheen de eerste monodisciplinaire huisartsenstandaard over depressie, om te komen tot consensus onder huisartsen over de behandeling van depressie. Tegenwoordig wordt multidisciplinair samengewerkt binnen richtlijnen voor de gezondheidszorg in brede zin, om te komen tot gemeenschappelijke behandelingsstandaarden, zoals de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

EBP en literatuuronderzoek

Vanuit een evidence-based practice standpunt wordt steeds eerst gekeken naar bestaande wetenschappelijke kennis: wat is er bekend over effecten van medicatie en therapie bij bijvoorbeeld depressie? Om deze kennis te vinden, moet

in diverse medische tijdschriften worden gezocht naar wat bekend is over behandelingen van depressie. Voor artsen, psychiaters en andere wetenschappelijk opgeleiden is dit gemeengoed. Zij zijn bekend met zoeken naar wetenschappelijke literatuur en kunnen zich goed de methodologische vaktaal/ kennis eigen maken binnen hun handelen. Anders is het voor veel paramedici en vaktherapeuten. Zij krijgen eveneens het verzoek vanuit hun werkgever om meer evidence-based te werken of anderszins meer onderbouwing te geven aan hun beroep. Zij beschikken vaak niet over de juiste middelen om zich de kennis eigen te maken. In het verleden werd er binnen de zorgvakopleidingen weinig tijd besteed aan het kunnen vinden van wetenschappelijke vakliteratuur en ook het kunnen lezen van deze artikelen is een grote klus. Het vinden van vakliteratuur is lastig en ook het bijhouden ervan. Sommige vaktherapeuten hebben via hun werkgever inmiddels toegang tot een uitgebreide (online)vakbibliotheek en kunnen gebruik maken van een attenderingsservice, zodat ze op de hoogte worden gehouden van nieuwe publicaties over relevante vakgebieden. De meeste zelfstandigen zullen doorgaans alleen naar literatuur kunnen zoeken om hun beroepskennis op peil te houden via handboeken en gratis toegankelijke databases zoals Medline.

Waarom is al deze literatuurkennis nu zo van belang? De basisgedachte van EBP is dat er veel therapieën worden aangeboden, waarvan in onvoldoende mate bekend is welk effect ze hebben. Uitgaande van een patiënt met een depressie, is er een breed scala aan mogelijkheden binnen de zorg: variërend van psychotherapie, tot hardlopen en medicatie. De kern van EBP is het behandelingsaanbod te onderbouwen, transparant te maken en de keuzes ook voor de patiënt hierin duidelijk te maken, zodat er daadwerkelijke vraaggerichte zorg kan worden geboden. Niet voor iedere patiënt 'werkt' medicatie als vanzelf, en hetzelfde geldt voor psychotherapie of vaktherapie. Bij iedere patiënt behoort het te gaan om zorg op maat: de patiënt kan, waar mogelijk, uit het therapieaanbod een keuze maken waar hij zelf het meest effect van verwacht. Tegelijkertijd moet hierbij als uitgangspunt dienen dat de behandeling bewezen effectief is. Het bepalen van de mate van effect van een behandeling is een lastige kwestie. Hoe stel je dit vast? Binnen de wetenschap is vastgesteld dat een gerandomiseerde studie hierover het betrouwbaarste antwoord levert. In een gerandomiseerde studie worden twee patiëntengroepen met elkaar vergeleken, waarbij één groep wel een behandeling ontvangt en de andere niet. De deelnemers worden aan een groep toegewezen via loting om zo het effect van bijvoorbeeld niet vermoede omgevingsfactoren te kunnen uitsluiten. Door de omstandigheden zo goed als mogelijk gelijk te houden, zoals de vergelijkbaarheid van de patiënten

die deelnemen bij aanvang van de studie, is het mogelijk een uitspraak te doen over het effect van de behandeling nadien.

Er zijn vele (gerandomiseerde en vergelijkende) studies verricht door de jaren heen naar het effect van diverse behandelingen, waaronder medicatie en psychotherapie. Het doel van evidence-based practice is waar mogelijk kennis en kunde vanuit bestaande kennis te integreren in de dagelijkse zorgpraktijk. De doelstelling van EBP is de kennis uit diverse studies te verzamelen zodat zij geïntegreerd wordt in het dagelijkse handelen van de zorgprofessional. De kennis wordt verzameld door de vele vaktijdschriften bij te houden om op de hoogte te blijven van recente onderzoeksuitkomsten. De meeste zorgverleners hebben hiervoor echter te weinig tijd.

EBP en richtlijnen

Gelukkig verschijnen er steeds vaker samenvattingen van relevante literatuur in de vorm van richtlijnen of 'systematische reviews', om de bureaustapel te kunnen verminderen.

Wat kan de lezer/ behandelaar nu precies verwachten van de multidisciplinaire richtlijn? Een (multidisciplinaire) richtlijn is een wetenschappelijk onderbouwde, landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbeveling voor de optimale zorg aan de patiënt. Richtlijnen zijn bedoeld om artsen en andere zorgverleners te ondersteunen bij hun klinische besluitvorming. De multidisciplinaire richtlijnen in Nederland dateren van omstreeks het jaar 2000. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut dragen sindsdien zorg voor de uitvoering van de richtlijnen en begeleiden de werkgroepen die deze schrijven. Het gemeenschappelijke doel van alle richtlijnen is om te zorgen voor meer transparantie binnen de zorg (Vink, 2006). Wie doet wat met welk effect en hoe bereiken we met elkaar meer samenhang in een multidisciplinair zorgaanbod?

In de richtlijn wordt het traject beschreven zoals de patiënt dat doorloopt, van huisarts tot instelling, van diagnostiek tot behandeling. Al deze stappen zijn als vaste structuur opgenomen binnen de richtlijn:

- Diagnostiek;
- Interventies (biologische, psychologische, vaktherapeutische en sociaal-maatschappelijke behandeling en vormen van begeleiding);
- Verpleging, verzorging en bescherming;
- Zorgcoördinatie en afstemming.

Binnen deze clusters wordt de wetenschappelijke ondersteuning beschreven. Welke interventies worden er aangeboden bij bijvoorbeeld een depressie en hoe effectief zijn deze op basis van onderzoeksuitkomsten? Welke onderzoeken zijn er bijvoorbeeld uitgevoerd naar het effect van

medicatie bij een depressie of een andere stoornis? Wat is bekend over andere geboden vormen van zorg?

Alle relevante onderzoeksresultaten worden verzameld vanuit de diverse (wetenschappelijke) databases, tijdschriften en na selectie ingedeeld naar de mate van (methodologische) bewijskracht (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2007). Hieronder een overzicht van de 'levels of evidence' waarbij niveau A1 de hoogste methodologische kwaliteit bevat en niveau D de laagste methodologische kwaliteit.

Niveau A1

Meta-analyses die tenminste enkele gerandomiseerde onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.

Een meta-analyse is een methode waarin de onderzoeksuitkomsten van verschillende onderzoeken met elkaar vergeleken worden. De onderzoeksdata uit de oorspronkelijke artikelen worden bewerkt en vergeleken met als doel een algemene conclusie te trekken over de effectiviteit van een bepaalde interventie. Een voorbeeld hiervan is de Cochrane review.

Niveau A2

Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van goede methodologische kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde onderzoeken) van voldoende grootte en consistentie.

In een Randomised Controlled Trial (RCT) wordt een groep patiënten op basis van het toeval (gerandomiseerd) over twee of meerdere groepen verdeeld: één groep volgt de behandeling die wordt onderzocht en de andere groepen een controlebehandeling of geen. De belangrijkste kenmerken zijn dat de groepen 'at random' zijn samengesteld, dat er sprake is van één of meerdere groepen die met elkaar vergeleken worden en de patiënt, de behandelaar en de beoordelaars 'geblindeerd' zijn, dus niet op de hoogte zijn van de onderzoeksopzet.

Niveau B

Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek.

Onder ander vergelijkend onderzoek wordt onder meer de Controlled Clinical Trial (CCT) verstaan. De CCT is vergelijkbaar met de RCT zonder dat is voldaan aan de voorwaarde van randomisatie. De groepen zijn niet op basis van toeval samengesteld maar wel worden interventies vergeleken.

Niveau C

Niet-vergelijkend onderzoek.

Een voorbeeld hiervan is de case-study of n=1: de gevalsbeschrijving. Case-series: één groep mensen wordt geanalyseerd.

Impressies van EBP door studenten Master of Arts Therapies van

Waarom is evidence-based practice zo belangrijk voor de vaktherapeut?

“...Door EBP baseert de vaktherapeut zijn beroep op wetenschappelijk bewezen data en niet op zijn ‘wishful thinking’ of subjectieve meningen...”

“...Ik ben kritisch over het concept evidence-based practice, omdat er nog zoveel regels en geboden zijn over onderzoek, en daardoor een vertekend beeld ontstaat van de praktijk van muziektherapie. Ik denk dat het een uitdaging is om onderzoek te ontwikkelen dat aansluit bij wat we doen, waardoor ook daadwerkelijk in kaart gebracht kan worden wat werkende elementen zijn van muziektherapie en hoe je die met verstand kunt inzetten, en eventueel generaliseren.”

“...Naar mijn idee maakt het je niet alleen sterker binnen de organisatie maar ook daarbuiten. Hoe meer je als vaktherapeut aan kunt tonen dat datgene wat jij doet werkt en waarom dat zo is, hoe meer het ook voor andere instellingen interessant kan zijn om die manier van werken (methode) te implementeren.”

“...Tijdens mijn studie kom ik er achter dat er een voortdurende wisselwerking is tussen mijn eigen praktijkkennis, de kennis uit boeken, de kennis van collegae

en de wensen/ vragen van pupillen/ patiënten. Hierdoor wordt theoretische kennis geïntegreerd met ervaringskennis.”

Kan de vaktherapeut ook ‘last’ hebben van EBP?

“... Meer dan ons lief is, de dwingende kant van de vraag naar evidence is beperkend voor het antwoord op de waarde van beleving.”

“...Ja, als het gebruikt wordt om de speelruimte die in het vak hoort te zitten te beperken door strikte protocollering, en door het uitsluiten van (nog) niet bewezen activiteiten en interventies. Als de ruimte om in de praktijk (kwalitatief) onderzoek te doen wordt ingeperkt en EBP misbruikt wordt om te sturen volgens vastgestelde wegen en doelen: als EBP een middel wordt om de patiënt een vooraf vastgesteld traject te laten lopen zonder ruimte voor zij- en zelfs dwaalwegen.”

Werken vaktherapeuten (voldoende) evidence-based (welke groepen/ met welke doelgroepen/ op welke locaties wel en niet?)

“... Nee, vaktherapeuten hebben nog steeds moeite met het combineren van wetenschappelijke ‘knowledge’ en intuïtie in hun praktijk.”

Niveau D

De mening van deskundigen.

Delimon (2002) geeft aan dat het doel is van de richtlijn om voor iedere stoornis tot een soort ‘moederrichtlijn’ te komen, waar alle betrokken beroepsgroepen zich aan committeren. Het is aan de afzonderlijke beroepsverenigingen om die vervolgens nader uit te werken naar de praktijk. Delimon ziet als voordeel van de richtlijnen dat het je dwingt om kennis te nemen van de opvattingen van andere disciplines en met elkaar in discussie te gaan. Een veel gehoord geluid is dat vele disciplines onder één dak werken, maar dat de psychotherapeut of psychiater geen enkel feitelijk idee heeft van wat de vaktherapeut een deur verderop doet bij dezelfde patiënt en vice versa.

Met de intentie de transparantie in de zorg te bevorderen, zijn via het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut de eerste multidisciplinaire richtlijnen verschenen, waarbinnen ook onderzoek over de vaktherapieën is opgenomen. Zo zijn er richtlijnen

voor angststoornissen, depressie bij volwassenen, stemmingsstoornissen, ADHD, eetstoornissen, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen verschenen. De richtlijn is geen statisch verslag, maar wordt juist per periode weer bijgesteld met nieuwe vakrelevante onderzoeken. Naast de Nederlandse richtlijnen zijn richtlijnen of systematische reviews te vinden via de Cochrane Library maar ook door onderzoekers zelf geschreven, vaak in het kader van een promotieonderzoek. In deze reviews wordt doorgaans het wetenschappelijk bewijs voor een bepaalde interventie samengevat via de bespreking en vergelijking van gerandomiseerd en ander vergelijkend onderzoek.

EBP en vaktherapie

Voor de vaktherapieën is de eerste bijdrage aan de richtlijnen een moeizaam proces geweest. Het was lastig voor de betrokken vaktherapeuten om goede onderzoeken te vinden, te beoordelen en deze in goede wetenschappelijke taal samen te vatten. Hoe zit het met de vertaalslag maken naar de beroepspraktijk? Heeft de vaktherapeut, en belang-

Hogeschool Zuyd/ KenVaK

“...Nou, dat vraag ik me af. Het Tijdschrift voor vaktherapie beschrijft regelmatig onderzoeksartikelen, maar de materie is moeilijk te doorgronden voor de gewone mens op de werkvloer. Het is belangrijk om de gegevens op een goed leesbare wijze te interpreteren.”

Hoe kom je er als vaktherapeut achter welke evidence er is voor de doelgroep/ methode/ et cetera waarmee je werkt? Hoe blijf je als vaktherapeut up-to-date van de laatste evidence (in een nog steeds groeiende werkveld)?

“...Ik heb zelf nu vanuit de Master veel gehad aan het ontdekken van sites als Cochrane en Pubmed. Deze zijn denk ik bij veel therapeuten nog onbekend.”

“...Ik vind dat het Tijdschrift voor vaktherapie hier een belangrijke rol in heeft te vervullen. Dit is toch de eerste bron van nieuwe ontwikkelingen, in ieder geval voor mijzelf... Daarnaast moet de werkgever geld en vooral tijd beschikbaar stellen om hierin te kunnen ontwikkelen. Wat betreft geld: lezen van boeken, tijdschriften, internet. En tijd om dit te doen.”

“...Op de hoogte blijven van onderzoeken, congressen, symposia, studiedagen, werkgroepen, opleidingen is heel erg van belang hiervoor.”

rijker de patiënt, belang bij de invoering van evidence-based practice?

Om een beeld te kunnen krijgen of en hoe vaktherapeuten werken met evidence-based practice zijn aan tien studenten van de Master of Arts Therapies van Hogeschool Zuyd/ KenVaK oriënterend enkele open vragen voorgelegd, tijdens de lessen van de module richtlijnontwikkeling.

Ze zijn allen werkzaam in verschillende vaktherapeutische media, zoals dramatherapie, beeldende therapie en muziektherapie en werken met verschillende doelgroepen. Aan hen zijn (open) vragen over evidence-based practice voorgelegd om te horen in hoeverre EBP ‘leeft’ onder vaktherapeuten en op welke wijze. De vragen zijn gebaseerd op thema’s die relevant zijn voor EBP. Kenmerkende citaten zijn samengevat in het kader op deze en de vorige pagina.

Toepassing van EBP in de praktijk?

In toenemende mate wordt binnen de zorg verlangd dat zorgverleners hun aanbod, waar mogelijk, baseren op bestaande wetenschappelijke kennis. Met name de on-

derzoeksuitkomsten verkregen binnen gerandomiseerde studieopzetten vormen evidence voor een bepaalde behandelmethode.

Vaktherapeuten geven allen het belang aan van het onderbouwen van de vaktherapeutische interventie. Zij beschrijven de behoefte om de eigen beroepspraktijk meer te expliciteren. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat hier vaak te weinig tijd voor wordt geboden of beschikbaar is binnen de instelling. Ook is specifieke kennis nodig om de literatuur te kunnen vinden en te vertalen naar de zorgpraktijk. Bij veel vaktherapeuten is deze kennis niet aanwezig. Bij studenten die de Masteropleiding volgen, wordt deze opleiding (gedeeltelijk) bekostigd door de werkgever. Het zou wenselijk zijn dat EBP, of andere vormen ter onderbouwing van de geboden interventies, meer gestimuleerd gaat worden door de werkgever.

Het publiceren van een richtlijn alleen is immers niet voldoende om meer ‘evidence-based zorg’ te kunnen bieden. De invloed van de richtlijnen op het handelen van zorgverleners is nog beperkt. Zo weet een groot deel van de artsen inmiddels wel dat richtlijnen bestaan, maar een kleiner percentage weet wat er in de richtlijn staat. Een nog kleiner percentage artsen laat het eigen handelen sturen door de richtlijn. Dit laatste percentage varieert in de studies van ongeveer zes tot veertig procent (Eliens, 2005).

De zorg moet goed begeleid worden in het verankeren van evidence in de praktijk. Tiemens (2008) pleit voor een gestructureerd implementatieproject waarbij het startpunt van het project de gevonden evidence is. Een implementatieproject is hierbij in eerste instantie primair gericht op de professional. De professional krijgt informatie, wordt geschoold, krijgt interventie of anderzijds feedback op het handelen. Het beoogd resultaat is veelal het percentage professionals dat de juiste interventie toepast of het percentage patiënten dat de juiste interventie heeft gekregen. Pas in tweede instantie wordt gekeken of die patiënt daar ook daadwerkelijk beter van is geworden, het uiteindelijke doel van de implementatie, zie ook figuur 2 (Tiemens, 2008).

Resteert verder de vraag of er wel evidence voor handen is voor de vaktherapieën, vanuit een EBP-visie? Problematisch voor de vaktherapieën is dat er met name in Nederland weinig gerandomiseerde studies zijn uitgevoerd naar de effectiviteit van een vaktherapeutisch behandelaanbod. Binnen de richtlijn depressie die verschenen is bij het Trimbos-instituut vonden vaktherapeuten in hun zoektocht weinig gerandomiseerde studies. Gelukkig is de wens voor meer onderzoek samengevat via de volgende aanbeveling in de update van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie uit 2007: “Vaktherapieën worden vaak ingezet ter behandeling van depressie, vooral in de klinische setting. Er is echter weinig bewijs ten aanzien van de werkzaamheid bij de behandeling van depressie. Een uitzondering daarop



Figuur 2: De vijf stappen van EBP: Implementatie van evidence (bron: Tiemens, 2008).

is runningtherapie en lichamelijke inspanning. Toch blijken er wel aanwijzingen te zijn voor de werkzaamheid. De mogelijk werkzame factoren zijn dan onder meer active- ring, structurering en satisfactie: het plezier in de activiteit. Door deze ervaringen kan ook de cognitie veranderen. Het is overduidelijk dat nader onderzoek noodzakelijk is. De vraag naar wat de ene vaktherapie onderscheidt van de andere kan nog niet voldoende beantwoord worden en is eveneens nog niet onderzocht. De persoonlijke voorkeur van de patiënt en de verwijzer zal voorlopig deze keuze bepalen.”

De waarde van gerandomiseerd onderzoek binnen de GGZ

Bij relatief jonge beroepen is een groot probleem dat er weinig gerandomiseerd of vergelijkend onderzoek is uitgevoerd. “Absence of evidence is not evidence for absence” stelt Altman (1995). Het feit dat onderzoek (nog) niet heeft plaats gevonden, wil niet zeggen dat een bepaalde therapie niet effectief is, ook al wordt deze conclusie vaak onterecht getrokken op basis van de richtlijnen. In de praktijk betekent dat een EBP-keuze voor de behandeling van een patiënt vooral gebaseerd zal zijn op interventies die ‘bewezen effectief’ moeten zijn gebleken. Oftewel, kennis die is vergaard binnen gerandomiseerde studieopzetten. De vraag is echter of de RCT wel zo geschikt is voor de GGZ om aan te tonen dat behandelingen bewezen effectief zijn?

De waarde van gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials voor de GGZ-praktijk is beperkt, omdat ze daar vaak niet goed uitgevoerd kunnen worden. Hutschemaekers en Nijnatten (2008) vatten een aantal problemen hierover samen, onder meer beschrijven zij dat “gebleken effectief niet synoniem staat aan doeltreffend”. Goed onderzoek volgens de ‘levels of evidence’ heeft meestal betrek-

king op de werkzaamheid van de interventies, niet op hun doeltreffendheid. Werkzaamheid gaat over effecten van de interventie binnen ideale omstandigheden, doeltreffendheid over effecten in de praktijk van alledag.

Een volgende beperking is dat de richtlijnen allemaal opgesteld zijn met de DSM-IV diagnose als belangrijkste uitgangspunt. In de klinische praktijk blijkt altijd dat een ziekte zoals een depressie zich niet zo geïsoleerd in zijn eentje aandient. Ieder probleem gaat vergezeld met een ander probleem en deze lopen hand in hand in de behandelhistorie van de patiënt. Bijvoorbeeld eetproblematiek bij patiënten met een depressie. Wordt dan de depressie primair een stoornis die behandeld moet worden, of juist de eetproblematiek? In een gerandomiseerde studieopzet is het nagenoeg onmogelijk om met deze ‘multi-facet’ problematiek van een patiënt rekening te houden. Juist bij meervoudige problematiek spelen teveel factoren mee om verantwoorde conclusies te kunnen trekken, aangezien veel noodzakelijk onderzoek hierover ontbreekt (Scholte et al., 2008). Hutschemaekers en Nijnatten (2008) beschrijven dat RCT-onderzoek vaak primair gericht is op klachtenvermindering. De geboden zorg gaat over meer dan klachtenreductie, waarbij de therapiedoelen betrekking hebben op de betekenis die mensen aan hun klachten geven.

De belangstelling voor EBP wordt de laatste tijd getemperd door kritiek op de wijze waarop effectonderzoek wordt opgezet en geïnterpreteerd, met name ten aanzien van de hiërarchie volgens het medisch paradigma waarbij de RCT bovenaan staat (Scholte et al., 2008).

Volgens sommigen moet er onderzoek gedaan worden naar de invloed van EBP op het zorgproces en op de uitkomst van de zorg. Er is sprake van veel misperceptie en overwaardering van EBP (Herwaarde & Schuurmans, 2004).

De status die de richtlijn momenteel heeft in de zorg en vooral dat de vermelde studies 'bewezen effectief' zijn, is niet zonder gevaar. De Vries (2008) beschrijft als voorbeeld het boek van Dehue (2005), waarin deze beschrijft hoe deskundigen op basis van RCT's uitspraken gedaan hebben over welke medicijnen en therapieën bewezen effectief waren en dus de voorkeur verdienen. Andere deskundigen publiceerden meta-analyses over dezelfde medicijnonderzoeken en kwamen tot geheel andere conclusies dan die in de richtlijnen.

Practice-based evidence?

Binnen de richtlijnen en RCT's staat vaak de interventie centraal in relatie tot klachtenvermindering. De Vries (2008) stelt dat de belangrijkste factoren die van invloed zijn op het behandelresultaat vaak niet gemeten worden. Hij stelt dat de voornaamste factor de patiënt zelf is: het resultaat van de interventie is voor het grootste deel afhankelijk van wat de patiënt er zelf mee doet. De andere zogenaamde gemeenschappelijke factoren, zoals de persoon van de hulpverlener, hoop op verandering en de werkrelatie blijken elk meer bepalend voor het effect dan de methode of interventie zelf.

De Vries (2008) noemt als een betere methode om op wetenschappelijke onderbouwde wijze therapie te bieden door meer te richten op de uitkomst van de behandeling in plaats van de methode: 'outcome-based'. In plaats van de vraag 'hoe weet ik dat wat ik ga doen met de patiënt zal werken?', stelt men zich de vraag 'hoe weet ik dat wat ik en de patiënt samen gedaan hebben werkt voor hem of haar?' De Vries beschrijft twee voorspellers die het behandelresultaat het meest efficiënt voorspellen, namelijk de perceptie van de patiënt van zijn of haar vooruitgang in het begin van de therapie en hoe de patiënt de werkrelatie ervaart.

In het algemeen luidt de kritiek dat in EBP teveel het accent ligt op de methode en de bewezen effectiviteit ervan, waarbij de ervaring en wensen van de patiënt en de klinische ervaringskennis van de zorgverlener te weinig meer aan bod komen. Als reactie op het EBP denken is daarom het practice-based evidence (PBE) opgekomen. De wens is tegenwoordig meer te werken volgens practice-based evidence. Hierbij wordt uitgegaan van het dagelijkse therapeutische handelen als het eerste uitgangspunt voor de onderbouwing van de therapie (Smeijsters, 2009). PBE gaat uit van de daadwerkelijke praktijk en de directe zorgvraag. Het zet professionals aan tot het expliciteren van die praktijk en van de door hen waargenomen effecten die niet kunnen worden vastgesteld door een gerandomiseerde studie (Smeijsters, 2009). Binnen PBE geldt de RCT niet als gouden standaard voor evidence. Men kiest voor een paradigma waarin de professionals met elkaar en in samenwerking met de patiënten zoeken naar oplossingen, deze uitvoeren en vervolgens

systematisch evalueren (kwalitatief en kwantitatief). De rol van de professional verandert in de rol van co-onderzoeker die met anderen de interventie co-creëert, die observeert, ontwerpt, toepast, evalueert en verbetert (Smeijsters, 2009; Van Yperen & Veerman, 2008). Dit vereist een ander type onderzoek dat meer rekening houdt met de context. Hoe stel je vast dat iemand zich beter voelt, door de therapie en in het contact? Smeijsters ziet meer behoefte ontstaan aan designs die rekening houden met de dagelijkse zorgvloer en zo beter aansluiten bij de dagelijkse praktijk en de patiënt. Sackett (2000) beschreef dat EBP moet gaan over de weging van het best beschikbare bewijs, in relatie tot de ervaringskennis van de behandelaar en de wensen van de patiënt. In de zorg gaat het primair om zorg te bieden aan de patiënt en deze laatste vooral wordt vaak 'vergeten' in de huidige EBP toepassingen.

Dankwoord

Dit artikel is tot stand gekomen met dank aan de bijdrage van de studenten van Master of Arts Therapies van Hogeschool Zuyd/ KenVaK via e-mailwisseling en de boeiende discussies tijdens de lessen binnen de module Richtlijnontwikkeling! Speciale dank hierbij aan: Rix van der Beek, Monique van Bruggen-Rufi, Theo Dimitriadis, Ammerensia van Dokkum, René Florussen, Bettina Klein, Clarinda van Lunteren, Anita Ooms, Mathieu Pater, Heinz Reumers en Gea van Straaten.

Noten

- 1 De Master of Arts Therapies van de Hogeschool Zuyd is gerelateerd aan KenVaK, de kenniskring van Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht en ArtEZ Hogeschool.

Literatuur

- Altman, D.G. & Bland, J.M. (1995). Absence of evidence is not evidence of absence, *British Medical Journal*, 311, 485.
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Eliens, A. (2005.) Weg met de rituelen bij richtlijnontwikkeling. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 3, 16-17.
- Herwaarde, H. van & Schuurmans, M. (2004.) Evidence Based Practice is niet zaligmakend. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 28, 15-19.
- Hutschemaekers, G. & Nijnatten, C. (2008). De scientist practioner en evidence-based practice. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63(12), 1025-1032.
- Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K. & Louw, D. de (2008). *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Lemma.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2005/2007). Evidence-based Richtlijnontwikkeling Handleiding voor werkgroepen. Gehaald van www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/default_view.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (2007). *Richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut. Gehaald van www.ggzrichtlijnen.nl.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J. & Scholten, R.J.P.M. (2000). *Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Sackett D.L., Straus S.E., Richardson S.W., Rosenberg W. & Haynes Brian, R. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Churchill: Livingstone.
- Scholte, M., Hoijtink, M., Jagt N. & Nijnatten, C. van (2008). Evidence based benadering: wat kan een oorspronkelijk medisch paradigma betekenen voor het maatschappelijk werk? *Maatwerk: vakblad voor maatschappelijk werk*, 6, 4-6.
- Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *TH&MA –Tijdschrift voor Hoger Onderwijs en Management*, 1, 4-13.
- Tiemens, B. (2008). EBP: beginnen bij de vraag of bij het antwoord? *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 6(1), 20-23.
- Vink, A. (2006). Multidisciplinaire richtlijnen. In H. Smeijsters (Red.) *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vries, S. de (2008). Outcome based als alternatief. Hoe bewezen en effectief is EBP? *Maatwerk*, 6(9), 11-13.
- Yperen, T. van & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijk gestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Over de auteur

Drs. Annemiek Vink is psycholoog-onderzoekster en is werkzaam als docent theorie muziektherapie aan het ArtEZ Conservatorium te Enschede. Verder is zij lid van de kenniskring Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) van de Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht en ArtEZ Hogeschool en werkzaam als docent aan de Master of Arts Therapies van Hogeschool Zuyd/ KenVaK.

Samenvatting

Evidence-based practice is een methode binnen de zorg, waarbij de behandeling zoveel mogelijk wordt gebaseerd op wetenschappelijke onderzoekskennis, de klinische ervaring van de behandelaar en de wensen van de patiënt. In dit artikel wordt de methode samengevat en de voor- en nadelen ervan besproken. ■

advertentie



Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen

Wil jij niets missen?

Creatieve Therapie Nijmegen houdt oud-studenten op de hoogte!

Volgend jaar staan er weer genoeg activiteiten op de agenda. We nodigen je nu al uit voor de themabijeenkomsten in februari, juni en november. De nadruk ligt op nascholing, contact met elkaar én het (internationale) werkveld.

Op www.alumni-cto.nl lees je welke activiteiten CTO organiseert en wat je kunt doen om je daarbij te zijn. Een aantal redenen voor jou, als alumnus (oud-student), om je te registreren op onze website:

- als je je registreert ontvang je tevens de **nieuwsbrief** (zo mis je echt niets!)
- via de website kun je je aanmelden voor **nascholing en activiteiten**
- kijk wat **andere oud-studenten** doen en kom met elkaar in contact
- maak gebruik van het **forum**, stel vragen en geef je mening
- bekijk de laatste **vacatures** of geef er zelf een door
- het registreren op de alumni-website is voor iedereen **kosteloos**

Surf dus snel naar www.alumni-cto.nl en registreer je.

Lukt het niet? Stuur dan een email naar redactie@alumni-cto.nl

HAN