

Evidence-Based Care in Nursing

Het voordeel van de twijfel

Evidence-Based Care in Nursing

Het voordeel van de twijfel



Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Colofon

ISBN: 90-5179-914-4

1^e editie, 2015

© Connie Dekker-van Doorn

Dit boek is een uitgave van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Postbus 25035

3001 HA Rotterdam

Publicaties zijn te bestellen via

www.hr.nl/onderzoek/publicaties

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen, in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur en de uitgever.

This book may not be reproduced by print, photoprint, microfilm or any other means, without written permission from the author and the publisher.

Evidence-Based Care in Nursing

Het voordeel van de twijfel

Openbare Les

Connie Dekker-van Doorn

Lector Evidence-Based Care in Nursing

2 juli 2015

*“En uw twijfel kan een goede eigenschap
worden als u hem opvoedt” **

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	7
1. Verpleegkundig handelen evidence-based of 'trial and error'?	9
2. EBCN en de ontwikkeling van de verpleegkunde: een stukje geschiedenis	13
3. Evidence-based care in de verpleegkundige zorgpraktijk van 2020	21
4. Evidence-based care: wat het is en wat het niet is	29
5. Belemmeringen bij implementatie van EBCN	45
6. De rol van contextuele factoren bij implementatie van EBCN	51
7. EBCN en de verpleegkundige rapportage	57
8. Participatie van de patiënt en persoonsgerichte zorg	63
9. EBCN betekent een leven lang leren	67
Ten slotte	70
Terug naar het voordeel van de twijfel	71
Over de auteur	74
Onderzoekslijn Evidence-Based Care	75
Dankwoord	79

Voorwoord

7

Dames en heren, familie, vrienden, collega's: graag neem ik u mee op de zoektocht naar evidence-based care in nursing (EBCN): wat betekent EBCN en wat betekent evidence-based werken voor de verpleegkundige, en heel belangrijk: wat betekent EBCN voor de patiënt? EBCN is populair en lijkt een panacee voor het oplossen van problemen in de dagelijkse zorgpraktijk, maar: wat is evidence, welke resultaten van wetenschappelijk onderzoek zijn interessant voor de verpleegkundige praktijk, leidt dit ook tot het creëren van nieuwe kennis en wat betekent dit voor implementatie? Dit zijn de vragen die ik het komende uur graag met u wil verkennen. Maar voor ik dat doe, vertel ik u iets meer over het Kenniscentrum Zorginnovatie, waar ik als lector ben aangesteld om mijn bijdrage te leveren aan het verder ontwikkelen van EBCN binnen de 'gouden driehoek' onderwijs, onderzoek en praktijk.

In januari 2014 ben ik binnen het Kenniscentrum Zorginnovatie als lector Evidence-Based Care in Nursing aangesteld. Een mooie opdracht waarin mijn ervaring als verpleegkundige, als zorgmanager en onderzoeker samenkomen. Het Kenniscentrum Zorginnovatie is een onderdeel van het Instituut voor Gezondheidszorg, een van de zeven instituten binnen Hogeschool Rotterdam. In het kenniscentrum werken lectoren, hoofddocenten, docenten en studenten samen om door het doen van onderzoek, de zorgpraktijk te verbeteren. Soms vanuit een bepaalde onderzoekslijn, maar heel vaak worden kennis en kunde uit verschillende onderzoekslijnen gecombineerd. Binnen het kenniscentrum bestaan grote onderzoeksprogramma's, die drie tot vier jaar en soms langer lopen, en kleinere onderzoeksprojecten, die zijn gekoppeld aan een specifieke vraag uit de praktijk, binnen een specifieke situatie voor een kleine groep patiënten.

De kennis die met onderzoek wordt gegenereerd, vindt haar weg binnen de opleidingen van het Instituut voor Gezondheidszorg, door het inzetten van studenten bij minor- en afstudeeropdrachten. Opdrachten die soms monodisciplinair soms multidisciplinair van aard zijn passend binnen de opleidingscurricula. Waar het mogelijk en wenselijk is, wordt samengewerkt met de kenniscentra van de andere instituten binnen Hogeschool Rotterdam. Er zijn externe samenwerkingsverbanden in consortia waarin andere hogescholen en universiteiten, zorginstellingen en steeds vaker ook het bedrijfsleven, participeren. Bij de consortia ligt het accent op regionale problemen.

- 8 Binnen het kenniscentrum zijn de lectoren verantwoordelijk voor het initiëren van praktijkgericht onderzoek dat gekoppeld is aan de problematiek uit de dagelijkse zorgpraktijk.

Verpleegkundig handelen evidence-based of 'trial and error'?

Het CBO¹, hanteert als uitgangspunt voor het handelen van zorgprofessionals dat dit zo veel mogelijk evidence-based gebeurt. Dat wil zeggen dat: "het handelen gebaseerd is op de integratie van resultaten van biomedisch onderzoek en de expertise van de professional" (www.CBO.nl/Thema/Evidence-based-werken).

In de Els Borst Lezing van 2014, betoogt Margo Trappenburg (bijzonder hoogleraar Grondslagen van het Maatschappelijk Werk) dat er bij evidence-based werken onderscheid gemaakt moet worden tussen de 'klassieke' professional en de 'bescheiden' professional, tussen 'cure' en 'care'. De klassieke professional verricht gerichte interventies met een duidelijk omschreven doel gebaseerd op een concrete diagnose: er is een breuk in het bovenbeen, er is een allergische reactie door een hoge concentratie pollen in de lucht of er moet gerevalideerd worden na een knieblesure op het voetbalveld. De bescheiden professional (de verzorgende, de sociaal werker of de verpleegkundige) verleent vaak zorg bij minder duidelijk omschreven klachten, waarbij ook het gewenste resultaat niet altijd even duidelijk is omschreven. Voor de zorg die de bescheiden professional verleent, werkt de aanpak van 'trial and error' misschien beter dan de evidence-based aanpak en kan de zorg afhankelijk van de situatie snel worden bijgesteld. In deze situaties kan het soms lastig zijn om vooraf concreet te formuleren wat het resultaat moet zijn en vervolgens vast te stellen of de interventie ook het gewenste resultaat heeft gehad (Trappenburg, 2014).

1 Het CBO is in 1979 opgericht als Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing en verleent ondersteuning bij innovaties om de medische, paramedische, verpleegkundige van kwaliteit van zorg te verbeteren. Inmiddels houdt het CBO zich ook bezig met organisatorische aspecten van kwaliteitszorg (www.cbo.nl).

Toch is het niet altijd wenselijk om evidence-based te werk te gaan. Soms is 'trial and error' beter. Want is die oude dame van bijna negentig jaar gebaat bij ernstig aansporen om te eten, terwijl zij eigenlijk alleen voor het raam wil zitten om de wereld voorbij te zien gaan? Verrijkte voeding geven zou een evidence-based aanpak zijn. Het alternatief is dat de verpleegkundige met de patiënt in gesprek gaat, probeert te begrijpen waarom en vervolgens met haar kijkt naar oplossingen en (in overleg met de arts) advies geeft om de komende dagen, weken zo goed mogelijk te laten verlopen. Ook bij de behandeling van kanker kan een dergelijke afweging spelen. Een op evidence gebaseerd interventie met chemotherapie zou het leven van een patiënt met een paar maanden kunnen verlengen, maar de vraag is of de verpleegkundige die patiënt moet stimuleren om deze zware behandeling te ondergaan. In deze situaties is het belangrijk om, als de patiënt twijfelt in gesprek te gaan en te kijken wat de patiënt zelf echt wil. Als blijkt dat de patiënt echt twijfelt, kan de verpleegkundige de patiënt ondersteunen om dit ook met de arts te bespreken. Dat is geen evidence-based zorg en niet meetbaar, maar mijn ervaring is wel dat het de patiënt helpt en sterker maakt om in overleg met de arts een weloverwogen besluit te nemen. Ook ondersteunt het de patiënt in het gesprek met de naaste familie voor wie 'opgeven' zoals dat toch vaak betiteld wordt, meestal geen optie is.

De volgende vraag is in welke gevallen ter discussie staat of de op evidence gebaseerde richtlijn, het protocol of de voorgeschreven behandeling wel moet worden toegepast. Over het behandelen van een open wond aan het been of het post-operatief verwijderen van hechtingen al de verpleegkundige niet met de patiënt in discussie gaan. Ook als dat voor de patiënt vervelend, bijvoorbeeld pijnlijk is, zal de verpleegkundige als een 'klassieke' professional de noodzakelijke zorg verlenen, maar uitleggen waarom er geen andere oplossing is. Wat de uiteindelijke beslissing ook is, de verpleegkundige zal altijd moeten kunnen onderbouwen waarom zij besluit om af te wijken van een richtlijn of protocol.

Het werken volgens een richtlijn of protocol vraagt de nodige professionele kennis en kunde, maar ook 'trial and error' is gebaseerd op deze kennis en kunde. Soms gebaseerd op kennis uit wetenschappelijk onderzoek, soms uit overleg met de collega's of op de eigen ervaring, meestal uit een combinatie van deze drie. Hoewel niet-evidence-based zorg zeker door anderen verleend kan worden, (hoe dichter bij de patiënt of cliënt hoe beter), kan niet evidence-based zorg kan niet altijd worden overgedragen. In sommige situaties is het nuttig en noodzakelijk dat de verpleegkundige niet evidence-based zorg zelf verleent. Omdat juist dan te zien wat de patiënt wel en niet zelfstandig kan doen en of wellicht aanvullende zorg nodig is. Maar ook om bij afwijken van het protocol of de voorgeschreven behandeling te kunnen onderbouwen waarom en te weten dat afwijken van het protocol de patiënt niet in gevaar brengt. Dit is zeker het geval bij chronische patiënten, bij wie vaak sprake is van meerdere ziektebeelden, van zogenaamde

co-morbiditeit of multimorbiditeit. Zoals bijvoorbeeld oudere patiënten bij wie naast diabetes ook sprake is van hartfalen, osteoporosis of een andere chronische conditie waarbij zich onverwacht complicaties kunnen voordoen.

Is de verpleegkundige dan een combinatie van de 'klassieke' professional en de 'bescheiden' professional? Ik denk van wel. In de praktijk maakt de verpleegkundige de afweging tussen wat moet en wat mogelijk is en hoe zij² patiënten of cliënten daarin goed kan ondersteunen en begeleiden. Om deze manier van werken mogelijk te maken, moeten verpleegkundigen de kennis uit onderzoek en hun professionele kennis en ervaring gebruiken als onderbouwing van hun handelen.

Voor patiënten moet evidence-based handelen de zorg kwalitatief beter en veiliger maken. Evidence-based handelen is niet een procedure of protocol invoeren, maar een professionele houding en gedrag waarin kennis en ervaring de basis vormen voor het leveren van kwalitatief goede en veilige zorg die is afgestemd op de behoeften en wensen van de patiënt. Om de continuïteit van zorg te waarborgen en structureel te verbeteren is het noodzakelijk kennis en ervaringen te rapporteren en met anderen te delen. Inclusief de fouten, zodat ook daarvan geleerd wordt en de verpleegkundige als klassieke en bescheiden professional haar rol als spil in de zorg waar kan maken en de patiëntenzorg zichtbaar beter wordt. Evidence-based handelen vraagt een kritische houding en reflectie op het eigen handelen en waarbij het stellen van vragen 'waarom' een belangrijk onderdeel is.

2

In deze openbare les is er voor gekozen om voor de verpleegkundige de vrouwelijke vorm te gebruiken. Vanzelfsprekend is iedere keer waar 'zij' of 'haar' staat ook 'hij' of 'zijn/hem' te lezen.

EBCN en de ontwikkeling van de verpleegkunde: een stukje geschiedenis

Sinds Florence Nightingale heeft het vak van verpleegkundige een lange weg afgelegd van 'roeping' naar 'beroep'. In het kader van EBCN is het zinvol om te bekijken hoe de pleegzuster uit de tijd van Florence Nightingale van een (meestal) jonge vrouw uit de gegoede burgerij is veranderd in een hoogopgeleide, vakbekwame professional. Een professional met een specifiek vakgebied, waar continu bijleren essentieel is en de patiënt de beste zorg krijgt volgens de nieuwste inzichten. Een vak waarin specifieke kennis en vaardigheden hand in hand gaan met ethische normen en waarden. Het is in het kader van EBCN zinvol om dat stuk geschiedenis te bekijken. Ook zal ik beschrijven hoe ik zelf, meer dan veertig jaar geleden, ben begonnen als verpleegkundige.

Omslagpunt

Waar verpleging en verzorging tot ongeveer 1860 gezien werden als een goede tijdbesteding van hoogopgeleide ongehuwde jongedames en vooral als liefdadigheidswerk, was er in de tweede helft van de 19^{de} eeuw een duidelijk omslagpunt te zien.

Het boek *Notes on Nursing* van Florence Nightingale, dat in 1859 verscheen, heeft de verpleegkunde voor goed veranderd en betekende het begin van de professionele verpleegkunde. Ook in Nederland heeft *Notes on Nursing* voor een grote omwenteling gezorgd. Tot dat moment werd de 'pleegzuster' of 'ziekenoppasser' gezien als iemand die: beschaafd is, kan lezen en schrijven, kan rekenen en (gedeeltelijk) kan klokken. Degenen die bij een operatie assisteerden, moesten daarnaast ook 'manhaftig' zijn (Handboek voor Pleegzusters en Oppassers, 1848).

Door de mogelijkheid tot het geven van anesthesie in 1846, de aandacht voor antisepsis en de introductie van nieuwe behandelmogelijkheden ging de medische wetenschap vooruit en werden er hogere eisen gesteld aan de verpleegkunde. Toen ook mensen uit de hogere sociale klassen voor behandeling in het ziekenhuis

terechtkwamen, werd goede verpleegkunde een onderdeel van het behandelplan van de medicus (M.J. van Lieburg, 1980).

Prof. dr. G.E.V. Schneevogt wilde zijn "gunstige meening omtrent het geschrift of wel het boekje van Miss Nightingale gaarne staafen" en schreef in 1862 een voorwoord, met de volgende reden:

"Een ieder die zelf wel eens ernstig ziek geweest is, of ook maar getuige heeft moeten zijn van het langdurig of pijnlijk ziekbed van een zijner naaste bloedverwanten of dierbaarste betrekking, heeft bij ervaring het hooge gewigt en het onschatbare voordeel eener niet slechts zorgvuldige en hartelijke toepassing, maar eener tevens verstandige en geoefende verpleging kunnen leeren waarden."

Hoewel de zieke in die tijd zijn heil kon verwachten van de geneesheer, is het de verpleging die trouw en nauwgezet maar ook met de gewenste kennis van zaken, de voorschriften van de arts moet opvolgen, wil de behandeling het gewenste effect opleveren. Schneevogt onderschat niet de kennis en kunde die daarvoor nodig zijn en vervolgt zijn betoog met een opsomming daarvan:

"En hoevele bijzonderheden zijn er niet die in acht genomen of vermeden moeten worden en voor wier afzonderlijke vermelding hem zelfs de tijd zou ontbreken. Men denke slechts aan de gehele inrigting van de ziekenkamer; de luchtverversing, de verwarming, het bedopmaken, het gebruik van al wat bij de ziekenverpleging benoodigd is, de wijze van toediening der onderscheiden in- en uitwendige geneesmiddelen; men beseffe voorts het belang van de mededeelingen, die de geneesheer alleen van hen, die met de verpleging belast zijn kan ontvangen, omtrent alles wat er met de zieke tijdens zijn afwezigheid is voorgevallen; men berekene, hoe de geest van de opmerking, al ware hij hun zelfs in hooge mate aangeboren, toch bij hen aangekweekt en geoefend moet zijn - en men zal moeten erkennen dat bij den toepassing van den ouden gulden stelregel 'cito, tuto et jucundo sanare' dat is snel, zeker en aangenaam te genezen, aan den ziekenoppassing en eigenlijke verpleging een belangrijke rol ten deel valt, en dat het laatste gedeelte daarvan, het aangenaam genezen, minder van de geneeskunst, dan wel de verpleging verwacht kan worden. Zodoende toch wordt de verpleging

*de onmisbare aanvulling van de geneeskundige behandeling
en wordt de oppasser de regterhand van den geneesheer.”*
(Amsterdam, 12 november 1862)

15

Na deze uitgebreide toelichting op de kennis en kunde, sprak Schreevoogt zijn bewondering uit voor Florence Nightingale en haar boekje dat bedoeld was voor *“hen aan wie de zorg voor de gezondheid van anderen is toevertrouwd”*. Een boekje met eenvoudige wenken, maar zo vervolgde hij:

*“Zij (Florence Nightingale) bepaalde zich daarbij niet tot de
eigenlijke ziekenverpleging, maar ontleende zelfs vele harer
lessen aan de gezondheidsleer en waagt zich zelfs op ziektekundig
en geneeskundig terrein!”*

Bij dat laatste werd wel een vraagteken geplaatst, omdat de verpleging zich dan toch op een terrein waagde dat aan ‘den geneesheer’ toebehoorde.

Notes on Nursing laat zien dat een goede verpleegster in die tijd al over veel kennis en kunde moest beschikken, variërend van kennis over luchtverversing en verwarming, de gezondheid van de huizen, voedsel en hygiëne van muren, vertrekken, bad en beddengoed tot het kunnen omgaan met de bezoekers die de zieke veelal met de verkeerde raad en daad terzijde stonden. Een belangrijk hoofdstuk was gewijd aan de waarneming, de opmerkzaamheid van de pleegzuster om al deze zaken te monitoren en adequaat te handelen, wanneer dat nodig was als zich door de behandeling of het ziektebeeld complicaties voordeden. *“Opmerkzaam zijn”*, zodat de patiënt geen extra complicaties kreeg door onvoldoende of slechte verpleging. De belangrijkste les die men aan een verpleegster kon geven was *“haar te leren wat zij opmerken en hoe zij opmerken moeten; welke verschijnselen beterschap aanduiden; welke andere het tegenovergestelde; welke van ‘gewicht’ zijn; welke niet; welke het bewijs opleveren van verwaarlozing en van welke verwaarlozing”*. Dit alles moest een belangrijk onderdeel zijn van de opleiding van de verpleegsters. Ten slotte waarschuwde Florence Nightingale als feministe avant la lettre, vrouwen om zich niet te storen aan de ‘beuzeltaal’ die vrouwen vermaant om niet te doen wat mannen doen, maar de dingen te doen waar zij goed in zijn!

Dit stukje geschiedenis laat goed zien dat aan de verpleegkundige ook in die tijd al hoge eisen werden gesteld, wilde zij goede zorg kunnen verlenen. Sinds de publicatie van *Notes on Nursing* is er veel gebeurd. De pleegzuster werd de

verpleegster en de verpleegster de verpleegkundige, met de start van de Hogere Beroepsopleiding Verpleegkunde. Deze ontwikkelingen hingen nauw samen met ontwikkelingen in en de toenemende complexiteit van zorg.

Eigen ervaring

En nu mijn eigen ervaring. Was de zorg in de zeventiger jaren zo monodisciplinair als men nu vaak denkt? In ieder geval niet voor ons, de verpleegkundigen.

Wij werkten toen samen met:

- de docent verpleegkunde die ons leerde:
 - hoe wij mensen die in bed lagen, *moesten* wassen;
 - hoe wij een been met oedeem *moesten* zwachtelen;
 - hoe wij een infuus *moesten* inbrengen;
 - hoe wij een stoma *moesten* verzorgen;
 - hoe wij met brandwonden *moesten* omgaan;
 - hoe wij een sonde *moesten* inbrengen;
 - hoe wij wisselgigging *moesten* toepassen;
- de medisch specialist die ons leerde:
 - wat wij *moesten* weten van zijn/haar vakgebied;
 - waar wij op *moesten* letten;
 - wat wij *moesten* doen bij complicaties;
 - welke informatie wij *moesten* rapporteren;
- de fysiotherapeut die ons leerde:
 - hoe wij patiënten *moesten* mobiliseren;
 - hoe wij *moesten* 'kloppen';
- de apotheker die ons leerde:
 - hoe wij een penicilline-oplossing *moesten* berekenen bij intraveneuze medicatie;
 - op welke bijverschijnselen wij *moesten* letten bij bepaalde medicijnen;
- de anesthesioloog die ons leerde waar wij op *moesten* letten als patiënten terugkwamen op de afdeling;
- de diëtiste die ons leerde waar wij op *moesten* letten bij kwetsbare patiënten.

Wij, de verpleegkundigen, leerden *wat* wij *moesten* doen en *hoe* wij dat *moesten* doen en gelukkig ook *waarom*, en wij werden daarmee inderdaad de 'regterhand van de geneesheer' en vele andere professionals. Maar niemand stimuleerde ons om zelf te zoeken naar meer informatie of de patiënt te betrekken bij de besluitvorming rond de behandeling. Dus ja, wij waren goede en bekwame verpleegkundigen, maar nog geen zelfstandige en reflecterende professionals die op zoek gingen naar meer informatie in tijdschriften, databases of andere bronnen. Na jaren ervaring leerden wij een klinische blik te ontwikkelen en kennis te koppelen aan ervaringen en op basis daarvan tijdig de behandelend arts te waarschuwen. Wij werkten hard en kregen feedback van patiënten, de hoofdzuster

of de artsen, maar verder was het moeilijk aan te geven wat de concrete bijdrage was van de verpleegkundige zorg aan het hele zorgtraject. Laat staan concrete evidence!

Als er al tijd over was, moesten wij 'nuttige dingen doen'. Zelf een dossier lezen of vragen stellen over de behandeling van de patiënt was er niet bij. Buiten de literatuur die wij aangereikt kregen tijdens de opleiding en artikelen in het Tijdschrift voor Verpleegkunde, waren er nauwelijks bronnen beschikbaar en werden wij ook niet aangemoedigd om aanvullende informatie te zoeken. Wij leerden niet om zelf te zoeken naar de beste oplossing voor het probleem bij de betreffende patiënt, om zelf te zoeken naar wetenschappelijk bewijs en naar alternatieve oplossingen die misschien beter pasten bij de situatie. En wij leerden al helemaal niet om de patiënt zelf actief te betrekken bij de behandeling en de verpleging.

De verpleegkundige rapportage was een meer of minder uitgebreide beschrijving van wat er tijdens een dienst was voorgevallen. Soms beperkt tot "De patiënt was goed te pas" of "Geen bijzonderheden", waaruit wij dan zelf maar op moesten maken dat er waarschijnlijk geen bijzonderheden te rapporteren waren. Onze grootste en belangrijkste bron van informatie was de mondelinge overdracht door de hoofdzuster in de vroege ochtend of die van collega's aan het einde van de dienst.

Buiten de interesse in het vak, was het voor vele verpleegkundigen ook een manier om zich al werkend te blijven ontwikkelen en verder te leren. En dat verder leren konden we lange tijd volhouden. De kraamopleiding, de kinderaantekening en voor wie al een wit kruis had, was er nog een zwart kruis of andersom. Daarnaast was er een vervolgopleiding voor IC-verpleegkundigen, voor de wijkverpleging en een tal van andere domeinen. Na enige jaren praktijkervaring konden we verder met de lerarenopleiding (tweede- en eerstegraads), de kaderopleiding of een opleiding gericht op innovatie. En de zogenaamde studiestapelaars konden, als het nog niet genoeg was, de stap zetten naar de universiteit.

Van roeping naar beroep

In haar boek *Notes on Nursing* noemt Florence Nightingale zes punten (*Sex res non naturales*: zes niet-natuurlijke zaken) waarop mensen voor een goede gezondheid moeten letten: licht en lucht, eten en drinken, slapen en waken, beweging en rust, afscheiding en uitscheiding en gemoedsbewegingen. In Nederland werd dit het adagium: rust, reinheid en regelmaat. Maar ook bij deze ogenschijnlijk alledaagse begrippen staat in *Notes on Nursing* uitvoerig beschreven wat de taak en de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige was en vooral ook waarom! Op twee punten werd extra de nadruk gelegd: 1) verplegen is een beroep en moet als elk beroep worden geleerd, en 2) verplegen is een beroep en moet als elk beroep worden gesalarieerd (Dane, 1968, blz. 91).

Toch is verpleegkunde nog lang een roeping geweest. Want hoewel Florence Nightingale verpleegkunde al zag als een beroep waar de nodige kennis, kunde en ervaring voor nodig was en de verpleegkunde in 1972 naast de inservice-opleiding een nieuwe variant kreeg in de Hogere Beroepsopleiding Verpleegkunde in het reguliere hoger beroepsonderwijs, heeft het nog tientallen jaren geduurd voordat de verpleegkunde een beroep werd en de verpleegkundige als een professional werd gezien. En wellicht is dat in veel zorginstellingen nog steeds het geval. Ook duurde het lang voordat verpleegkundig onderzoek en evidence-based nursing geaccepteerde en gewaardeerde begrippen waren binnen de verpleegkunde.

Toch is er in al die jaren, vooral met de start van de HBO-V, veel veranderd. Er kwam een aantal wetten waarin verantwoordelijkheden en verplichtingen werden vastgelegd en de verpleegkundige onder het tuchtrecht werd geplaatst en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBG), waarin de rechten en plichten van de cliënt beschreven zijn. Er is een nieuw beroepsprofiel gekomen (Nursing2020) en heel recent een nieuw opleidingscurriculum om verpleegkundigen op te leiden tot die kritische reflecterende professional die kan voldoen aan de eisen van de huidige en de toekomstige zorgpraktijk. Om de erkenning en waardering als professional ook te krijgen, zullen verpleegkundigen moeten laten zien wat zij doen. Werken vanuit een evidence-based houding is niet alleen goed voor de patiënt, maar staat ook voor een professionele benadering van het beroep en creëert de mogelijkheid om te laten zien wat de verpleegkundige bijdrage is in het zorgproces.

Tabel 1 zet de ontwikkelingen rond de verpleegkundige chronologisch op een rijtje.

Tabel 1 De ontwikkelingen in de verpleegkunde in Nederland

	Ontwikkeling
Tot 1900	Vanaf 1880 was de verpleegkunde in opkomst. Belangrijke bijdragen aan de ontwikkeling van de verpleegkunde leverden Anna Reijnvaan, Frederike Meyboom en Jeltje Bosch. Eind van de 19de eeuw startten de eerste opleidingen voor verpleegsters. Op 15 september 1890 verscheen de eerste editie van het vakblad Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TvZ).
1900 - 1950	Door de opkomst van de ziekenhuizen steeg het aantal verpleegkundigen en werden de eisen hoger. De mannelijke verpleegkundigen werkten voornamelijk in de psychiatrie en de ambulancedienst.
1950 - 1970	Vanaf 1950 kwamen er meer verpleegkundigen die zich aangetrokken voelden tot de technische, meer functionele kant van de verpleegkunde. Verpleegkundigen typeerde men als: hardwerkend, doortastend, emotieloos, bekwaam, wit, ordelijk en afstandelijk. De roeping als inspiratiebron verdween.
1970	Vanaf 1970 kwam er meer aandacht voor de psychosociale kant van het beroep. In 1972 startten de eerste middelbare beroepsopleiding en hogere beroepsopleiding (HBO-V).

1977	De Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige trad in werking en vervolgoopleidingen (o.a. wijkverpleegkundige, IC-verpleegkundige) ontstonden.
1980	De jaren tachtig van de vorige eeuw waren de jaren van de bezuinigingen. De holistische benadering van de patiënt bleek niet mogelijk en ook het patiëntgericht verplegen stond onder druk.
1989	In het manifest 'De Witte Woede' werd aandacht gevraagd voor de salarisachterstand, hoge werkdruk en gebrek aan erkenning in de verpleegkunde.
1991	Een nieuwe vakbond voor verpleegkundigen werd opgericht: NU'91. De Commissie Werner kwam met een rapport met aanbevelingen voor verbetering van de positie, arbeidsomstandigheden en opleidingen van verpleegkundigen. De eerste Verpleegkundige Adviesraden (VAR) werden opgericht, die een adviserende functie kregen, maar geen formele invloed op besluitvorming.
1993	Het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) werd opgericht. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) trad in werking, waarin elke verpleegkundige werd opgenomen.
1994	Commissie Verzorging onderzocht de problematiek van verzorgenden en helpenden.
1995	De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) trad in werking.
1996	De koepelorganisatie AVVV werd opgericht, waarin circa vijftig kleinere verenigingen samengingen.
1997	Een nieuwe kwalificatiestructuur werd neergelegd, met een samenhangend opleidingsstelsel. De in-service opleiding werd opgeheven. Verpleegkundigen kwamen onder het tuchtrecht te vallen.
2006	De Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland werd opgericht.
2014	Een nieuw beroepsprofiel trad in werking (Nursing2020), bestaande uit acht competenties en gelijk aan het profiel van de arts en inmiddels hebben ook vele paramedische beroepen een CanMEDS-profiel.

Bron: www.mens-en-gezondheid.infonu.nl (bewerkt)

Evidence-based care in de verpleegkundige zorgpraktijk van 2020

De realiteit van 2020 is nu en dat geldt ook voor de competenties die in het nieuwe beroepsprofiel zijn beschreven. In 1832 moest een goede 'pleegzuster' al aan hoge eisen voldoen. Nu, bijna tweehonderd jaar later, is er een uitgebreid competentieprofiel, vergelijkbaar met dat van de medische professional, met de volgende zes competenties waarover de verpleegkundige anno 2020 moet beschikken als professionele zorgverlener (CanMeds-profiel, 2013):

1. de verpleegkundige als communicator;
2. de verpleegkundige als samenwerkingspartner;
3. de verpleegkundige als reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap;
4. de verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar;
5. de verpleegkundige als organisator;
6. de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar.

Deze zes competenties staan grafisch weergegeven in figuur 1.

Figuur 1 Competentiegebieden van de hbo-opgeleide verpleegkundige



De laatste tien tot vijftien jaar zijn de ontwikkelingen snel gegaan. Onder invloed van de verpleegkundig specialist en de Physician Assistant (twee nieuwe opleidingen op master-niveau) is de invloed van de wetenschap in het vakgebied toegenomen en zien patiënten en andere zorgprofessionals de verpleegkundige steeds meer als een zorgprofessional en partner in het zorgproces. Hoewel de introductie van de verpleegkundig specialist en de physician assistant in eerste instantie het resultaat was van een fel debat tussen de verschillende disciplines, het verwachte tekort aan artsen en de verschuiving van taken, zijn de verpleegkundig specialisten inmiddels zeer gewaardeerde partners onder collega's, de medische beroepsgroep en patiënten.

De masteropleiding Advanced Nursing Practice heeft er ook toe geleid dat er meer hoogleraren Verplegingswetenschap kwamen. Bij zes universitaire ziekenhuizen zijn hoogleraren op verschillende verpleegkundige vakgebieden actief. En heel recent is in een aantal ziekenhuizen de Verpleegkundige Adviesraad veranderd in het Verpleegkundig Stafbestuur, dat gelijkwaardig is aan het Medisch Stafbestuur (Skipr 22 april, 2015).

In het Erasmus MC, een gewaardeerde samenwerkingspartner van Hogeschool Rotterdam en het kenniscentrum, is een paar maanden geleden het besluit genomen om een hoogleraar Algemene Verplegingswetenschap aan te stellen. Dit is een mooie aanvulling op VIP2 (Verpleegkundige in Professie), een adviescommissie met als opdracht om de verpleegkundige beroepsgroep van het Erasmus MC te ondersteunen in het proces van professionalisering. Vanuit de onderzoekslijn Evidence-Based Care in Nursing is er een nauwe samenwerking met VIP2 en het programmabureau Werken in de Nieuwbouw om de effecten van de introductie van het nieuwe zorgconcept 'Persoonsgerichte Zorg' in kaart te brengen en te evalueren. De onderzoeksvraag richt zich daarbij op wat het effect van Persoonsgerichte Zorg is op de veiligheid van de patiënt en of het concept voldoet aan de verwachtingen en behoeften van de patiënt. Daarnaast is het de bedoeling om in kaart te brengen of het concept ook invloed heeft op het creëren van een professionele werkomgeving en een evidence-based verpleegkundige zorgpraktijk en daardoor de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren.

Overall komt er meer aandacht voor het creëren van een goede stimulerende werkomgeving voor de verpleegkundige beroepsgroep, in sommige ziekenhuizen zelfs heel expliciet door introductie van het MAGNET-concept. Het MAGNET-concept is in de Verenigde Staten in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstaan, toen er daar een groot tekort aan verpleegkundigen was. Een aantal ziekenhuizen slaagde er namelijk wel in om 'als een magneet' verpleegkundigen aan te trekken en ook te behouden. Een onderzoek in 41 ziekenhuizen maakte duidelijk op welke manier deze ziekenhuizen zich onderscheidden van andere ziekenhuizen. De MAGNET-ziekenhuizen gaan ervan uit dat de verpleegkundige autonoom werkt, professionele standaarden hanteert en binnen het kader

van inter- en multidisciplinaire patiëntenzorg zelfstandig beslissingen neemt. Kenmerken van MAGNET-ziekenhuizen zijn onder andere dat verpleegkundigen als autonome professional kunnen werken, toegang hebben tot bronnen en middelen om wetenschappelijke literatuur te raadplegen en indien nodig om experts te consulteren en in te zetten. Daarnaast is er verpleegkundig leiderschap en een heldere strategie om vorm te geven aan een op de patiëntgerichte visie op zorg. Als gevolg daarvan is er ook meer aandacht voor evidence-based handelen en het ontwikkelen van een professionele verpleegkundige zorgpraktijk (Hughes et al, 2008).

Duidelijkheid en transparantie

Vraag verpleegkundigen wat hun unieke bijdrage is aan de zorg en of die meerwaarde ook zichtbaar is, dan volgt er vaak een lange stilte. Dat terwijl een groot deel van de patiëntenzorg door de verpleegkundige wordt uitgevoerd (Hughes, 2008) en de verpleegkundige door velen gezien wordt als de spil in het zorgproces. De verpleegkundige 'bemoeit' zich met inhoudelijke en met organisatorische aspecten van zorg, in het hele continuüm van zorg en in alle sectoren: intra- en extramuraal. Maar ondanks de vele en vaak uitvoerige rapportages en overdrachten van de verpleegkundigen, blijft het vaak onduidelijk wat de verpleegkundige zorg precies inhoudt en staat er geen concrete informatie in die rapportages over de behaalde resultaten.

Uit wetenschappelijk onderzoek rond de implementatie van richtlijnen is bekend dat die richtlijnen wel geïmplementeerd worden, maar er is niet veel bekend over de manier waarop dat is gebeurd. Omdat ook de naleving van richtlijnen en protocollen slecht is geregistreerd, is het niet duidelijk of het probleem wel is opgelost. Verpleegkundigen moeten gemotiveerd worden om EBC in de dagelijkse verpleegkundige zorg actief toe te passen, inclusief de daarbij behorende registratie en rapportage. Een transparante rapportage is noodzakelijk, zeker gezien de toenemende complexiteit van zorg en de vele veranderingen in de zorg. En het belangrijkste argument voor transparantie: de patiënt! De patiënt wil goede en liefst de beste zorg krijgen en ook actief betrokken worden bij de besluitvorming, actief participeren in het maken van keuzes over de behandeling en ook steeds meer in het organiseren van de zorg, door eigen betrokkenheid of betrokkenheid van de familie of naasten, of via de patiëntenorganisaties. Zeker in een tijd waarin de zorg zo snel verandert.

De zorg verandert!

De zorg voor de patiënt verandert op vele aspecten. Door technologische ontwikkelingen zijn er nieuwe behandelmogelijkheden, maar ook de organisatie van de zorg verandert. Door de directe betrokkenheid van verpleegkundigen in alle sectoren, hebben deze veranderingen ook effect op de verpleegkundige zorg.

De toenemende complexiteit van zorg, de toename van het aantal chronisch zieken, de transmuralisering (het vervagen van grenzen tussen de thuiszorg, verpleeghuiszorg en ziekenhuiszorg), de introductie van nieuwe behandeltechnieken en technologische ontwikkelingen, de introductie van nieuwe zorgconcepten en de aandacht voor patiëntenparticipatie zullen de nodige veranderingen met zich meebrengen voor de verpleegkundige beroepspraktijk.

- *De toenemende complexiteit van zorg.* Door demografische ontwikkelingen zoals ontgroening (minder jongeren) en vergrijzing (meer ouderen) van de bevolking zal het aantal chronisch zieken en zieken met complexe ziektebeelden toenemen. Ernstige, vaak kortdurende ziektebeelden met tot voor kort veelal een fatale afloop, worden chronische ziektebeelden en vragen om andere behandelingen, met complexe en ook langdurige zorgprocessen (Yach et al., 2004). Veranderingen die ook nieuwe vragen oproepen, met ethische dilemma's rond de vraag of alles wat kan ook moet (ZonMw, 2013). Nieuwe zorgprofessionals doen hun intrede in de zorg en de zorg wordt steeds vaker verleend door multidisciplinaire teams, waarbinnen de verpleegkundige een centrale rol inneemt (Hughes, 2008; Grotendorst, 2012)
- *De transmuralisering van de zorg.* De muren tussen de monodisciplinaire silo's in de ziekenhuizen waarin verpleegkundigen tot voor kort (en misschien nog steeds) werkten, verdwijnen langzaam maar zeker, evenals de muren tussen de verschillende zorgorganisaties. Patiënten blijven langer thuis, worden later opgenomen in het ziekenhuis voor een medische interventie en worden eerder ontslagen. Professionals in de thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen en ziekenhuizen zullen daarom steeds meer gaan samenwerken. Want in de praktijk betekent dit veelal dat wat voorheen 'ziekenhuis verplaatste zorg' heette, nu gewoon thuiszorg wordt. In deze thuiszorg vervult de verpleegkundige een centrale rol en is zij verantwoordelijk voor de indicatiestelling en de zorgverlening en zorgt zij ervoor dat de juiste informatie, op het juiste moment voor de juiste zorgverlener en voor patiënten beschikbaar is (De wijkverpleegkundige, De Zichtbare Schakel).
- *Nieuwe behandeltechnieken en technologische ontwikkelingen.* Bij de toename van gebruik van thuiszorgtechnologie zoals thuisbeademing en thuisdialyse, is samenwerken in de keten en dus ook met de verpleegkundige, essentieel (Hessels et al., 2013). Ook vindt nabehandeling met orale anti-tumorthapie steeds vaker plaats en zijn er nog veel vragen rondom de begeleiding van patiënten (Winkeljohn, 2010). De minimaal invasieve chirurgie, de sleutelgatchirurgie of kijkoperatie, is inmiddels 'standard operational procedure' bij vele kleine, maar ook grote complexe ingrepen. Aan deze manier van opereren die de patiënt minder pijn en een sneller herstel bracht, bleken meer risico's te zitten, voor de operateur maar ook voor de verpleegkundige (Risico's Minimaal Invasieve Chirurgie onderschat, 2007). Bij klinische ingrepen

is de opnameduur korter en veel ingrepen vinden tegenwoordig plaats in dagbehandeling, waardoor de verpleegkundige zorg intensiever wordt.

- *De introductie van nieuwe zorgconcepten.* De zorg verandert van aanbodgericht naar vraaggericht (patiëntgerichte zorg of Person Centred Care) en van 'quality-based' naar 'value-based' met de nadruk op veiligheid. De daaraan gekoppelde discussie over de financiering van zorg en de toenemende druk van buitenaf door accreditatie-eisen en de introductie van vele indicatoren, maken de introductie van nieuwe zorgconcepten niet gemakkelijker.
- *Patiëntenparticipatie.* In het huidige zorgsysteem zijn patiënten van passieve ontvangers van zorg veranderd in actieve en goed geïnformeerde 'empowered' partners in de zorg. Begrippen als 'informed consent' (het informeren van de patiënt over de behandeling en mogelijke consequenties) en 'shared decision-making' (zorgprofessional en patiënt nemen gezamenlijk een besluit over de zorg), zijn niet meer weg te denken. Het accent ligt op zelfmanagement en preventie en het actief betrekken van patiënten bij de zorg. Naast de actieve betrokkenheid bij besluitvorming over de behandeling en de organisatie van zorg, zijn patiënten steeds meer betrokken bij het ontwikkelen van veiligheidsbeleid en als adviseur bij onderzoek naar de organisatie van zorg. Ook in de zorg doet de participatiemaatschappij haar intrede.

Al deze nieuwe ontwikkelingen hebben gevolgen voor de eisen die gesteld worden aan de kennis en vaardigheden van de verpleegkundige. Naast de vaktechnische kennis en vaardigheden zullen zorgprofessionals en zeker ook de verpleegkundige van de toekomst moeten beschikken over een aantal generalistische, meer sociale vaardigheden. Vaardigheden die een bijdrage leveren aan het herstellen en bevorderen van de gezondheid en het zelfstandig functioneren van de patiënt of cliënt. De zorg verandert van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag'. Bij ziektebeelden waar leefstijl een belangrijke factor is, zoals bij vele chronische ziektebeelden, moet de zorgverlener eerder, sneller en gericht handelen. Voor de verpleegkundige liggen de belangrijkste taken bij zelfmanagement, preventie en participatie (RIVM, 2013).

De multidisciplinaire teams, bestaande uit zorgprofessionals van verschillende medische, paramedische en verpleegkundige disciplines, zullen gezamenlijk moeten beschikken over de benodigde competenties, over die kennis en vaardigheden die op dat moment voor die patiënt, met die zorgvraag in die situatie nodig zijn (Kaljouw, 2015; Naar nieuwe Zorg en Zorgberoepen, 2015). De competenties die bij de toekomstige zorgvraag passen, maar eigenlijk nu al nodig zijn.

De ontwikkelingen in de wijkverpleging vormen een mooi voorbeeld van de centrale, maar ook complexe rol die de verpleegkundige daarin heeft. De wijkverpleegkundige levert integrale zorg, dat wil zeggen dat zij indiceert, organiseert en zorg verleent. En dat alles in nauw overleg met patiënten, cliënten

en familie, naasten en mantelzorgers en (soms) vele andere zorgverleners. De wijkverpleegkundige stelt samen met de patiënt of cliënt vast wat de zorgvraag precies inhoudt, wat het probleem is en welke zorg nodig is om vervolgens tot een effectieve aanpak te komen, veelal multidisciplinair. Een complexe taak waar veel kennis en kunde voor nodig is. Tot nu toe waren de beroepskaders voor de wijkverpleegkundige vooral gericht op kostenreductie en waren de professionele beroepskaders niet expliciet omschreven. Het nieuwe curriculum leidt de verpleegkundige professionals voor de toekomst op, maar voor de huidige verpleegkundigen en zeker ook voor de wijkverpleegkundigen is een leven lang leren, nu de realiteit. Dat poneerde Catharina van Oostveen al als stelling bij haar proefschrift 'V&V2020 is de realiteit van nu en niet van 2040!' (Oostveen, 2015). De zorg ziet er nu al anders uit en zal nog verder veranderen.

Een nieuw zorgmodel en de rol van de verpleegkundige

De zorg verandert door nieuwe behandel mogelijkheden en technologische ontwikkelingen, maar ook de organisatie van zorg zal de komende jaren sterk veranderen. Om in te kunnen spelen op deze nieuwe ontwikkelingen is door een landelijke commissie de toekomstige zorgvraag in kaart gebracht. Dit heeft geresulteerd in een nieuw, dynamisch zorgmodel, het zogenaamde ABCD-model met vier zorggebieden: voorzorg (A), gemeenschapszorg (B), laagcomplex en complexe zorg (C) en hoogcomplex zorg (D) (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015):

- *Voorzorg* is vooral gericht op preventie en het bevorderen van een gezonde levensstijl en het voeren van een eigen regie. Voorzorg vindt vooral plaats op school, op het werk en in de buurt.
- *Gemeenschapszorg* is gericht op herstel van het functioneren. De burger regelt de gemeenschapszorg vooral via het eigen netwerk, ondersteund door technologie. Er is een aanspreekpunt en een professioneel vangnet.
- *Laagcomplex en complexe zorg* is basiszorg en gespecialiseerde zorg (acuut en planbaar). Zij is gericht op snel herstel en zelfstandig functioneren. Ook hier speelt technologie een belangrijke rol.
- Ten slotte is er *hoogcomplex zorg* voor ernstige aandoeningen en ingewikkelde behandelingen. Het is bij deze zorgvorm moeilijk voorspelbaar welke zorg nodig is. Zij vindt plaats in gespecialiseerde centra, waar veel technologie voorhanden is. De langdurige zorg voor mensen met een ernstige lichamelijke of psychische aandoening zal hoofdzakelijk thuis plaatsvinden of in kleinschalige centra (Zorginstituut Nederland, 2015).

Het beeld dat hier geschetst is, laat duidelijk zien dat de zorgprofessional van de toekomst breed inzetbaar moet zijn en waarschijnlijk ook in meerdere sectoren. Dit betekent dat de verpleegkundige van de toekomst niet alleen is gericht op de 'cure' en de 'care', maar ook op het zoeken naar oplossingen in de directe

leefomgeving van de patiënt of cliënt. De rol van de verpleegkundige verandert van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. De focus komt naast de directe verpleegkundige zorg ook te liggen op de gevolgen van de ziekte voor de patiënten en familie.

De verpleegkundige ondersteunt patiënten en cliënten in zelfmanagement (V&V2020, 2014): zelfmanagement in het volgen van de medicatievoorschriften of leefregels, en zelfmanagement in het omgaan met de beperkingen die een bepaald ziektebeeld met zich mee brengt. Preventie, het behouden van gezondheid en het voorkomen van gezondheidsrisico's, zijn belangrijke aandachtspunten.

Al deze veranderingen hebben tot gevolg dat de aandacht meer komt te liggen op professioneel handelen. Voor verpleegkundigen betekent dit het kunnen onderbouwen van de verpleegkundige zorg: aan medeprofessionals, aan financiers en vooral aan de patiënt. Een verpleegkundige praktijk die goed is onderbouwd door integratie van wetenschappelijk onderzoek in het verpleegkundig handelen en een adequate coördinatie en organisatie van zorg door een doelmatige inzet van mensen en middelen. Het is tijd voor de reflecterende 'EBC-professional' voor de verpleegkundige die "streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn" (V&V2020, 2013, deel 3, Beroepsprofiel Verpleegkundige, blz.25).

Evidence-based care: wat het is en wat het niet is

In de literatuur zijn verschillende termen te vinden, die in essentie hetzelfde betekenen, maar afhankelijk van de context of de doelgroep net iets anders zijn benoemd: evidence-based medicine als het om de medisch handelen en de medische beroepsgroep gaat en evidence-based nursing voor de verpleegkundigen. Bij evidence-based practice ligt het accent op evidence-based handelen in de zorgpraktijk, ongeacht de discipline. Vooral de laatste jaren zijn evidence-based medicine, nursing of practice erg populair ook in de wetenschappelijke literatuur. Typ evidence-based medicine (EBM) als zoekterm in de medische database PubMed en er verschijnen meer dan honderdduizend hits, bij evidence-based practice (EBP) zijn dat er meer dan 11.000, bij evidence-based nursing (EBN) bijna 9.000 en evidence-based care (EBC) geeft meer dan 40.000 hits. De eerste EBM-artikelen, waarvan het allereerste artikel in 1899 is gepubliceerd, waren resultaten van biomedisch onderzoek waarin een bestaande wetenschappelijke medische uitspraak werd weerlegd. De echte hausse aan artikelen, waarin auteurs echt spraken van 'evidence-based medicine' als één begrip, verscheen pas vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw.

De vraag wat deze termen nu eigenlijk wel of niet inhouden, is ook terug te vinden in de literatuur, eigenlijk vanaf het begin. Zoals in de volgende artikelen: 'Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't' (Sackett et al., 1996), 'Evidence-Based Nursing: What It Is and What It Isn't' (Ingersoll, 2000) en 'The Zombie Science of Evidence-Based Medicine' (Charlton, 2009), en in een zeer recent artikel: 'Evidence-Based Medicine: a movement in crisis?' (Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014). Tussen de eerste en de laatste publicatie liggen duizenden publicaties vanuit vele medische, paramedische en verpleegkundige disciplines. Daarnaast is er de Cochrane Collaboration, een wetenschappelijk forum waar veel grootschalig systematisch wetenschappelijk onderzoek wordt samengebracht en geanalyseerd. Ook zijn er instituten met speciale expertise op het gebied van EBP en zijn er wetenschappelijke tijdschriften. Het AMC ten slotte biedt een masteropleiding Evidence-Based Practice aan en er zijn diverse leerboeken.

Ondanks alle kennis uit publicaties en binnen instituten en boeken is het moeilijk om aan te geven waar precies de verschillen liggen tussen EBM, EBN, EBP en EBC.

4.1 Evidence-based medicine

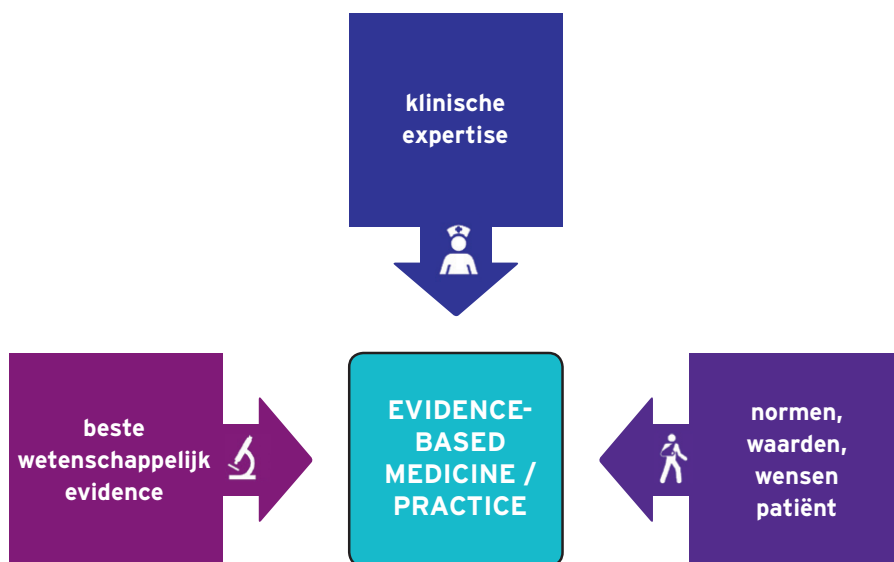
EBM was oorspronkelijk bedoeld om bewijs dat veelal beredeneerd en onderbouwd was vanuit het theoretisch biomedisch perspectief in een breder kader te zetten. Naast de resultaten van grote klinische studies, vormden de observaties en de klinische ervaring van de professional bij EBM de basis voor het nemen van beslissingen over de behandeling van de individuele patiënt (Sackett et al., 2000). Het doel van EBM was om de zorg met goede wetenschappelijke argumenten te onderbouwen, beter af te stemmen op de individuele patiënt en op deze manier veilig, betrouwbaar en efficiënt te maken en was als volgt gedefinieerd:

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

(Sackett et al., 1996)

Met 'best clinical evidence' werd bedoeld: het beste wetenschappelijke en klinisch relevante bewijs. Met 'clinical expertise' werd bedoeld: de competentie om snel de risico's en de kansen op succes in te schatten en te beslissen of dit bewijs past bij deze individuele patiënt, gezien de gezondheidstoestand en de individuele omstandigheden van de patiënt en de eigen professionele normen en waarden. Met 'patiënt values' werd bedoeld: de vaardigheid om in de besluitvorming de zorgen, verwachtingen en wensen van de patiënt mee te nemen en zo de beste zorg te kunnen bieden (Sackett et al., 2000). Als we kijken naar de figuur van EBP dan zien we eigenlijk dezelfde elementen.

Figuur 2 geeft de elementen van EBM/EBP grafisch weer.



Gebaseerd op: Sackett et al., 1996

In de afgelopen twintig jaar is de stroming van EBM, die eigenlijk al dateert uit de eerste helft van de 19^{de} eeuw, een nieuw paradigma geworden dat door velen omarmd werd, maar ook onderwerp van kritiek werd. De eerste publicatie met kritische opmerkingen dateert uit 1996 waarin Sackett fulmineert tegen het reduceren van EBM tot het toepassen van wetenschappelijke resultaten uit grote klinische studies (Sackett, 1996). Dit en een aantal andere argumenten vinden we in vele artikelen terug en in 2014 publiceerden vertegenwoordigers van de Evidence-Based Medicine Working/Renaissance Group een artikel waarin de auteurs pleiten voor een herwaardering van het begrip EBM (Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014).

De belangrijkste kritiek uit de artikelen komt neer op de volgende punten: EBM is 'oude wijn in nieuwe zakken', is moeilijk te implementeren (men heeft geen tijd om al die relevante literatuur te lezen), EBM blijft beperkt tot een theoretische exercitie en ten slotte, 'EBM is a cookbook recipe', en juist dat vonden de echte aanhangers natuurlijk niet! Verder maken de auteurs bezwaar tegen het feit dat alleen grote wetenschappelijke studies, de zogenaamde Random Clinical Trials (RCTs), als geldig bewijs gezien worden. Dit betekent dat studies die lager op de wetenschappelijke ladder staan, zoals case studies en observaties, dus kwalitatief onderzoek, niet worden geaccepteerd als bewijs.

Vanaf het begin waren professionals bang dat de hoge waardering van data van grote klinische trials de kennis en de klinische ervaring van de professional zou devalueren. Daarnaast vragen de professionals zich af of klinische studies op een

hoog abstractieniveau, wetenschappelijk onderzoek onder een grote populatie, een goede onderbouwing geven om besluiten te nemen over de behandeling van een individuele patiënt. De resultaten uit die grote studies zijn niet zonder meer bruikbaar voor de individuele patiënt die diabetes heeft of hartproblemen, maar wat betreft leeftijd net buiten de patiëntengroep valt over wie in een bepaalde studie uitspraken gedaan worden (Timmermans-Berg, 2003). Ook wordt hierbij volgens hen voorbijgegaan aan het feit dat EBM eveneens is gebaseerd op klinische ervaring en de opinie van experts binnen een bepaald gebied. Binnen EBM is altijd veel aandacht geweest voor het beste wetenschappelijke bewijs en pas bij ontbreken daarvan, voor de klinische expertise. De klinische expertise heeft daarbij een veel lagere status, terwijl volgens de critici juist de klinische kennis en ervaring van professionals en resultaten van kwalitatief onderzoek (met ook een lage status) veel relevante en waardevolle kennis kan opleveren.

Daar staat tegenover dat grote klinische studies voor de praktijk wel heel relevant kunnen zijn. Kijk bijvoorbeeld naar richtlijnen voor vaccinatieprogramma's bij jonge kinderen of de richtlijnen voor infectiepreventie. Er zijn verpleegkundige interventies die gebaseerd zijn op grote klinische studies en die in de praktijk heel bruikbaar zijn voor grote groepen patiënten. Er zijn richtlijnen voor handhygiëne die ook in veel verschillende situaties, altijd gevolgd moeten worden. Eventuele aanpassingen hebben geen inhoudelijke consequenties, maar hebben dan te maken met de fysieke omgeving.

Een richtlijn voor het geven van wisselgigging als preventie tegen het ontstaan van decubitus, roept echter in bepaalde situaties vragen op. Bij patiënten met een laag risico op doorliggen is het over het algemeen niet noodzakelijk om wisselgigging toe te passen, maar bij patiënten voor wie wisselgigging een te grote inspanning is, moet een andere oplossing gezocht worden (Richtlijn Decubitus in de Thuiszorg, 2003). De verpleegkundige zal als zorgprofessional op basis van de eigen ervaring en klinische blik voor een alternatieve oplossing kiezen en aanvullend bewijs zoeken. En kan een benadering als EBM daarbij ondersteuning bieden?

4.2 Evidence-based nursing

Kort na de introductie van EBM begon ook de verpleegkundige beroepsgroep zich te interesseren voor het fenomeen en ontstond evidence-based nursing (EBN). Net als EBM werden over EBN kritische geluiden gehoord. Volgens DiCenso, Cullum en Ciliska (1998) was EBN niet nieuw, deden de verpleegkundigen het al jaren zo, resulteert EBN in te veel standaardisering van zorg en is er geen aandacht voor de individuele patiënt. Volgens de auteurs ligt ook bij EBN bij het zoeken naar bewijs het accent te vaak op grote wetenschappelijke klinische studies en systematic reviews. Daarnaast blijkt dat evidence-based handelen voor verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk de nodige problemen oplevert.

Hoewel EBM rekening hield met de toestand en de omstandigheden van de individuele patiënt, werd de patiënt in eerste instantie niet echt actief betrokken bij de besluitvorming. Besluitvorming vond meestal plaats *over* de patiënt maar niet *met* de patiënt. Bij EBN zijn juist de wensen en behoeften van de patiënt doorslaggevend bij de besluitvorming. Tegenwoordig is de patiënt steeds vaker als derde partner betrokken bij het ontwikkelen van richtlijnen (tripartite richtlijn).

Definitie en elementen van EBN

Ook voor de verpleegkunde verschenen al snel artikelen waarin aandacht werd besteed aan wat EBN nu eigenlijk inhield. Kennelijk was er nogal wat verwarring en dacht men 'nursing research', verpleegkundig onderzoek, toegankelijker te maken door het een-op-een te vervangen door EBN (Polit-Beck, 2006). In de kritiek wees men erop dat er wel degelijk een verschil is tussen verpleegkundig onderzoek en EBN. Bij EBN gaat het om het toepassen van (o.a. wetenschappelijke) kennis om de zorg aan een patiënt of patiënten te verbeteren en bij verpleegkundig onderzoek om het ontdekken en ontwikkelen van wetenschappelijke kennis over grotere patiëntengroepen. Daarnaast was men bang dat alleen bewijs uit grote wetenschappelijke studies als wetenschappelijk bewijs geaccepteerd zou worden. In veel artikelen over EBM werd kwalitatief onderzoek als minder valide en minder betrouwbaar gezien en als onderbouwing van de besluitvorming dus niet bruikbaar. Volgens de critici zijn grote klinische studies zeker een goede bron voor bewijs, maar kunnen resultaten uit kwalitatief onderzoek waardevolle informatie leveren om in de praktijk de juiste keuzes te maken en daarbij rekening te houden met de individuele patiënt en zijn of haar persoonlijke wensen. Resultaten van kwalitatief onderzoek zijn voor de verpleegkundige en de verpleegkundige praktijk net zo belangrijk als resultaten uit kwantitatief onderzoek en een goede onderbouwing van het verpleegkundig handelen (Youngblut-Brooten, 2001).

Inhoudelijk zijn de basiselementen van EBM en EBN identiek en zijn de verschillen alleen te vinden in de professionele discipline, de medische dan wel de verpleegkundige discipline.

EBN is als volgt gedefinieerd:

EBN is the conscientious, explicit and judicious use of theory-derived, research-based information in making decisions about care delivery to individuals or groups of patients and in consideration of individual needs and preferences.
(Ingersoll, 2000)

In Nederland wordt voor de verpleegkundige beroepsgroep de definitie van Offringa het meest gebruikt:

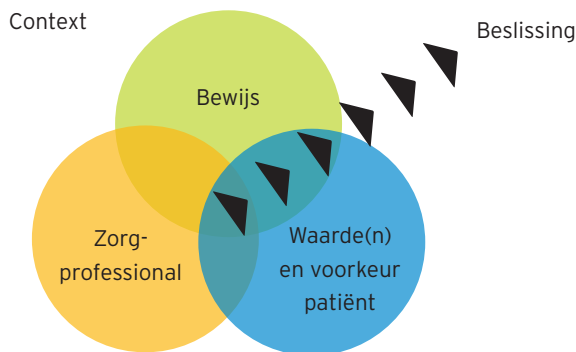
“Evidence-based nursing is het zorgvuldig, oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal en evidence om beslissingen te nemen met individuele patiënten om de zorgverlening te verbeteren.

(Offringa, in Evidence-based practice voor verpleegkundigen, 2012)

Ook bij EBN gaat het om de integratie van de eigen professionele kennis van de verpleegkundige, de wensen en voorkeuren van de patiënt en het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is. Bij de uiteindelijke besluitvorming staan de wensen en verwachtingen van de patiënt centraal.

In de definitie wordt de term ‘evidence’ gebruikt omdat de term ‘bewijs’ in de Nederlandse situatie uitsluitend gezien wordt als bewijs uit wetenschappelijk onderzoek. De term ‘evidence’ omvat meerdere vormen van bewijs, dus ook klinische ervaring en de opinie van experts. In de verpleegkundige praktijk zijn resultaten van kwantitatief onderzoek maar juist ook bewijs uit kwalitatief onderzoek, zoals een casestudie of observaties, belangrijke bronnen van informatie. De term ‘evidence’ plaatst EBN in een breder perspectief en omvat naast kennis uit wetenschappelijk onderzoek, ook de kennis uit feedback, kennis en opinies van collega’s en kennis door klinische ervaring aangevuld met de wensen van de patiënt (Cox et al., 2012). Dit betekent dat het soms beter is om van de voorgeschreven richtlijnen of protocollen af te wijken, zoals bijvoorbeeld bij klinische paden bij een standaard nabehandeling.

Figuur 3 visualiseert het nemen van een beslissing op basis van EBN.



Bron: Cox et al., 2012

EBN en klinische paden

Het uiteindelijke besluit om bepaalde resultaten van wetenschappelijk onderzoek toe te passen in de verpleegkundige praktijk, is een afgewogen besluit van de verpleegkundige. Het is een besluit dat de individuele verpleegkundige neemt op basis van een beoordeling van de specifieke omstandigheden bij deze patiënt, in deze situatie en met deze patiënt. Juist de patiënt krijgt in de huidige zorgpraktijk een steeds grotere rol in de besluitvorming. In de dagelijkse zorgpraktijk wordt dan ook regelmatig het besluit genomen om af te wijken van een protocol of van de voorgeschreven procedure. Bij EBN zal de verpleegkundige onderbouwen waarom en op welke manier is afgeweken van de bestaande richtlijn of het protocol en zo nieuwe kennis genereren. Deze nieuwe kennis kan belangrijk zijn voor patiënten in een vergelijkbare situatie. Het toepassen van klinische paden in de dagelijkse praktijk is een mooi voorbeeld van deze manier van ontwikkelen van nieuwe kennis. Klinische paden zijn in eerste instantie ontwikkeld als ondersteuning van voorspelbare zorgprocessen, om die processen zo veel mogelijk te standaardiseren en daardoor effectiever en efficiënter te maken.

Een klinisch pad wordt als volgt omschreven:

“Een klinisch pad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren.”

(Sermeus et al., 2002)

Omdat steeds meer zorgprocessen de hele zorgketen omvatten en dus ook de poliklinische processen en vaak ook andere organisaties, spreekt men van 'zorgpaden'. De definitie van het klinische paden is daarop aangepast:

"Een zorgpad/klinisch pad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader."

(Sermeus et al., 2009)

In de dagelijkse zorgpraktijk blijken er echter regelmatig redenen te zijn om af te wijken van het klinische pad. Een goed voorbeeld daarvan is het klinisch pad voor de orthopedische patiënt (zie de tekst in het kader).

Het klinisch pad voor de orthopedische patiënt

In Nederland is de vervanging van een heup een veel voorkomende orthopedische ingreep bij over het algemeen oudere patiënten, waarvoor een nationale multidisciplinaire richtlijn is ontwikkeld. De richtlijn is in veel ziekenhuizen verder ontwikkeld tot een klinisch pad, waarin per dag duidelijk staat aangegeven wat er met de patiënt moet gebeuren, bijvoorbeeld wat betreft medicatie of mobilisatie van de patiënt.

In 2030 is het aantal patiënten voor een totale heupprothese geschat op 31.731 per jaar en trendstudies laten zelfs nog veel grotere aantallen zien. Tussen deze grote groep patiënten zitten ook patiënten die wellicht diabetes of hartproblemen hebben. Dan kunnen er argumenten zijn om voor deze ene patiënt de medicatievoorschriften of het revalidatieproces bij te stellen. Dit is echter geen reden om vervolgens ook het klinisch pad voor alle patiënten aan te passen. De toegevoegde waarde van EBCN is dat de verpleegkundige in de rapportage duidelijk aangeeft waarom van het klinisch pad is afgeweken, wat de interventie precies inhoudt en wat deze zou moeten opleveren. Op basis van die gegenereerde informatie kan men vervolgens besluiten om het klinisch pad alsnog voor een goed beschreven kleinere groep patiënten aan te passen. Maar de informatie levert geen gefundeerde argumenten om het klinisch pad vervolgens voor de hele groep bij te stellen (Sermeus et al., 2003).

EBN en transmurale zorg

Een actuele ontwikkeling waar de verpleegkundige een centrale rol inneemt is de transmurale zorg bij de introductie van 'Better in, Better out' (BiBo) projecten. Bij deze projecten wordt gekeken naar een betere voorbereiding van de patiënten in de thuissituatie, voorafgaand aan de opname in het ziekenhuis. Bij dit voorbereidingstraject kunnen verschillende professionals betrokken zijn, naast de behandelend arts, bijvoorbeeld de fysiotherapeut, de diëtiste of de (wijk) verpleegkundige. Interventies in de thuissituatie voorafgaand aan de opname moeten de patiënt in een betere conditie brengen, er toe leiden dat de zorg in het ziekenhuis beter is afgestemd op de patiënt en moeten zorgen voor een goede begeleiding van de patiënt na ontslag (ZonMw, 2012). Deze ontwikkeling laat tegelijkertijd zien hoe complex de zorg is. Het gaat om inhoudelijke aspecten, maar ook de organisatie van zorg, dat wil zeggen: de communicatie en coördinatie, is een belangrijk aandachtspunt.

Vanuit de onderzoekslijn EBCN is met het Aafje Zorghotel en het Maasstad Ziekenhuis een eerste stap gezet ter voorbereiding op een project voor kwetsbare, veelal oudere, patiënten die voor vervanging van een heup worden opgenomen. In dit Better in Better out (BiBo) project werken studenten van verschillende opleidingen samen: HBO-V, zorgtechnologie en fysiotherapie. Het huidige zorgtraject (inclusief de thuissituatie) wordt in kaart gebracht en vormt de input voor een herontwerp van het hele zorgtraject, waarbij vooral gekeken wordt naar interventies die de patiënt in de periode voorafgaand aan de opname in het ziekenhuis in een betere conditie brengen. Ook in het traject, na ontslag uit het ziekenhuis, wordt gekeken naar interventies die het revalidatieproces van patiënten kunnen verbeteren.

Bij het onderzoek rond de implementatie van het traject worden opnieuw studenten ingezet. Studenten werken samen in de minorfase en waar mogelijk zullen de resultaten worden ingezet bij afstudeeropdrachten, zodat het hele proces van exploreren, herontwerpen, implementeren en evalueren in het onderwijs is geïntegreerd.

Dit project laat al zien dat het niet alleen gaat om medisch, paramedisch of verpleegkundig inhoudelijke aspecten van zorg, maar ook om de organisatie van zorg; dus om Evidence-based care (EBC).

4.3 EBN in breder perspectief

Evidence-based care is een term die breder is dan evidence-based nursing. EBC is naast de inhoudelijke medische, paramedische of verpleegkundige interventies ook gericht op de organisatie van de zorg, met de vraag: doen we de goede dingen en hebben we die ook goed georganiseerd? In de huidige tijd van complexe ingrepen en de ontwikkeling van de transmurale zorg, is de term evidence-based care dan ook heel toepasselijk.

De term evidence-based care wordt ook in de wetenschappelijke literatuur veel gebruikt, maar is in die literatuur echter niet concreet gedefinieerd. Nicky Cullum (1998), een expert op het gebied van EBC, ziet evidence uit wetenschappelijk onderzoek, de klinische expertise van de professional, de wensen en ervaringen van de patiënt maar ook de beschikbaarheid van mensen en middelen en allemaal als onderdelen (evidence) van EBC. In haar visie is EBN is een onderdeel van EBC en wordt evidence-based handelen EBCN en als volgt gedefinieerd:

“Evidence-based care in nursing is the conscientious, explicit and judicious use of theory-derived, research-based information, clinical expertise and patient's preferences in making decisions about care delivery. EBCN is the application of valid, relevant, research-based information in nurse decision-making. Research-based evidence is used alongside knowledge of the patients (their symptoms, diagnoses, and expressed preferences) and the context in which the decision is taking place (including the care setting and available resources), and in processing this information we the nurse uses expertise and judgments.

(Gebaseerd op: Cullum, 1998 en Cullum et al, 2007)

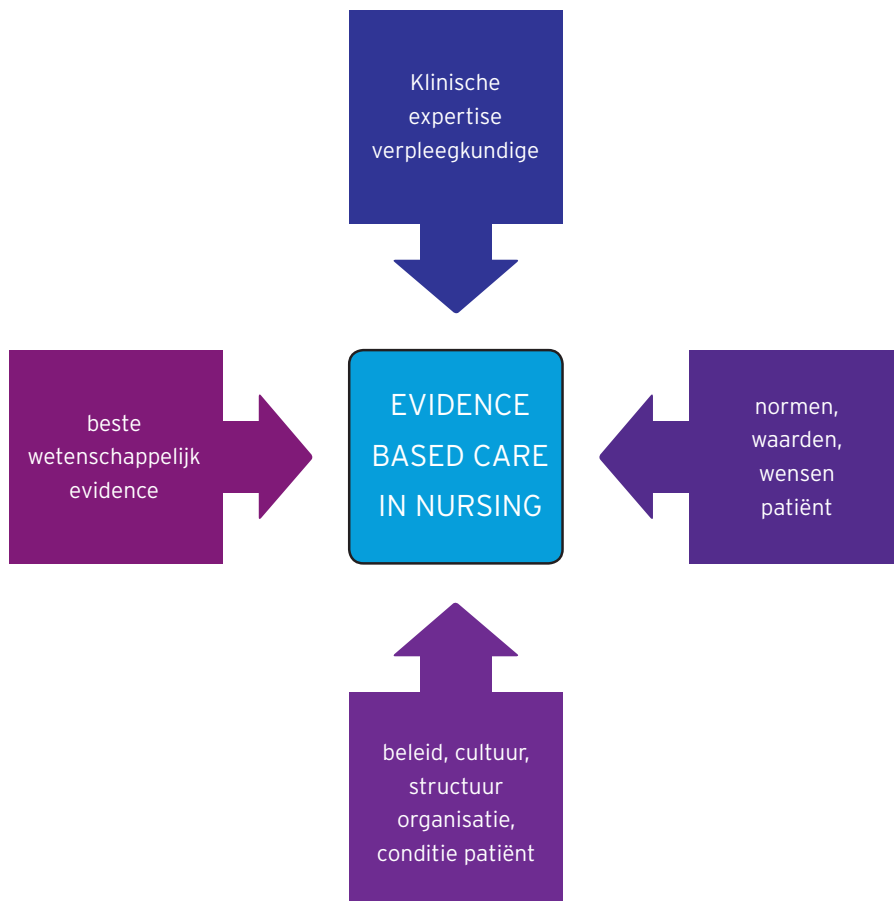
Deze definitie geeft een goede beschrijving van de complexiteit en de breedte van het zorgproces. Het omvat het verpleegkundige proces en de organisatie van zorg: de onderlinge afstemming en coördinatie van mono- en multidisciplinaire interventies in het hele zorgproces, inclusief maatregelen gericht op preventie. EBCN past daardoor ook goed bij het nieuwe ABCD-zorgmodel, waarbij (A) de Voorzorg en (B) de Gemeenschapzorg zorggebieden zijn waarin de verpleegkundige als zelfstandige professional een centrale rol gaat spelen en een grote diversiteit aan vraagstukken moet gaan oplossen. Bij (C) de laagcomplexe en complexe zorg en (D) de hoogcomplexe zorg is de verpleegkundige een van de teamleden van een multidisciplinair team van zorgprofessionals die in hoog gespecialiseerde units complexe zorg verlenen. (Commissie Innovatie Zorgberoepen, 2015). Ook bij deze twee laatste zorggebieden is het belangrijk dat verpleegkundige interventies, zoals preventieve maatregelen voor handhygiëne of doorligwonden (decubitus), verantwoord en succesvol worden ingezet en de zorg is afgestemd op de verwachtingen van de patiënt. Binnen deze twee zorggebieden bevindt zich een steeds groter wordende groep chronische patiënten met complexe ziektebeelden en is adequate verpleegkundige zorg op het gebied van preventie essentieel.

EBCN is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig toepassen van het beste bewijs om in overleg met de patiënt beslissingen te nemen in het zorgproces. Het gaat daarbij om integratie van:

1. De wensen en behoeften van de patiënt
2. De eigen professionele expertise
3. Het best beschikbare bewijs
4. Een goede inzet van mensen en middelen (goede coördinatie en communicatie)

Figuur 4 geeft deze vier elementen van besluitvorming met EBCN grafisch weer.

Figuur 4 Elementen van evidence-based care in nursing



Bij het proces van EBCN zal de verpleegkundige ook rekening houden met de organisatorische context waarbinnen de zorg moet plaatsvinden (Melnik et al., 2010). Zij vraagt zich daarbij af of de interventie haalbaar is voor de patiënt, maar ook of deze mogelijk is binnen de betreffende context. In de thuissituatie zal er een groter beroep gedaan worden op de creativiteit van de verpleegkundige.

In het ziekenhuis of verpleeghuis zijn er wellicht meer mogelijkheden voor technologische ondersteuning, en daarnaast is er 24 uur per dag en 7 dagen per week goede zorg beschikbaar.

Voor een goede besluitvorming en het maken van goede keuzes is het belangrijk dat:

- A het probleem goed omschreven is voor het kiezen van de juiste interventie
- B het beoordelen van het bewijs op een deskundige manier gebeurt;
- C de verpleegkundige beschikt over de juiste kennis en vaardigheden om in overleg met de patiënt tot een goed afgewogen besluit te komen.

Ad A Het klinische probleem en de interventie

Welke interventie de juiste is voor het oplossen van een probleem, is van verschillende factoren afhankelijk: 1) de gewenste uitkomst voor de patiënt, 2) de kenmerken van de verpleegkundige diagnose, 3) het beschikbare wetenschappelijke bewijs, 4) de haalbaarheid om de interventie in de praktijk toe te passen, 5) de afstemming met en acceptatie door de patiënt en 6) de kennis en vaardigheden van de verpleegkundige (Bulechek-McCloskey, 2003, pp 14-18). Het komen tot een besluit, stelt hoge eisen aan zowel de verpleegkundige als de omgeving.

Bij het zoeken naar de juiste oplossing voor een klinisch probleem is het belangrijk dat het resultaat van de interventie vooraf is vastgesteld. Dit betekent dat de verpleegkundige met alle relevante betrokkenen (de betrokken professionals en de patiënt) het gewenste resultaat van deze interventie bespreekt. Dit betekent ook dat de verpleegkundige met tussentijdse controles 'de vinger aan de pols' moet houden om de behandeling of zorg indien nodig bij te stellen en dat zichtbaar (en dus meetbaar) is of en wanneer het gewenste resultaat is behaald (Bulechek-McCloskey, 2004).

Voor het identificeren van het probleem en het vaststellen van de gewenste uitkomst in overleg met de patiënt, is het belangrijk om aan de hand van de PES-structuur (Probleem-Etiologie-Symptomen) het probleem (P), de oorzaken (E) en mogelijke symptomen (S) goed te omschrijven. Dit proces is niet alleen nodig voor het stellen van de juiste verpleegkundige diagnose, maar ook voor het kiezen van de juiste verpleegkundige interventie en het monitoren van de patiënt.

Omdat de verpleegkundige zorg ook, en misschien wel juist, gericht is op preventie, zijn veel verpleegkundige interventies bedoeld om complicaties zoals bijvoorbeeld doorligwonden bij kwetsbare patiënten, te voorkomen. Voor het maken van een eerste beoordeling, kan de verpleegkundige gebruikmaken van een risicomatrix. Daarmee is vast te stellen of de patiënt in een risicogroep valt en vervolgens goed onderbouwd en in overleg met de patiënt een beslissing te nemen over het toepassen van preventieve maatregelen, zoals regelmatige wisselgigging of een antidecubitusmatras. Ook het monitoren van pijn en levert in de praktijk regelmatig vragen op over het toepassen van de voorgeschreven interventie.

Het monitoren van pijn bij postoperatieve patiënten is daarvan een goed voorbeeld. Het postoperatief monitoren van pijn is een belangrijk onderdeel van de verpleegkundige zorg. Uit onderzoek blijkt dat tweederde van de patiënten opgenomen in ziekenhuizen pijn ervaart die nog steeds te weinig herkend en behandeld wordt. Slecht behandelde (acute) pijn kan leiden tot ernstige medische complicaties veroorzaakt door zware emotionele belasting en kan uiteindelijk leiden tot chronische pijn. Het op een goede manier meten, registreren en behandelen van pijn, ziekenhuisbreed, leidt tot positieve resultaten en is kosteneffectief.

HBOV-studenten hebben in een minor een literatuuronderzoek uitgevoerd naar belemmerende en bevorderende factoren bij het naleven van de richtlijn pijnmanagement. Vervolgens is een van de studenten in een afstudeeronderzoek verder gegaan met dit onderwerp bij een specifieke patiëntengroep. In het afstudeeronderzoek zijn interviews uitgevoerd en is verpleegkundigen naar hun mening gevraagd over pijnmanagement en problemen die zij ervaren bij het afnemen van een pijnmeting. Het onderzoek heeft geresulteerd in aanbevelingen voor de klinische praktijk. In een volgend onderzoek gaan studenten bij een andere patiëntengroep kijken naar de problemen die verpleegkundigen ervaren bij pijnmanagement met het doel om het protocol te veranderen in een richtlijn die kan worden aangepast aan de patiënt, de ingreep of aan de sociale of fysieke context. Daarnaast zullen studenten onderzoek doen naar preventieve interventies om pijn postoperatief te voorkomen.

Ad B Het beoordelen van bewijs op wetenschappelijke waarde en bruikbaarheid

Of het gevonden bewijs het beste bewijs is en de geselecteerde interventie de juiste is, is van meerdere factoren afhankelijk.

Het beoordelen van het bewijs gebeurt aan de hand van drie criteria: 1) het bewijs beoordeeld op wetenschappelijke waarde: herhaalbaarheid, wetenschappelijk niveau van de studie, en mogelijke risico's, 2) het bewijs beoordeeld op bruikbaarheid in de praktijk: de klinische relevantie, de mate waarin de verpleegkundige de interventie kan monitoren en de haalbaarheid, en 3) een inschatting van de kosten van de interventie. Het beoordelen van bewijs uit wetenschappelijk onderzoek is een complex en tijdrovend proces, maar er zijn overzichtelijke schema's beschikbaar waarmee men op een snelle manier het niveau van onderzoek kan beoordelen: door het Joanna Briggs Instituut is voor de verpleegkundigen en verloskundigen een tabel ontwikkeld die de verschillende niveaus van bewijsvoering in wetenschappelijk onderzoek kort weergeeft. Zie tabel 2.

Tabel 2 Beoordelingssysteem voor niveaus van wetenschappelijk bewijs.

Niveau	Definitie
Niveau I	Bewijs van een systematic review van alle relevante gerandomiseerde studies
Niveau II	Bewijs van minimaal één gerandomiseerde studie, ontworpen volgens de regels van wetenschappelijk onderzoek
Niveau III.1	Bewijs van goed ontworpen gecontroleerde studies, zonder randomisatie
Niveau III.2	Bewijs van goed ontworpen cohort of case studies, bij voorkeur bij meer dan één organisatie of onderzoeksgroep
Niveau III.3	Bewijs van meerdere multi-time series (op verschillende momenten over een bepaalde periode) met of zonder interventie. Sterke resultaten van experimentele studies, zonder controlegroep
Niveau IV	Opinie van experts uit het veld, gebaseerd op klinische expertise, beschrijvende studies of rapportages van expertcommissies

Gebaseerd op: *Appraising systematic reviews. Changing Practice 2000. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery.*

Na het beoordelen van het bewijs komt het volgende criterium: het toetsen van de haalbaarheid, die van vele factoren afhankelijk is. De verpleegkundige moet rekening houden met de medische of paramedische behandeling van de patiënt, zodat die door de verpleegkundige interventie niet wordt ondermijnd. Als laatste criterium zijn er, zeker in de huidige tijd, de kosten die aan de interventie verbonden zijn.

Ad C De kennis en kunde van de verpleegkundige

De verpleegkundige moet in staat zijn om de resultaten van wetenschappelijk onderzoek te beoordelen op bruikbaarheid en daarvoor over de juiste kennis en vaardigheden beschikken. De verpleegkundige moet in staat zijn om het wetenschappelijke bewijs van een interventie op waarde te schatten en beschikken over de juiste psychomotorische (weten en kunnen) en interpersoonlijke vaardigheden om de beschikbare middelen en bronnen goed te gebruiken. Dit betekent ook op tijd de hulp moet inroepen van collega's die wellicht meer ervaring hebben met bepaalde interventies of patiëntengroepen.

Daarna volgt de belangrijkste stap, namelijk de afstemming met de patiënt. Een goede afstemming met de patiënt over het te bereiken resultaat is een belangrijke factor voor het wel of niet slagen van de interventie en dus cruciaal in het besluitvormingsproces. Het is essentieel de patiënt, familie en/of naasten zo snel mogelijk actief bij het proces van besluitvorming te betrekken. De verwachtingen van de patiënt over de uitkomsten van de interventie, maar ook de persoonlijke en culturele achtergrond van de patiënt, zijn factoren die bij het maken van keuzes voor een bepaalde interventie doorslaggevend zijn in de besluitvorming.

Voor een goede besluitvorming en integratie van evidence is een goede basis van verpleegkundig onderzoek onontbeerlijk.

43

4.4 EBCN en verpleegkundig onderzoek

Verpleegkundig onderzoek (nursing research) is wetenschappelijk onderzoek met als doel kennis te genereren die voor de beroepsgroep en de beroepspraktijk in de meest brede zin belangrijk is. Verpleegkundig onderzoek is in Nederland pas in de laatste decennia van de vorige eeuw op de agenda gezet. Hoewel er in Amerika al veel lokale initiatieven waren (in 1923 startte op Columbia University het eerste 'Doctoral Program' voor verpleegkundigen en in 1930 verschenen casestudies in het American Journal of Nursing), duurde het nog lang voordat verpleegkundig onderzoek ook daadwerkelijk gebruikt werd in de dagelijkse beroepspraktijk. Pas in de laatste twee decennia werden de termen 'research utilization' (gebruiken van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek) en 'evidence-based practice' belangrijke begrippen (Polit-Beck, 2004). Steeds meer verpleegkundigen kregen belangstelling voor het doen van onderzoek en voor het gebruiken van de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek in de dagelijkse patiëntenzorg. In Amerika werd in 1993 het National Institute of Nursing Research opgericht en in Nederland kwamen de eerste verplegingswetenschappers van de universiteit. De toename van hoger opgeleide verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk zorgde ervoor dat interventies niet zonder meer werden ingevoerd, maar ook geëvalueerd op effect. Er kwamen meer kritische vragen als: "Past deze interventie eigenlijk wel bij onze patiëntengroep?" en "Zijn er alternatieve benaderingen die meer succes opleveren?" of "Zijn er interventies die wellicht minder resultaat opleveren, maar in deze situatie, bij deze patiënt wel haalbaar zijn?" En daar zit precies het onderscheid tussen verpleegkundig onderzoek en EBC: waar verpleegkundig onderzoek gericht is op het ontwikkelen van kennis rond een bepaald onderwerp en het toepassen van die kennis in de verpleegkundige zorg, is EBCN een gericht zoeken naar argumenten (evidence) voor de oplossing van een (klinisch) probleem, om deze vervolgens toe te passen en de zorg evidence-based te onderbouwen (Polit & Beck, 2004). Dat betekent dat verpleegkundig onderzoek beperkt is tot het ontwikkelen en toepassen van kennis uit wetenschappelijk onderzoek en het bij EBCN gaat om de integratie van verschillende soorten kennis, waaronder wetenschappelijk onderzoek. (Polit en Beck, 2004).

In de praktijk zijn de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek niet altijd geschikt voor toepassing op de individuele patiënt en binnen de betreffende context. De verpleegkundige is in de meeste gevallen op zoek naar bewijs om een probleem in de dagelijkse zorgpraktijk op te lossen en daarmee de zorg aan de individuele patiënt of een kleine groep patiënten te verbeteren. Het niveau of de sterkte van het bewijs is daarbij minder belangrijk. Kwalitatieve studies, zoals casestudies of observaties, geven vaak gedetailleerde en klinisch relevante informatie over complicerende patiëntfactoren of omgevingsaspecten. Op basis van die

gedetailleerde informatie kan de verpleegkundige, in overleg met de patiënt, besluiten nemen over de zorgverlening, zodat de zorg past bij deze patiënt en diens situatie.

Belemmeringen bij implementatie van EBCN

Na mijn betoog over verpleegkundig onderzoek en EBCN, kijk ik nu naar de implementatie. EBCN stimuleert de verpleegkundige om kritisch te reflecteren en te redeneren en die kennis vervolgens toe te passen in de verpleegkundige zorg. In de praktijk blijkt dit niet altijd even gemakkelijk te zijn en bestaan er tussen de verschillende sectoren van de zorg grote verschillen bij de implementatie van EBCN.

In publicaties over EBCN is vooral veel aandacht voor de belemmeringen die verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk tegenkomen. Belemmeringen die onder andere te maken hebben met te weinig tijd door de grote werkdruk, geen of slechte toegang tot wetenschappelijke literatuur, te weinig kennis van wetenschappelijke methoden van onderzoek en onvoldoende kennis en vaardigheden om informatie te zoeken en te beoordelen (Kajermo et al, 2010). Daarnaast ligt in de opleiding voor verpleegkundigen en de dagelijkse zorgpraktijk de nadruk op het ontwikkelen van praktische vaardigheden en veel minder op intellectuele kennis en vaardigheden. Ook werken veel verpleegkundigen in een omgeving waar het zelf zoeken naar kennis en informatie niet wordt gestimuleerd. Deze belemmeringen werden eind negentiger jaren al geconstateerd, maar de meeste hiervan bestaan nog steeds (Achterberg, Schoonhoven & Grol, 2008). In de huidige tijd van complexe zorg, multidisciplinaire processen, transmuralisering en fusies zijn er ook veel belemmeringen die samenhangen met de complexiteit van de organisatie. In de organisatie zijn collega's, verpleegkundigen, artsen of paramedici, met de juiste kennis en vaardigheden moeilijk te vinden, terwijl het raadplegen van deze mensen juist voor verpleegkundigen een belangrijke kennisbron is. Ook het integreren van aanbevelingen (richtlijnen of protocollen) in de dagelijkse processen is een probleem. Het is moeilijk om de bestaande (digitale) systemen in de organisatie die het zorgproces moeten ondersteunen, zoals een elektronisch patiëntendossier, aan te passen en de samenwerking binnen en tussen zorgorganisaties is in veel situaties niet optimaal (Achterberg, Schoonhoven & Grol, 2008).

Belangrijkste belemmeringen voor verpleegkundigen

Publicaties over de implementatie van de richtlijn voor handhygiëne laten zien dat het de moeite waard is om verschillende bronnen van wetenschappelijke kennis te gebruiken, kwantitatief én kwalitatief, om ziekenhuisinfecties te voorkomen. De richtlijn is evidence-based, maar wordt niet altijd en niet door iedereen gevolgd, met als resultaat dat het aantal infecties wel daalt, maar niet in lijn met de gewenste resultaten. Kleinschalig kwalitatief onderzoek heeft laten zien dat als verpleegkundigen meerdere keren per dag op het computerscherm een screensaver zien die hen aan de richtlijn herinnert, veel hoger is. Het aantal verpleegkundigen dat de richtlijn volgt, ligt na deze interventie beduidend hoger en het aantal ziekenhuisinfecties daalt drastisch (Helder et al., 2013). Een mooie combinatie van grootschalig en kleinschalig verpleegkundig onderzoek. Zo zijn er vele studies die laten zien dat implementatie van richtlijnen in de dagelijkse zorgpraktijk een moeilijk en een universeel probleem is.

De vraag is waarom het toepassen van EBCN in de praktijk zo moeilijk is. Onderzoek naar implementatie van EBP (vergelijkbaar met EBCN) onder bijna 1.500 verpleegkundigen laat zien dat het verhogen van het opleidingsniveau een positieve invloed heeft op de motivatie van verpleegkundigen ten aanzien van implementatie maar het laat ook zien dat motivatie alleen niet voldoende is en dat er nog veel andere barrières zijn die implementatie van EBP belemmeren (Majid et al., 2011). Ten eerste kwam gebrek aan kennis over wetenschappelijke methoden en technieken in het onderzoek duidelijk naar voren als een van de belemmerende factoren. Bijna de helft van de verpleegkundigen gaf aan moeite te hebben met het interpreteren van statistische gegevens (44 procent), het beoordelen van de kwaliteit van een artikel (43.3 procent) of het begrijpen van de wetenschappelijke terminologie (46.3 procent).

Ten tweede werd ook het gebrek aan tijd op de werkplek als een belangrijke belemmerende factor gezien. Gebrek aan tijd om informatie te zoeken, maar ook gebrek aan tijd om verbeteringen te implementeren, gaf respectievelijk 42 procent en 39 procent van de respondenten aan (Majid et al., 2011). Het gebrek aan tijd om informatie te zoeken en EBC te implementeren, werd ook in het onderzoek van Brown et al. (2010) geïdentificeerd als een van de belangrijkste belemmeringen.

Ook Kajermo et al. (2010) hebben gekeken naar de belangrijkste belemmeringen die verpleegkundigen ervaren bij het gebruiken van resultaten van onderzoek om de zorg aan patiënten te verbeteren. De belemmeringen omvatten drie grote categorieën: 1) het niet kunnen beoordelen en waarderen van onderzoek, onderzoeksvaardigheden en informatievoorziening, 2) belemmeringen en beperkingen in de dagelijkse praktijk; en 3) problemen met de presentatie en toegankelijkheid van onderzoeksresultaten. Door meer dan vijftig procent van de verpleegkundigen werden de volgende belemmeringen aangegeven als

belangrijkste oorzaken voor het niet-gebruiken van onderzoeksresultaten (Kajermo et al., 2010):

47

1. Bij waardering voor onderzoek, onderzoeksvaardigheden en informatievoorziening, ging het erom dat:
 - de verpleegkundige niet weet dat er onderzoek over dat onderwerp beschikbaar is;
 - de verpleegkundige niet in staat is om het onderzoek op waarde te schatten;
 - de verpleegkundige weinig collega's heeft met wie de onderzoeksresultaten besproken kunnen worden.
2. Bij de implementatie van evidence-based kennis in de dagelijkse praktijk, ging het erom dat:
 - er veelal te weinig tijd is om nieuwe ideeën te implementeren;
 - er te weinig tijd is om naar relevante studies te zoeken en deze vervolgens te lezen;
 - de verpleegkundige niet zelfstandig kan beslissen over veranderingen in het zorgproces;
 - er vaak onvoldoende middelen beschikbaar zijn;
 - collega's en artsen vaak niet bereid zijn om mee te werken.
3. Bij de presentatie en toegankelijkheid van onderzoeksresultaten ging het erom dat:
 - de statistische analyses moeilijk te begrijpen zijn;
 - de relevante literatuur niet gemakkelijk en overzichtelijk beschikbaar is.

Daarnaast vraagt het omzetten van onderzoeksresultaten in een werkbare procedure of protocol de medewerking van veel disciplines, veel kennis van zaken om de resultaten toepasbaar te maken voor de eigen omgeving en veel inspanning en dus ook veel kosten. Het omzetten van een evidence-based sedatierichtlijn in een praktisch protocol met stop-momenten voor dagelijks gebruik in de palliatieve zorg, kostte meer dan een jaar en de medewerking van veel disciplines. Het resultaat was wel een overzichtelijk stroomschema en de mogelijkheid om een goede evaluatie uit te voeren (bron: mondelinge communicatie verpleegkundig onderzoeker).

5.1 Implementatie van evidence-based richtlijnen

In de praktijk blijkt dat implementatie van een evidence-based richtlijn in veel gevallen maar voor een deel is gerealiseerd en soms helemaal niet. Zelfs het toepassen van maatregelen die bewezen effectief zijn om vermijdbare complicaties te voorkomen, scoort in de praktijk slecht. Implementatie van evidence-based werken blijkt in de praktijk een moeilijk en complex proces. Implementeren is als volgt te definiëren:

‘Implementeren is het procesmatig en planmatig invoeren van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen.’
(Hulscher, 2000)

Dat betekent dat de verpleegkundige planmatig te werk gaat om er voor te zorgen dat een verbetering of een innovatie waarvan het resultaat wetenschappelijk is bewezen, ook daadwerkelijk gebruikt wordt in de dagelijkse werkprocessen. Om de zorg structureel te verbeteren is het ook belangrijk de interventie te borgen.

Onderzoek naar implementatie van de richtlijn voor infectiepreventie bijvoorbeeld laat zien dat maar vijftig procent van de professionals de voorschriften voor handhygiëne volgt. Ook preventieve maatregelen om doorliggen te voorkomen of een richtlijn om patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken, blijken in de dagelijkse zorgpraktijk moeilijk toe te passen (De Laat, Schoonhoven, Pickkers, Verbeek & van Achterberg, 2006; Segaar et al., 2007). Ook maatregelen om met zinloze rituelen te stoppen de zogenaamde ‘de-implementatie’, blijken in de praktijk moeilijk door te voeren. Een project dat erop gericht was om te stoppen met het fixeren van patiënten bij valpreventie, bleek weinig succesvol (Huizing, Hamers, Gulpers & Berger, 2006) en aanpassing van een richtlijn om patiënten pre-operatief nuchter te houden leverde ook niet het gewenste resultaat op. In de praktijk bleek de tijd om patiënten nuchter te houden vier maal zo hoog te liggen als wenselijk is en in de nieuwe richtlijn voorgeschreven was (Vermeulen, Meents & Ubbink, 2007). Dus zelfs als er voldoende wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, blijkt het in de praktijk moeilijk om wetenschappelijk onderbouwde en door wetenschappelijke verenigingen goedgekeurde richtlijnen te implementeren. Een deel van de problematiek hangt samen met de complexiteit van het implementatieproces. Bij veel interventies gaat het niet alleen om aanpassingen in het proces, maar ook om een aanpassing van het gedrag (Foy et al., 2011). Het resultaat is dat patiënten niet altijd de zorg krijgen die nodig is.

Een landelijke studie naar de implementatie van richtlijnen liet de volgende resultaten zien (Nivel, 2012):

- Van de eerstelijns-patiënten met angst of depressie kreeg 38 procent zorg volgens de richtlijn.
- Bij patiënten met een mammacarcinoom was bij 77 procent zowel de diagnostiek als het behandelbeleid in overeenstemming met de vigerende richtlijnen.
- Van de verloskundigen zegt maar 36 procent de richtlijn voor tabaksverslaving te volgen.

In de dagelijkse praktijk blijken er dus nog veel verschillen te zijn in de mate waarin op basis van wetenschappelijk bewijs ontwikkelde richtlijnen zijn geïmplementeerd. Een landelijk door het Nivel en de VUmc uitgevoerd onderzoek naar de implementatie van het Veiligheids Management Systeem in vijftig ziekenhuizen, liet grote verschillen zien in de mate van implementatie van de tien in de richtlijnen opgenomen thema's (Nivel, 2013). Het lukt dus nog steeds niet om richtlijnen in de zorgpraktijk - medisch, paramedisch of verpleegkundig - op een deskundige en succesvolle manier te implementeren. Ook met een simpele procedure zoals de time-outprocedure op de operatiekamer, waarvoor nationaal en internationaal veel wetenschappelijk bewijs beschikbaar is (De Vries et al., 2010; Haynes et al., 2010), lukt het niet om deze op alle operatiekamers bij alle operatieve ingrepen te implementeren (Dekker et al., 2015). Een time-outprocedure is een korte teamprocedure waarin de verschillende leden van een team, op de operatiekamer voorafgaand aan de ingreep, gezamenlijk informatie uitwisselen, zodat iedere professional die bij de operatieve ingreep betrokken is, goed op de hoogte is van bijvoorbeeld mogelijke complicaties tijdens de ingreep. De oorzaken voor een niet volledig uitvoeren van de time-outprocedure bij elke ingreep (klinisch en poliklinisch), hebben deels te maken met organisatorische aspecten (de complexiteit van de omgeving, te weinig tijd of de afwezigheid van goede, liefst digitale registratiesystemen) en deels met individuele motivationele factoren, zoals professionele autonomie (Dekker, 2014).

Andere belemmeringen

Een deel van de problemen bij implementatie ligt buiten de beroepsgroep of de organisatie. Het feit dat de industrie (farmacologische en medische apparatuur) veel invloed uitoefent op onderzoek en de resultaten hiervan beïnvloedt, belemmert soms implementatie. Ook zijn er in situaties waar al veel veranderingen in de zorg zijn geïntroduceerd en de winst die nog behaald kan worden met de introductie van een richtlijn of interventie, beperkt is. De inspanning om de richtlijn te implementeren kost dan meer in tijd en inspanning dan de zichtbare voordelen. Of het gaat om rigide richtlijnen die enige vorm van zelfreflectie en besluitvorming direct de kop indrukken en belemmerend kunnen zijn voor implementatie van EBCN. Dit geldt vooral voor de beginnende professional die de neiging heeft om richtlijnen consciëntieus op te volgen (Greenhalgh et al., 2014). Verder is er de enorme hoeveelheid aan wetenschappelijke artikelen die in de verschillende wetenschappelijke databases te vinden is en het moeilijk maakt om als verpleegkundige een passende keuze te maken. Implementatie van EBCN is dus complex en door de veelheid aan situationele factoren moeilijk in wetenschappelijk onderzoek te vangen.

De rol van contextuele factoren bij implementatie van EBCN

Een van de contextuele belemmeringen bij de implementatie van EBC is de slechte communicatie en samenwerking en de soms moeilijk te doorbreken hiërarchische en monodisciplinaire structuren. Dit zijn factoren die te maken hebben met de structuur of de cultuur in de organisatie. Ook belemmeringen in de fysieke omgeving kunnen bij implementatie een rol spelen. (Riesenberg et al., 2010). Bij veel studies blijft de toelichting op het gevonden bewijs echter beperkt tot een beschrijving van de interventie en de resultaten daarvan. Een goede verklaring van de uitkomsten en de mogelijke invloed van contextuele factoren op het ontwerp- en implementatieproces is veelal niet gegeven. En juist daarvan valt veel te leren.

Evidence-based werken betekent evidence-based implementeren. Schoonhoven, Achterberg en Grol (2008) leggen de nadruk op de rol van contextuele factoren bij implementatie van evidence-based interventies die al of niet belemmerend kunnen zijn in het implementatieproces. Zij houden een pleidooi voor een goede afstemming van implementatiestrategieën op de context van de organisatie. De mogelijkheid om tussentijds de implementatiestrategie te bij te stellen, voorkomt dat interventies niet of slechts ten dele worden geïmplementeerd. In hun artikel 'Evidence-Based Nursing Science requires Evidence-Based Implementation' geven zij een overzicht van de vele beïnvloedende factoren, waaronder:

- de verpleegkundige cultuur en leiderschap
- de grootte van de organisatie
- de innovatiegerichtheid
- de organisatiecultuur
- de mogelijkheid voor bij- en nascholing
- de beschikbare bronnen
- de toegang tot wetenschappelijke literatuur
- de kennis en vaardigheden binnen de organisatie

- de mogelijkheid om de aanbevolen veranderingen te integreren in de processen en structuren van de organisatie
- de samenwerking binnen en tussen afdelingen
- zaken als beschikbare financiën, werkdruk, weerstand of tijd

Al deze factoren kunnen een rol spelen bij de implementatie van verbeterprojecten en moeten dus zo veel mogelijk vooraf in kaart gebracht worden. Omdat er tussen organisaties grote verschillen zijn in de resultaten van verbeterinitiatieven, is onderzoek gedaan naar clusters van contextuele factoren die bepalend zijn voor een succesvolle implementatie. Een onderzoek (Taylor et al., 2011) onder 22 experts uit het veld resulteerde in een taxonomie met vier domeinen:

- 1) veiligheidscultuur, teamwork en leiderschap (actief en betrokken);
- 2) kenmerken van de organisatie (grootte, complexiteit, financiële situatie);
- 3) externe factoren zoals financiële incentives en wet- en regelgeving;
- 4) opleiding en ontwikkeling, of andere incentives.

Om bij implementatietrajecten rekening te kunnen houden met mogelijke belemmerende factoren is noodzakelijk om verpleegkundigen en bij voorkeur alle professionals die bij de interventie betrokken zijn, actief te laten participeren in het ontwerp- en het implementatieproces. Actieve participatie is nodig om relevante problemen tijdig te identificeren en te bespreken en het implementatieproces bij te stellen. Dit vraagt echter nieuwe vormen van onderzoek. Om implementatie van evidence-based interventies te bevorderen, komt er meer belangstelling voor onderzoek waarbij het doel is om de 'eindgebruikers', dat wil zeggen: de zorgprofessionals te betrekken bij het hele ontwikkeling- en implementatieproces. Het uitvoeren (en dus ook de wetenschappelijke verantwoording) van onderzoek wordt dan een onderdeel van het implementatieproces en past beter bij dagelijkse zorgverlening omdat de eindresultaten direct bruikbaar zijn.

Adaptive design als participierend en iteratief onderzoeksmodel

De complexiteit van zorg en de diversiteit in context tussen, maar ook binnen, de verschillende zorgpraktijken maken dat er behoefte is aan methoden die beter zijn afgestemd op de dagelijkse praktijk dan de methoden die nu beschikbaar zijn. Het accent bij onderzoek verschuift van het afleggen van verantwoording naar het initiëren en begeleiden van een continu leerproces. Dit levert ook voor de betrokken professionals resultaten op. Professionals krijgen meer inzicht in wat er gebeurt en waarom dat gebeurt en hoe een bepaalde verandering de dagelijkse werkprocessen beïnvloedt. Tegelijkertijd krijgen professionals inzicht in methoden en interventies om de kwaliteit en de veiligheid van zorg voor patiënt en professional structureel te verbeteren (Bate & Robbert, 2002).

Diversiteit in de context van zorgorganisaties vereist ook diversiteit in onderzoeks-ontwerp en methoden om het proces van ontwerpen en implementeren van

EBCN goed te ondersteunen en weer te geven. Complexe verbeterprojecten waarin zowel een verandering in de organisatie van zorg als een verandering van gedrag gewenst is, vragen om een multidisciplinaire aanpak vanuit verschillende theoretische invalshoeken. Een dergelijke aanpak geeft inzicht in sociaalmenselijke factoren die gericht zijn op gedragsverandering en inzicht in cruciale factoren in de context van de organisatie die bij implementatie een rol spelen.

Participatory Action Research

Met Participatory Action Research (PAR) is het mogelijk om zowel het proces als de uitkomsten daarvan te meten, eindgebruikers (professionals en patiënten) meer te betrekken en de interventie in de praktijk toepasbaar te maken. PAR is een methode die goed past bij praktijkgericht onderzoek en het zoeken naar oplossingen voor complexe vraagstukken. PAR maakt het mogelijk om snel te reageren op problemen die zich voordoen tijdens het ontwerp- en implementatieproces. Dit vraagt tijd voor gezamenlijke reflectie en ruimte om het implementatieproces of de interventie bij te stellen en, indien noodzakelijk, nieuwe onderzoeksinstrumenten of indicatoren te introduceren. Een vorm van onderzoek waarin fasen van exploreren en creëren, experimenteren, reflecteren en leren en valideren elkaar afwisselen (Wauben et al., 2010).

Proces van Adaptive Design

Adaptive Design is een methode die gebaseerd is op de principes van PAR en bedoeld om gestructureerd en op een methodologisch verantwoorde manier gegevens te verzamelen tijdens afwisselende cycli van ontwerpen, evalueren, reflecteren en leren en de interventie bijstellen (Dekker, 2014). Adaptive Design combineert twee theoretische concepten:

1. Participatory Design, waardoor er expliciete aandacht is voor het aanbrengen van de nodige structuur en doelgerichtheid in het ontwerp- en implementatieproces;
2. Experiential Learning, om tijdens de verschillende fasen van onderzoek regelmatig extra ruimte te creëren voor gezamenlijke leerprocessen.

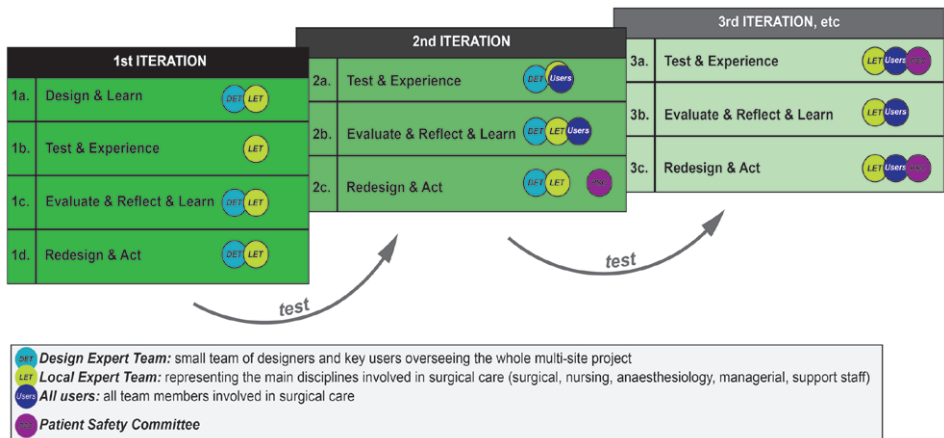
Afhankelijk van de resultaten van elke ontwerp- en leercyclus nemen participanten bij Adaptive Design na gezamenlijk overleg besluiten over eventuele aanpassingen in de interventie of de volgende stappen in het proces (Dekker & Wauben, 2013). Tijdens het hele proces van ontwerpen en implementeren is een nauwe samenwerking tussen alle betrokkenen vereist om het gewenste resultaat te bereiken: acceptatie en toepassing door alle betrokken professionals.

Adaptive Design speelt in op een van de oorzaken die ten grondslag liggen aan de lage implementatiegraad van richtlijnen: in veel gevallen worden verbeterinitiatieven en dus ook richtlijnen ontworpen door een kleine groep betrokken professionals. Contextuele aspecten zijn daarin niet meegenomen, waardoor de interventie niet altijd past bij de dagelijkse zorgpraktijk van veel

professionals. Betrokkenen ervaren deze interventies dan niet als zinvol, waardoor de graad van acceptatie en implementatie laag is (Leape et al., 2009).

Figuur 5 geeft de iteratieve cycli in het proces van Adaptive Design schematisch weer.

Figuur 5 Adaptive Design en opeenvolgende cycli van ontwerpen, experimenteren, reflecteren en leren, en herontwerpen



Adaptive Design creëert een proces van 'Reflective Conversation' (Schon, 1983), waarin professionals met elkaar reflecteren op de resultaten van een cyclus en de problemen die daarin naar voren zijn gekomen, met elkaar bespreken. Vervolgens nemen zij gezamenlijk besluiten over het bijstellen van de interventie en de te volgen strategieën. Om de resultaten te meten, is het soms nodig om nieuwe meetinstrumenten te introduceren. Het gezamenlijk kiezen van de juiste implementatiestrategie, is een belangrijke factor voor het wegnemen van een van de problemen die zich voordoen bij implementatie van EBC. Achterberg, Schoonhoven en Grol (2008) pleiten dan ook voor evidence-based implementatie van EBC. In de literatuur is er vaak weinig transparantie over de gevolgde strategieën en onderliggende theoretische onderbouwing daarvan voor implementatie, terwijl juist de strategie bij implementatie een belangrijke succesfactor is.

Inventarisatie van barrières en afstemming

Bij het selecteren van implementatiestrategieën voor EBCN is het als eerste belangrijk om niet alleen te kijken naar effectieve implementatiestrategieën, maar ook de relatie te leggen met een mogelijke barrière voor implementatie, bijvoorbeeld de relatie tussen een gebrek aan kennis en de te volgen imple-

mentatiestrategie. In dat geval is het goed om te kiezen voor een bepaalde leerstrategie, zoals 'experiential learning' of 'team learning'. Het is belangrijk om de keuze voor een implementatiestrategie vooraf te laten gaan door een goede probleemanalyse.

Een tweede belangrijk punt bij implementatie is een goede afstemming tussen het EBCN-onderwerp en de visie, missie en strategie van de organisatie. In het kader van patiëntveiligheid en kwaliteit is het essentieel om bij implementatietrajecten ook te kijken naar de organisatie. Als op strategisch niveau van de organisatie geen concrete uitspraken te vinden zijn in de visie, missie en strategische besluitvorming die kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid expliciet benoemen, zal het agenderen van een EBCN-verbeterproject slechts een cosmetische ingreep zijn. Een organisatiecultuur van sterke professionele autonomie, moeilijk te doorbreken traditionele hiërarchische verhoudingen en een structuur van monodisciplinaire, professionele 'silo's' (zoals die in veel zorgorganisaties nog te vinden is), zal immers een succesvolle implementatie verhinderen (Lange, Dekker, Klein & Haerkens, 2010). Het zal dan moeilijker zijn om tijd vrij te maken voor extra scholing, voor aanpassingen in ondersteunende IT-systemen of om geld te reserveren voor extra materialen of middelen.

Kortom: het is essentieel om naast de kenmerken van de interventie ook de contextuele factoren binnen de organisatie mee te nemen bij het kiezen van de juiste implementatiestrategie. Alle factoren op alle niveaus van de organisatie (individueel, team- en strategisch niveau) kunnen een belemmerende factor zijn en wegen daarom mee in het besluitvormingsproces.

Voordelen van Adaptive Design

Adaptive Design biedt door de iteratieve structuur en de open en flexibele benadering een onderzoeksmethode die in veel verschillende zorgpraktijken toepasbaar en bruikbaar is. Bij de start van elk verbeterproject wordt met een kleine groep professionals van de zorgorganisatie gekeken naar de lokale situatie en de mogelijkheden en eventuele belemmeringen. Ook wordt de afweging gemaakt of dit de juiste interventie is voor deze zorgpraktijk; het is mogelijk dat evidence-based interventies die binnen andere zorgorganisaties succesvol waren, niet geschikt zijn voor implementatie binnen de betreffende zorgorganisatie. De mogelijkheid die Adaptive Design biedt om alle professionals en patiënten actief te betrekken bij het ontwerp- en implementatieproces en om de interventie, processen en onderzoeksinstrumenten aan te passen aan de lokale context, maakt de methode bruikbaar in veel verschillende situaties.

Voorbeeld

Een mooi voorbeeld van een verbeterproject waarin Adaptive Design gebruikt wordt als onderzoeksmethode, is het project gericht op de ontwikkeling van

verpleegkundige interventies ter ondersteuning van patiënten in zelfmanagement bij anti-tumorthérapie in de thuissituatie (zie tekst hieronder).

In samenwerking met het Erasmus MC en Laurens is vanuit de onderzoekslijn EBCN een project gestart, waarin gekeken wordt naar verpleegkundige interventies om patiënten die met anti-tumorthérapie worden ontslagen, te ondersteunen bij het volgen van de medicatievoorschriften. Om zicht te krijgen op de informatie die patiënten krijgen bij ontslag en op verpleegkundigen interventies ter ondersteuning van de patiënten in de thuissituatie, hebben studenten van de HBO-V verpleegkundigen geïnterviewd. De volgende stap zal zijn gericht op het in kaart brengen van de problemen die patiënten tegenkomen in de thuissituatie en waar en op welke manier zij behoefte hebben aan ondersteuning door de verpleegkundige. Vervolgens zullen verpleegkundigen samen met de patiënten interventies ontwikkelen en toetsen op effectiviteit en bruikbaarheid.

EBCN en de verpleegkundige rapportage

Door het structureel verzamelen van gedetailleerde informatie tijdens elke iteratieve cyclus en de eindresultaten, kan in rapportages en publicaties aandacht besteed worden aan het implementatieproces, de toegepaste strategieën en de belemmerende en bevorderende factoren. Implementatiestrategieën zijn alleen dan succesvol, wanneer zij passen bij de kenmerken van de innovatie, gebaseerd zijn op theoretisch inzichten, inspelen op mogelijke barrières bij de verpleegkundigen en passen bij de lokale context.

De verpleegkundige levert een bijdrage in vrijwel alle sectoren van de zorg: in de thuiszorg, in verpleeghuizen en revalidatiecentra en in ziekenhuizen. De verpleegkundige werkt daarin samen met vele andere professionals in multidisciplinaire teams. En toch hebben veel verpleegkundigen nog steeds het gevoel als stille kracht te werken, die pas gemist worden als zij er niet zijn. Verpleegkundigen zijn niet altijd goed in staat om zichtbaar (en dus ook meetbaar) te laten zien wat zij doen, wat hun bijdrage is aan een effectief, efficiënt en veilig zorgtraject voor zowel de patiënt als de betrokken zorgprofessionals.

EBCN helpt de verpleegkundige om de zorg voor patiënten beter te monitoren, te registreren en te rapporteren en meetbaar en dus ook zichtbaar kwalitatief beter en veiliger te maken. Met een goede rapportage wordt het ook voor de andere professionals duidelijk wat de verpleegkundige zorg inhoudt, wat de resultaten zijn en zij het eigen handelen indien nodig kunnen bijstellen. Het is belangrijk dat de fysiotherapeut weet of de patiënt na een heupoperatie ook gemobiliseerd is de eerste dag na de operatie; dat de diëtiste weet of de patiënt die dag gegeten heeft, en zo ja, wat en hoe vaak; dat de anesthesioloog weet of er nog belangrijke laboratoriumuitslagen zijn vlak voor de operatie; dat de behandelend arts weet dat alles volgens plan verloopt na een operatieve ingreep en dat de collega die de zorg voor de patiënt overneemt, kan zien of er bijzonderheden zijn en ook welke bijzonderheden dat zijn. De verpleegkundige interventies moeten zijn onderbouwd en gedocumenteerd, inclusief de verwachte resultaten.

Ook het delen van kennis in vakinhoudelijke en wetenschappelijke tijdschriften is belangrijk voor de verspreiding van EBCN en het verbeteren van de kwaliteit en de veiligheid van zorg. Dit stelt eisen aan de verpleegkundige verslaglegging, een belangrijke bron van informatie voor de verpleegkundigen. Het delen van kennis vraagt een goede overdracht en documentatie en transparantie in de registratie en de verslaglegging van inhoudelijke en patiëntgerelateerde en procesgerelateerde informatie. Met andere woorden: het delen van kennis vraagt een adequate op patiënt en proces afgestemde verpleegkundige rapportage.

Implementeren van evidence-based verpleegkundige interventies en zorgen voor een evidence-based implementatie stellen eisen aan de verpleegkundige, maar ook eisen aan de verpleegkundige rapportage. De verpleegkundige moet goed en voortdurend op de hoogte zijn van actuele ontwikkelingen en zij moet de resultaten van een verpleegkundige of organisatorische interventie goed beschrijven in een heldere en eenduidige rapportage. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij hun bijdrage aan de zorg voor de patiënt rapporteren en ook evalueren en laten zien op welke manier de interventie een bijdrage levert aan het verbeteren van de veiligheid en de kwaliteit van zorg. En, zeker gezien het huidige debat over de zorgkosten, ook aan het verhogen van de efficiëntie.

De focus op kwaliteit en veiligheid plaatst de interventie in een breder perspectief en kan aanleiding zijn om het moment van implementatie te verschuiven, het probleem anders aan te pakken of eerst te zorgen voor de nodige randvoorwaarden. (Achterberg, Schoonhoven & Grol, 2008).

Door de eerder genoemde trends als transmuralisering en de toenemende complexiteit van zorg en zeker ook door de actieve rol die de patiënt wil en kan spelen in het zorgproces, ontstaat behoefte aan goede coördinatie en communicatie. De betrokken zorgprofessionals hebben behoefte aan transparantie in het zorgproces, aan de juiste informatie en op het juiste tijdstip. Transparantie vraagt om een adequate registratie van processen, interventies en uitkomsten, om de continuïteit, de kwaliteit en de veiligheid van zorg te garanderen. Dit geldt dus ook voor de zorg die de verpleegkundige verleent.

Dit betekent een omslag in de manier waarop verpleegkundigen documenteren en rapporteren. De verpleegkundige overdracht bestaat veelal uit een uitgebreide beschrijving over het wel en wee van patiënten, maar bevat weinig concrete informatie over problemen en eventuele verpleegkundige interventies om deze op te lossen. In een recent rapport van het RIVM (2014) werd nog eens benadrukt hoe belangrijk een goede overdracht is bij de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn en de rol die de transferverpleegkundige daarbij speelt. Bij implementatie van EBCN is het handelen van verpleegkundigen

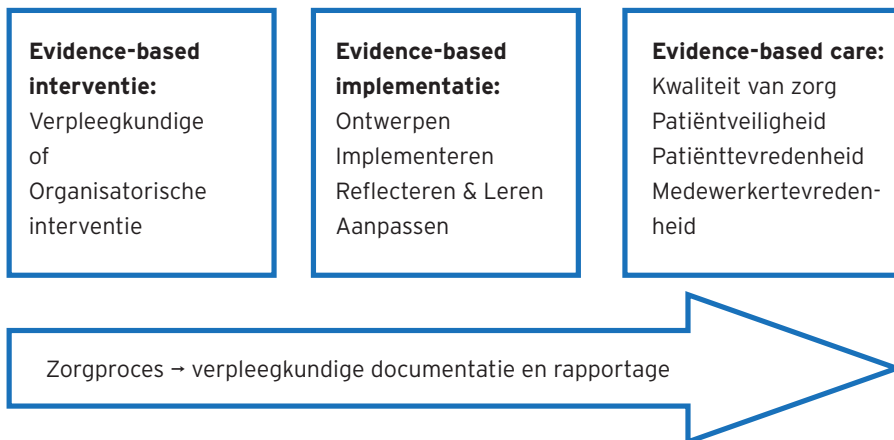
gericht op het oplossen van een probleem en handelt de verpleegkundige (Spekman-De Waar, 2014):

- a) doelgericht: het doel, de uitkomst voor de patiënt is bekend;
- b) bewust: het is duidelijk welke interventie en waarom;
- c) systematisch: stap voor stap en in een logische volgorde gericht op het behalen van de uitkomst;
- d) procesmatig: ze zet de volgende stap pas wanneer de voorgaande stap tot het gewenste resultaat heeft geleid. Een concrete verpleegkundige rapportage creëert de mogelijkheid om het effect van verpleegkundige interventies op effectiviteit (patiëntuitkomsten) en efficiëntie te evalueren en evidence-based kennis te genereren. De zorg is zichtbaar en meetbaar!

Een goede verpleegkundige rapportage is relevant en zorgt voor continuïteit van zorg en een goede afstemming met alle betrokkenen. De verpleegkundige rapportage beschrijft het probleem, maar geeft ook concrete informatie over de manier waarop het probleem is aangepakt en de (te verwachten) effecten. Niet-relevante zaken of informatie die al op een andere manier is vastgelegd in andere systemen of rapportages, zoals informatie over de voorgeschreven medicatie, horen niet in de rapportage.

Figuur 6 geeft een schematische weergave van het verpleegkundige proces en de rapportage van evidence-based interventie, evidence-based implementatie en evidence-based care.

Figuur 6 Het verpleegkundige proces en de verpleegkundige rapportage



Tot voor kort was de verpleegkundige rapportage vooral gericht op het zorgbeleid, dat voornamelijk gekoppeld was aan het medische beleid. De introductie van EBCN en de komst van verpleegkundig onderzoekers en de verpleegkundig specialist hebben invloed op de verpleegkundige rapportage die langzaam verandert van een algemene beschrijving van de toestand van de patiënt in een op het verpleegkundig proces gerichte rapportage. Een rapportage met concrete informatie en aandacht voor de organisatorische context waarbinnen de zorg heeft plaatsgevonden.

De verpleegkundige rapportage heeft verschillende functies en heeft als doel (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2011):

- het vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en controleren van de zorg;
- het waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van de zorg en een goede samenwerking en afstemming met collega's en andere disciplines;
- het kunnen reconstrueren van een gang van zaken;
- het voorkomen van fouten;
- het ontstaan van een scherper bewustzijn voor de risico's en consequenties van bepaalde handelingen (bijv. vrijheidsbeperking van een cliënt);
- het honoreren van de rechten van de patiënt of cliënt en zijn vertegenwoordigers;
- het afleggen van verantwoording over het handelen, zo nodig in een juridische procedure.

Een goede documentatie van het zorgproces heeft als voordeel dat naast het documenteren van de interventies over het 'wat' (de verpleegkundige interventie) ook het 'hoe' en 'waarom' van de interventies en activiteiten is beschreven. Dit maakt de verpleegkundige rapportage toegankelijk en waardevol voor collega's en voor andere zorgprofessionals die bij de zorg voor de patiënt of cliënt betrokken zijn.

Een adequate verpleegkundige rapportage moet leesbaar en duidelijk zijn en de volgende elementen bevatten (Paans, 2011):

- persoonlijke gegevens van de patiënt, informatie over de aanleiding voor de opname of indicatie en informatie uit de intake (een eerste gesprek dat de verpleegkundige met de patiënt of cliënt heeft);
- een verpleegkundige diagnose, inclusief een beschrijving van het probleem, de oorzaak en de symptomen (de PES-structuur);
- de actiepunten die gepland zijn of al zijn uitgevoerd; de verwachte uitkomsten.

Om de resultaten van een verpleegkundig inhoudelijke of organisatorische interventie te kunnen meten, wordt van verpleegkundigen verwacht dat zij hun bijdrage aan de zorg voor de patiënt registreren, rapporteren en evalueren.

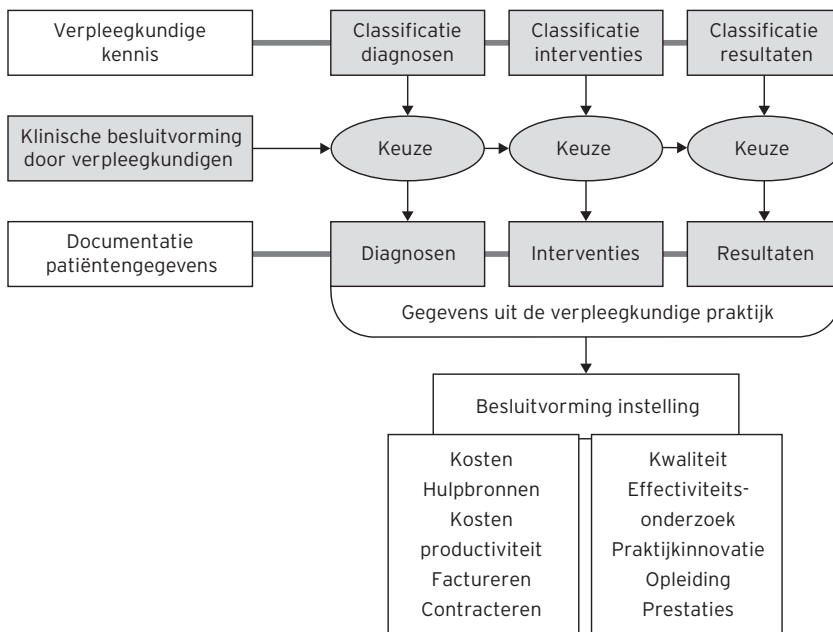
Randvoorwaarden voor verpleegkundige rapportage van EBCN

EBCN stelt eisen aan de verpleegkundige rapportage, zodat de resultaten meetbaar en traceerbaar zijn. Om te komen tot een goede uitwisseling van informatie tussen alle betrokkenen is standaardisatie belangrijk, om de kwaliteit en veiligheid van zorg te garanderen en waar nodig te verbeteren. Alhoewel de verpleegkundige zorg niet altijd is te koppelen aan een duidelijke diagnose, zal het werken met classificatiesystemen de verpleegkundige helpen om de verpleegkundige zorg op een heldere en duidelijke manier te rapporteren. Ook ondersteuning door technologie en een digitale infrastructuur zijn belangrijke randvoorwaarden.

Classificatiesystemen

Evidence-based werken vereist werken met richtlijnen, protocollen en ook gestandaardiseerde verpleegplannen. Om het verpleegkundige proces te registreren, kunnen verpleegkundigen gebruikmaken van diverse evidence-based classificatiesystemen, zoals Omaha (veel gebruikt in de thuiszorg), de International Classification for Nursing Practice (ICNP) of NANDA, de verpleegkundige diagnose, de Nursing Intervention Classification (NIC) of Nursing Outcome Classification (NOC). Classificatiesystemen zijn bedoeld om verpleegkundige kennis onder te brengen in een logisch systeem (classificaties) van diagnosen, interventies en resultaten (zie tabel 3).

Tabel 3 Relatie tussen classificaties van verpleegkundige kennis en besluitvorming



Het ontwikkelen en verspreiden van kennis door een goede rapportage is een belangrijke factor in het structureel en blijvend verbeteren van de zorg aan patiënten.

Technologie

Technische ondersteuning door een adequaat en integraal op dat proces afgestemde digitale infrastructuur is daarbij onontbeerlijk. Voor goede registratie en rapportage is ondersteuning in systemen en monitorapparatuur essentieel. Naast de vele technische apparatuur en systemen om de patiënt te monitoren en de zorg te ondersteunen, zijn er ook systemen die het verpleegkundig proces van evidence-based werken en de registratie en rapportage van diagnose, interventie en uitkomsten ondersteunen. Hoe beter de technische infrastructuur, hoe beter en actueler de informatie.

Afleggen van verantwoording

Stimuleren van evidence-based werken zal het proces van professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep versterken. Dit betekent echter ook verantwoording nemen en verantwoording afleggen door de verpleegkundigen. En vooral dat laatste punt, het afleggen van verantwoording, is een belangrijke doelstelling van de verpleegkundige rapportage. Verantwoording afleggen aan collega's en andere zorgprofessionals, verantwoording afleggen aan financiers en eerst en vooral verantwoording afleggen aan de patiënt of cliënt en zijn familie en naasten. Een goede rapportage zal de actieve betrokkenheid van de patiënt stimuleren en zorgen voor een betere afstemming tussen de geleverde zorg en de wensen en behoeften van de patiënt.

Participatie van de patiënt en persoonsgerichte zorg

De rol van de patiënt verandert van een passieve ontvanger van zorg in een actieve afnemer van zorg. Patiënten zullen steeds meer en steeds eerder betrokken (willen) worden bij het hele proces van zorgverlening. Sinds de inwerkingtreding van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is de informatievoorziening naar de patiënten al veel beter geregeld; de persoonlijke informatie wordt tegenwoordig vaak zowel mondeling als schriftelijk gegeven en meer algemene informatie komt beschikbaar via websites en publicaties.

Persoonsgerichte zorg

Bij persoonsgericht of patiëntgerichte zorg is het belangrijk dat de patiënt actief betrokken is bij het maken van keuzes en die keuzes te respecteren bij het opstellen van een behandel- of zorgplan. Bij deze benadering is het belangrijk patiënten eveneens actief te betrekken bij het formuleren van een visie op zorg of bij interventies gericht op het verbeteren van patiëntveiligheid, zoals het voorkomen van vermijdbare fouten. Patiëntgerichte zorg kan alleen dan gerealiseerd worden als de patiënt actief betrokken is bij het hele zorgproces. EBCN en aandacht van de verpleegkundige voor preventie en zelfmanagement, zullen participatie van de patiënt stimuleren.

Bij implementatie van persoonsgerichte zorg moet van het volgende worden uitgegaan: "The patient is the source of control and full partner in providing compassionate care based on respect for patient preferences, values, and needs" (Cronenwett, Sherwood & Barnsteiner, 2007). Donald Berwick (2009) omschrijft in zijn artikel 'What 'patient-centred' should mean: confessions of an extremist' persoonsgerichte zorg als volgt: "the experience (to the extent the informed, individual patient desires it) of transparency, individualization, recognition, respect, dignity, and choice in all matters, without exception, related to one's person, circumstances, and relationships in health care". De verpleegkundige staat als spil in het zorgproces dicht bij de patient zou deze visie moeten nastreven.

Onderzoek laat zien dat behandelingen betere resultaten opleveren als patiënten beter geïnformeerd zijn over en betrokken zijn bij de besluitvorming over de behandeling. Er is een eerste indicatie voor verbeterde patiëntuitkomsten (Flink et al, 2012). Door betere resultaten liggen ook de kosten voor de zorg lager. Een interventie om verpleegkundigen te stimuleren om samen met de patiënt de doelstellingen voor die dag concreet vast te stellen en op te schrijven (specifiek meetbaar, haalbaar en op tijd), resulteerde in een betere rapportage en beter geïnformeerde patiënten die meer vertrouwen hadden in de zorgprofessionals; dit kan mogelijk de opnameduur verkorten (Revello-Fields, 2015). De uitdaging is om EBCN en persoonsgerichte zorg te combineren.

EBCN en persoonsgerichte zorg

Bij EBCN ligt het accent nog te vaak op het verzamelen van (wetenschappelijk) evidence om besluiten te nemen. Maar EBCN betekent ook en vooral *gezamenlijke* besluitvorming over de verpleegkundige zorg en de organisatie van de zorg. Bij EBCN is de patiënt een belangrijke partner bij het nemen van beslissingen. In de praktijk worden patiënten echter vaak nog niet actief betrokken bij het maken van keuzes rond de behandeling of zorgverlening. De verpleegkundige moet de patiënt daarin stimuleren en ondersteunen.

Patiënten zijn vaak terughoudend of vinden het moeilijk om de juiste vragen te stellen. Dit wordt soms veroorzaakt doordat zij onvoldoende op de hoogte zijn van de verschillende mogelijkheden, soms doordat zij moeite hebben met het formuleren van vragen en soms doordat de informatie te complex is. Ook culturele achtergrond, sekse, religie en opleidingsniveau zijn factoren die een goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener in de weg kunnen staan. Ook blijkt het in de praktijk moeilijk om over kosten te praten. Over het algemeen kiezen patiënten voor de behandeling die zijzelf als de beste zien. Ook kiezen zij eerder voor een duurdere optie, omdat zij het gevoel hebben dat die behandeling of zorg beter is. Ten slotte is het in de praktijk moeilijk om een afweging te maken tussen kosten en kwaliteit van zorg: wat is echt nodig aan zorg en wat is niet echt nodig. Bij het actief betrekken van patiënten in het besluitvormingsproces, moet de verpleegkundige in staat zijn om in te schatten wat de belemmeringen zijn en op welke manier zij de patiënt en familie hierin kan ondersteunen.

Patiënten en familie kunnen op verschillende manieren betrokken worden bij de zorgverlening. In het proces van directe zorgverlening is de rol van de patiënt soms beperkt tot het krijgen van informatie, maar in een meer actieve rol zijn patiënten, indien goed geïnformeerd, direct betrokken over bijvoorbeeld dosering van pijnmedicatie. Bij het toepassen van EBCN en persoonsgerichte zorg zouden patiënten, of naasten, een gelijkwaardige partner moeten zijn en doorslaggevend in de besluitvorming.

Vereiste vaardigheden voor persoonsgerichte zorg

De verpleegkundige speelt als directe zorgverlener een centrale rol in dit hele proces van besluitvorming. Zij moet dan ook over de nodige vaardigheden beschikken. Ze moet ten eerste de zorginhoudelijk vaardigheden hebben, om dreigende gezondheidsproblemen te voorkomen of om bij ziekte of een ingreep complicaties te voorkomen. Als spil in het zorgproces en coördinator van die zorg, moet de verpleegkundige ten tweede goed kunnen communiceren en samenwerken zowel met de patiënt en familie als met de collega's en medische en paramedische zorgprofessionals. Tenslotte moet de verpleegkundige goed kunnen registreren en rapporteren, kunnen participeren in onderzoek of zelf kleinschalig onderzoek kunnen uitvoeren. In de praktijk zal de verpleegkundige informatie uit veel verschillende terreinen moeten combineren en zich continu afvragen: welke factoren spelen een rol, gaat het werken bij deze patiënt, levert de behandeling de juiste resultaten op en is het de inspanning waard? Kortom een complex en continu proces van evalueren, reflecteren en leren en besluiten nemen rond standaardiseren of variëren. Dit proces vereist de nodige kennis en kunde om verpleegkundig inhoudelijke, organisatorische en sociaalpsychologische elementen op een juiste manier te combineren en de zorg af te stemmen op deze patiënt in deze situatie.

Balanceren tussen de klassieke en de bescheiden professional

Is de verpleegkundige in het beschreven proces de 'klassieke' professional of de 'bescheiden' professional, zoals Margo Trappenburg deze professionals betitelt? Een klassieke professional neemt bij een complexe en moeilijke patiënt een besluit over de zorg op basis van wetenschappelijk onderzoek. De verpleegkundige als klassieke professional zal veel waarde hechten aan de interventie en de conditie van de patiënt, maar de evidence-based interventie willen uitvoeren zoals voorgeschreven. De verpleegkundige als bescheiden professional zal juist rekening willen houden met de wensen van de patiënt en deze afzetten tegen de eigen klinische ervaring, en vervolgens ook rekening houden met de context waarbinnen de zorg moet plaatsvinden en de (technische) mogelijkheden.

Persoonsgerichte zorg betekent in de dagelijkse verpleegkundige praktijk: het nemen van besluiten in overleg met de patiënt en de zorg daarop afstemmen. Kortom, het tonen van verpleegkundig leiderschap door een proces van kritisch reflecteren en klinisch redeneren, communiceren en informeren en het creëren van een vertrouwensrelatie met de patiënt.

De verpleegkundige zit in de uitoefening van haar vak tussen de bescheiden professional en de klassieke professional. Dat betekent een zoeken naar de juiste balans.

De verpleegkundige is de bescheiden professional die een patiënt graag om zich heen heeft. Iemand die luistert, ondersteunt en begrijpt en die probeert zorgen weg te nemen en het proces van ziek zijn zo 'aangenaam' mogelijk te

laten verlopen. De verpleegkundige als klassieke professional is net zo waardevol voor de patiënt, zodat die zeker weet dat de katheter op tijd wordt verwijderd en dat de hechtingen uit de wond vakkundig en veilig worden verwijderd. Dat de medicatie die hij krijgt, de juiste is en tijdig gestopt wanneer er bijverschijnselen zijn of medicatie niet meer noodzakelijk is. De klassieke professional is iemand die waarschuwt als er iets fout dreigt te gaan en in staat is om andere professionals aan te spreken op gedrag als dat nodig is.

Kortom, de verpleegkundige is de professional die de patiënt begrijpt en respecteert, die de zorg geeft die nodig is en de patiënt stimuleert en ondersteunt om zelf te doen wat hij kan doen.

EBCN betekent een leven lang leren

Voorkomen van complicaties en stimuleren en ondersteunen bij zelfmanagement zijn de belangrijkste taken van de verpleegkundige. Zij is daarin zowel de bescheiden als de klassieke professional, met de juiste competenties. Het nieuwe CanMeds-profiel geeft een mooi kader en inzicht in de competenties van de hbo-opgeleide verpleegkundige. Dit zijn competenties die de verpleegkundige moet ontwikkelen en in de praktijk moet blijven ontwikkelen om patiënten te kunnen ondersteunen en begeleiden en goed te kunnen samenwerken met alle betrokken zorgprofessionals, ongeacht het niveau. Bij de zorg voor de patiënt is elke bijdrage een waardevolle bijdrage. Een glas water of een luisterend oor is voor patiënten net zo belangrijk als een complexe ingreep. Het gaat om een optimale samenwerking en afstemming, tussen alle domeinen en met allen die daarin werken: de medicus, paramedicus, de diëtiste en de keukenassistente.

De verpleegkundige moet ernaar streven om die zorg te leveren die zij voor zichzelf of voor haar naasten graag zou ontvangen: excellente zorg. Die kan zij alleen leveren als zij continu blijft leren en reflecteren. Het werken vanuit een EBCN-perspectief stimuleert een continu leerproces: leren uit de literatuur, leren van elkaar en met elkaar en leren van fouten en nieuwe kennis creëren. De kennis die vandaag voldoende is, schiet morgen tekort. De verpleegkundige moet fouten proberen te voorkomen, maar waar mensen werken, worden fouten gemaakt. Een mooi registratiesysteem, zoals 'Veilig Incidenten Melden' is niet voldoende om fouten te voorkomen. De kunst is om die fouten samen te bespreken en er samen van te leren en de zorg blijvend te verbeteren.

Door een goede overdracht, heldere registratie en rapportage en goede samenwerking wordt de verpleegkundige de zo gewenste *'regterhand van den geneesheer'* en - met de multidisciplinaire teams in het huidige zorglandschap - de *'regterhand'* van veel zorgprofessionals. Dat gebeurt echter alleen in een organisatie waar de nodige randvoorwaarden aanwezig zijn die evidence-based werken actief ondersteunen.

Implicaties voor praktijk, onderzoek en onderwijs

EBCN heeft gevolgen voor verpleegkundigen, voor onderzoekers, voor opleiders en voor professionals in de klinische praktijk.

De introductie van EBCN in de dagelijkse zorgprocessen is van grote betekenis voor de ontwikkeling van de verpleegkundige en van de verpleegkundige professie en zal de resultaten van de zorg voor de patiënt zichtbaar verbeteren. De complexiteit van zorg stelt hoge en andere eisen aan de hbo-opgeleide verpleegkundige. Complexe situaties vragen om complexe oplossingen en naast de nodige kennis en kunde ook om de nodige creativiteit en inventiviteit. EBCN is bij uitstek het terrein van de hbo-opgeleide verpleegkundige, die de eigen grenzen van weten en kunnen moet kennen en zelf actief op zoek moet gaan naar de kennis en kunde die nog nodig is. De hbo-verpleegkundige moet de zorgvraag van de patiënt of cliënt omzetten in een op de patiëntgericht zorgaanbod, ook in complexe situaties. De verpleegkundige moet kennis hebben van veel verschillende factoren, uit veel verschillende bronnen. De verpleegkundige organiseert en coördineert, stelt het zorgproces zonodig bij 'tijdens de rit', houdt rekening met de persoonlijke situatie van de patiënt, weet veel verschillende situaties te hanteren, is reflectief en heeft de nodige creativiteit om problemen op te lossen. De hbo-opgeleide verpleegkundige reflecteert, combineert en integreert en maakt voortdurend een afweging om de zorg binnen de bestaande mogelijkheden en met de beschikbare middelen af te stemmen op de behoeften en wensen van de patiënt. Met andere woorden om zo evidence-based op de patiëntgerichte zorg te verlenen.

Verpleegkundig onderzoekers

Verpleegkundig onderzoekers moeten zich richten op onderwerpen die belangrijk zijn voor de klinische praktijk en gebruikmaken van nieuwe, geavanceerde en bruikbare onderzoeksdesigns. En vervolgens moeten zij de resultaten verspreiden via publicaties in nationale en internationale wetenschappelijk tijdschriften en vakbladen en via presentaties en workshops op congressen. Het is belangrijk de gegenereerde kennis niet alleen te verspreiden onder onderzoekers, maar juist en vooral toegankelijk te maken voor de praktijk, voor opleiders en studenten.

Opleiders

Van de opleiders wordt verwacht dat zij zich op de hoogte stellen van de nieuwste ontwikkelingen zowel in de praktijk als op wetenschappelijk gebied en deze kennis in het onderwijs gebruiken. Dat betekent ook dat zij naast het gebruik van tekstboeken op zoek moeten gaan naar actuele aanvullende bronnen van informatie. Opleiders moeten studenten stimuleren om kritische vragen te stellen, op onderzoek uit te gaan, te reflecteren en een lerende houding te ontwikkelen. Alleen opleiders die zelf een kritische reflecterende houding hebben, kunnen het rolmodel zijn dat studenten zo nodig hebben en zullen in staat zijn om een kritische en reflecterende houding over te dragen aan de jonge verpleegkundigen (Youngblut-Brooten, 2001).

Klinische praktijk

In de klinische praktijk zal men zich moeten afvragen welke verpleegkundige interventies evidence-based zijn, welke berusten op klinische ervaring en welke op traditie, de al zo lang bestaande rituelen. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij de best mogelijke zorg leveren, gebaseerd op actuele kennis en ontwikkelingen en open staan voor verandering. Dat betekent soms ook afstand doen van reeds lang bestaande interventies, protocollen en zorgplannen om nieuwe kennis te integreren in de zorg voor patiënten en cliënten. Oude rituelen zijn prima, en misschien wel beter dan welke nieuwe interventie, zolang zij voor de patiënt niet schadelijk zijn. Soms zijn er waardevolle interventies die het juiste effect bereiken, maar zonder goed wetenschappelijk bewijs. Als het nodig is moet de verpleegkundige bereid zijn om oude procedures en protocollen bij te stellen of nieuwe te ontwikkelen. Zij moet bereid zijn om tijd nemen voor reflectie met het team, zich kwetsbaar durven opstellen en juist nieuwe collega's vragen om eens kritisch te kijken naar de zorg en met voorstellen voor verbetering te komen.

Implicaties voor de organisatie

EBCN stelt eisen aan de afstemming met de organisatie. Om de kwaliteit en veiligheid van zorg structureel te verbeteren, moeten de verpleegkundige interventies passen bij het medisch en paramedisch beleid, maar ook en vooral passen bij de visie, missie en strategie van de organisatie. Een structurele verbetering van de zorg of de invoering van een nieuw zorgconcept zoals persoonsgerichte zorg, verloopt alleen succesvol als binnen de organisatie de nodige steun te vinden is. Een belangrijke taak in dat kader ligt bij de Raad van Bestuur en het senior-management. Verbetering van de kwaliteit van zorg moet op vier geïntegreerde niveaus plaatsvinden: op individueel niveau, op teamniveau, op het niveau van de organisatie en dat van de externe omgeving. Externe stakeholders zoals patiëntorganisaties, wetenschappelijke beroepsverenigingen, financiers en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn belangrijke externe partners. De Raad van Bestuur en het senior-management moeten verantwoordelijkheid nemen en een actieve en zichtbare rol hebben bij interventies die bedoeld zijn om de kwaliteit en veiligheid van zorg structureel te verbeteren. Zij moeten de juiste randvoorwaarden scheppen en de verpleegkundigen ondersteunen om zich als professionele partner in de zorg verder te ontwikkelen en EBCN optimaal te implementeren.

Ten slotte

De veelheid aan projecten om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren en de centrale rol van de verpleegkundige bij implementatie van die projecten, onderstreept het belang van EBCN. EBCN heeft continu aandacht voor het ontwikkelen en implementeren van evidence-based verpleegkundige interventies, voor het genereren van bewijs bij implementatie van bestaande verpleegkundige interventies en het evidence-based verbeteren van zorgprocessen waar de zorg suboptimaal is, dat wil zeggen: sectoren waar de zorg drastisch verandert of daar waar de zorg niet voldoet aan de eisen van kwaliteit en veiligheid. Die kwaliteit moet voldoen aan de verwachtingen van de patiënt of cliënt en passen bij de normen en waarden van de patiënt. En juist daarin kan de hbo-opgeleide verpleegkundige een centrale en leidende rol spelen.

Het is overigens, zoals al eerder betoogd, niet noodzakelijk dat alle zorg evidence-based is. Gezond verstand is ook veel waard. En als blijkt dat de verpleegkundige niet evidence-based kan werken omdat er domweg geen bewijs te vinden is dat past bij de betreffende patiënt in de betreffende situatie, dan moet de verpleegkundige juist vastleggen wat zij doet en waarom zij dat doet. Dat betekent dus dat zij met de patiënt de verschillende opties overweegt, bespreekt wat bereikbaar en haalbaar is en duidelijk beschrijft en monitort. Daarmee kan zij verantwoording afleggen over wat en waarom en zorgen dat collega's de zorg zonder problemen kunnen overnemen en ook familie en naasten in staat zijn om het hele proces te volgen. EBCN kan niet worden gereduceerd tot het uitvoeren van clinical trials. EBCN betekent dat er is nagedacht over de te verlenen zorg, dat er kritisch is gekeken naar de situatie van de patiënt en met de patiënt en de verpleegkundige probeert dat wat bekend en bewezen is, te integreren in de dagelijkse zorg.

Terug naar het voordeel van de twijfel

71

De hbo-verpleegkundige wil integrale zorg verlenen: zorg indiceren, zorg organiseren en directe zorg verlenen. Deze integrale aanpak zal de kwaliteit van zorg verbeteren, het cliënt/patiëntperspectief terugbrengen en de actieve participatie van de patiënt, familie en naasten in de zorgverlening stimuleren. Het holistische perspectief, dat wil zeggen: zorg verlenen die het best past bij deze patiënt en zijn naaste omgeving, is weer terug nadat het even weg leek te zijn geweest.

Het doel van EBCN is om die zorg te bieden en te blijven bieden. Het helpt de verpleegkunde om het verpleegkundig handelen te onderbouwen en te verantwoorden aan alle betrokkenen (patiënten en familie, collega's, behandelaars, verwijzers en zorgverzekeraars). Het helpt om de bijdrage van een verpleegkundige interventie aan de zorg voor de patiënt zichtbaar en meetbaar te maken.

EBCN creëert ook de mogelijkheid voor de professional om zich te blijven ontwikkelen en het beroep van verpleegkundige verder te ontwikkelen, in het veld te positioneren en mogelijk ook te financieren (Cox et al., 2012). EBCN is een goede methode om bestaande praktijken te ondersteunen, het gevonden bewijs te gebruiken en 'best practices' gedetailleerd te beschrijven en te onderbouwen. De verpleegkundigen blijven daardoor als professionele beroepsgroep op de hoogte van nieuwe (technologische) ontwikkelingen en doen nieuwe kennis op om de zorg aan patiënten blijvend te verbeteren. En juist dat is in de huidige tijd van taakverschuiving en -herschikking, de transitie van zorg van de tweede naar de eerste lijn en de nadruk op preventie en zelfmanagement (de 'voorzorg' in het ABCD-model) een belangrijk argument.

De huidige discussie over de problemen rond de indicatiestelling, als randvoorwaarde voor het toekennen van PGB's - dus de financiering van de thuiszorg - is een treurig voorbeeld van het gebrek aan inzicht in de dagelijkse zorgbehoefte van patiënten en cliënten. Deze discussie laat maar weer eens zien hoe belangrijk het is dat verpleegkundigen en verzorgenden zichtbaar maken wat de bijdrage aan de zorg is en welke ondersteuning de patiënt of cliënt nodig heeft. EBCN levert daarvoor het juiste kader.

We kunnen niet 'varen op de wind van gisteren', maar hebben de ervaringen met 'de wind van gisteren' wel nodig om het effect van interventies met 'de wind van vandaag en morgen' zo goed mogelijk in te kunnen schatten. Dat schept vertrouwen naar de patiënt, zorgt voor concrete communicatie naar andere betrokken zorgprofessionals en vormt een goede basis om met de financierende organisaties in discussie aan te gaan.

EBCN is een jonge discipline en zal alleen dan optimaal geïmplementeerd worden in de verpleegkundige praktijk als het een geïntegreerd onderdeel is in de professionele opleidingsprogramma's (bachelor en master) en in bij- en nascholingsactiviteiten voor professionals. Alleen dan wordt de verpleegkundige een kritische, reflectieve professional die in staat is om problemen in de zorgpraktijk op te lossen, onderbouwd met evidence uit zowel wetenschappelijk onderzoek als de eigen professionele kennis en ervaring, in nauw overleg met de patiënt en betrokken zorgprofessionals en tot ieders tevredenheid. Zij moet zorgen voor een goede registratie van het verpleegkundig proces en de resultaten van best practices met anderen delen door presentaties en publicaties. Kortom: zij moet Verpleegkundig Leiderschap tonen.

Er is dus werk aan de winkel! Ook en juist voor de studenten, want het moet niet meer nodig zijn dat iemand vraagt *of* zij hbo-opgeleide verpleegkundigen zijn. Het moet duidelijk zijn *dat* ze hbo-opgeleide verpleegkundigen zijn! Dit moet duidelijk zijn in houding en gedrag, door de zorg die ze verlenen, de regie die ze voeren en het leiderschap dat ze tonen. Ook als alle randvoorwaarden aanwezig zijn, er een goede opleiding is die alle kennis en kunde geeft die nodig is en een werkomgeving waar alle randvoorwaarden aanwezig zijn, zullen de verpleegkundigen zelf door houding en gedrag de positie moeten verdienen die zij in het zorgproces willen innemen: de spil in het zorgproces en een gelijkwaardige, gewaardeerde partner voor de patiënt en andere zorgprofessionals. Dat kan alleen door met een onderzoekende houding, kritisch te blijven reflecteren op het eigen handelen. Het dagelijks handelen dat vele momenten van twijfel kent:

- Twijfel over het oplossen van het probleem van de betreffende patiënt. Kan het wel worden opgelost?
- Twijfel over de interventie. Is wel de juiste interventie voor de betreffende patiënt in de betreffende situatie.
- Twijfel over de bruikbaarheid wetenschappelijke resultaten van grote klinische studies. Passen deze wel bij de betreffende patiënt?
- Twijfel over de toegevoegde waarde van de casestudie. Welke informatie kun je wel en niet gebruiken?
- Twijfel over wat je van collega's kan leren. Hoe zwaar weegt dat?

- Twijfel om andere professionals in te schakelen. Is het niet een moment van zwakte?
- Twijfel over datgene wat de patiënt wil. Is dat ook een goed besluit?
- Twijfel ook over al zo lang toegepaste rituelen! Is er eigenlijk wel bewijs?

Hoe maak je als professional een goede keuze, hoe begeleid je de patiënt bij het maken van keuzes? Twijfel over vele vragen die de verpleegkundige dagelijks moet beantwoorden. Juist die twijfel zal vanuit de kritische en reflectieve houding een heel sterke eigenschap worden!

“En uw twijfel kan een goede eigenschap worden als u hem opvoedt.

Hij moet wetend worden,

hij moet kritisch worden.

Vraag hem,

telkens als hij iets voor u wil bederven,

waarom iets lelijk is,

verlang van hem bewijzen,

stel hem op de proef,

en hij zal tegenover u wellicht radeloos en verlegen zijn,

misschien ook wel opstandig.

Maar geef het niet op,

eis argumenten,

en als u telkens weer zo handelt,

oplettend en consequent,

dan komt er een dag

waarop uw twijfel van een destructieve

kracht één van uw beste werkkrachten zal worden,

misschien wel de kundigste van alle die aan uw leven bouwen.”

Reiner Maria Rilke, Brieven aan een jonge dichter, 4 november 1904

Over de auteur

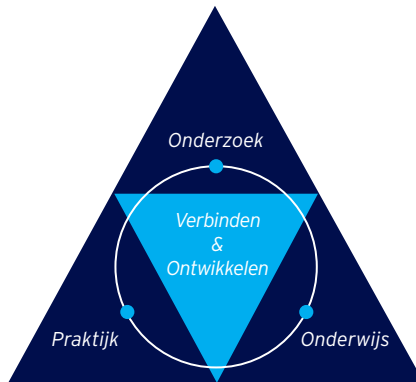
Connie Dekker-van Doorn is opgeleid als verpleegkundige en keerde na enkele jaren werken en wonen in het buitenland terug naar Nederland waar zij aan de Universiteit van Utrecht Onderwijskunde studeerde. Na enkele jaren ervaring als adviseur opleiding en ontwikkeling in het bedrijfsleven keerde zij terug naar de gezondheidszorg waar zij gedurende 7 jaar posities bekleedde als Hoofd Opleidingen en als Hoofd Ambulante Chirurgische Zorg met speciale verantwoordelijkheid voor de integratie van ambulante en klinische zorg. Bovendien was zij lid van verschillende werkgroepen Kwaliteit & Veiligheid. In 2001 begon Connie als Adviseur Kwaliteit en Innovatie Patiëntenzorg te werken voor het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam en waar zij tot 2008 heeft gewerkt als Zorg Manager. In 2008 is zij in het Erasmus Medisch Centrum benoemd tot projectleider *TOPPlus* (Time Out Procedure en Debriefing in de Operatie Zaal) en begon zij tegelijkertijd met haar promotieonderzoek op het gebied van Patiënt Veiligheid en het Leren in Teams bij het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit. Het jaar 2014 markeerde twee belangrijke gebeurtenissen: zij promoveerde aan de Erasmus Universiteit op haar proefschrift "A Delicate Balance: Adaptive Design and Team Learning in the Operating Theatre" en kreeg een aanstelling als lector Evidence-based Care in Nursing aan Hogeschool Rotterdam.

Onderzoekslijn Evidence-Based Care

De onderzoekslijn Evidence-Based Care (EBC) is een van de vier onderzoekslijnen binnen het Kenniscentrum Zorginnovatie. Binnen het Kenniscentrum werken lectoren, hoofddocenten en docentonderzoekers samen aan praktijkgericht onderzoek in vier onderzoekslijnen en worden hierbij ondersteund door het secretariaat. De vier onderzoekslijnen binnen het kenniscentrum zijn: Zelfmanagement en participatie (het patiëntperspectief), Samenhang in zorg (het organisatieperspectief), Evidence Based Care (het professionele perspectief) en als vierde onderzoekslijn Zorgtechnologie, een onderzoekslijn die nauw verbonden is met de drie andere onderzoekslijnen om te zien hoe en op welke manier technologie, ICT of media innovatie in zorg kunnen ondersteunen.



De leden van de onderzoekslijn EBC zijn direct verbonden met de verschillende opleidingen van het Instituut voor Gezondheidszorg. In veel projecten werken zij samen met lectoren, hoofddocenten en onderzoekers uit de andere onderzoeksgroepen. Passend bij de visie en missie van het Kenniscentrum Innovatie in Zorg is de onderzoekslijn EBC gericht op: het leggen van de verbinding tussen praktijk, onderzoek en onderwijs.



Problemen uit de praktijk worden omgezet in een onderzoeksvraag. De resultaten daarvan vinden de weg naar het onderwijs in minoropdrachten en afstudeer-opdrachten. Alle opdrachten vinden plaats in nauwe afstemming met de praktijk, zodat onderzoeksresultaten direct bruikbaar zijn voor de praktijk. Daarnaast vindt verspreiding van kennis plaats door het geven van presentaties en het publiceren van artikelen in nationale en internationale (wetenschappelijke peer-reviewed) tijdschriften. Bij de opdrachten gaat het om: het creëren van evidence bij implementatie van bestaande en van innovatieve interventies. Daarnaast richt de onderzoekslijn zich op verdere ontwikkeling en integratie van onderzoeksvaardigheden en EBP-vaardigheden van docenten en studenten in alle curricula van het Instituut voor Gezondheidszorg.

De onderzoekslijn EBC werkt in verschillende projecten nauw samen met de andere onderzoekslijnen binnen het kenniscentrum, en waar mogelijk en nuttig ook met de kenniscentra van andere opleidingsinstituten binnen Hogeschool Rotterdam. Lectoren en hoofddocenten zijn actief in alle opleidingen binnen het Instituut voor Gezondheidszorg.

De onderzoekslijn EBC kent vier aandachtsgebieden:

1. onderzoek naar effectiviteit van interventies bij veel voorkomende vragen in de beroepspraktijk (inclusief bestaande 'rituelen')
2. onderzoek naar het verspreiden en implementeren van bestaande en nieuwe interventies en onderzoek naar mogelijkheden c.q. interventies om zorgprofessionals te ondersteunen bij het leveren van EBC
3. onderzoek naar de effectiviteit van ontwerp- en implementatieprocessen van innovaties in de beroepspraktijk;
4. onderzoek in het onderwijs naar het verbeteren van de kennis en vaardigheden van evidence-based handelen bij studenten, docenten en zorgprofessionals in het werkveld.

Vooraf dit laatste aandachtsveld is belangrijk voor de integratie van EBCN in het opleidingscurriculum. Implementatie van onderzoeksvaardigheden betekent het verder ontwikkelen van onderzoeksvaardigheden als kennislijn

in de curricula van de verschillende opleidingen en als een geïntegreerd onderdeel in inhoudelijke opleidingsprogramma's en geïntegreerd in inhoudelijke thema's van de verschillende opleidingen. Voor docenten is in de maand april een bijscholingsactiviteit georganiseerd waaraan veel docenten enthousiast hebben deelgenomen. Het is de bedoeling om elk jaar een dergelijke bijscholingsactiviteit te organiseren.

De Dutch-Modified Fresno test wordt gebruikt om bij tweede en vierde jaars studenten van alle opleidingen de motivatie ten aanzien van EBP en kennis van EBP te meten. Ook docenten worden uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen en in de toekomst professionals, met name stagebegeleiders, bijscholing aan te bieden. Inmiddels heeft een kleine groep logopedisten aan bijscholing deel genomen.

Binnen de onderzoekslijnen zijn projecten gekoppeld aan de verschillende disciplines binnen het Instituut voor Gezondheidszorg. Soms zijn de projecten monodisciplinair, soms multidisciplinair. De projecten betreffen onderwerpen waarbij de professional een belangrijke rol speelt, individueel of als lid van een multidisciplinair team. Voor Evidence-based care in nursing zijn onderwerpen als infectiepreventie, patiëntveiligheid, pijnmanagement en persoons- en familiegerichte zorg belangrijke thema's:

- Bij infectiepreventie is de problematiek vooral gekoppeld aan implementatie van richtlijnen. Met name op het verbeteren van de naleving van professionals (en in sommige gevallen ook patiënten en bezoekers) van richtlijnen infectiepreventie. Het kiezen van de juiste implementatiestrategieën is complex omdat het hierbij gaat om een procesverandering en een verandering van gedrag. En vooral dat laatste is moeilijk te beïnvloeden.
- Bij patiëntveiligheid gaat het om oude of nieuwe interventies van veelal simpel lijkende procedures, maar met complexe implementatie- en veranderprocessen. Patiëntveiligheid is een breed onderwerp en varieert van concrete interventies om het zorgproces te verbeteren, zoals bijvoorbeeld de verpleegkundige overdracht, tot ontwikkeling en implementatie van complexe multidisciplinaire richtlijnen.
- Bij pijnmanagement betreft het interventies van verpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor het monitoren van pijn bij patiënten en (geprotocolleerd) medicatie kunnen aanpassen. Uit een onderzoek door HBOV-studenten bleek dat het meten van pijn met behulp van een VAS-score (een visueel meetinstrument waarmee patiënten op een schaal van 10 kunnen aangeven hoeveel pijn zij hebben) niet zo betrouwbaar is dan men aanvankelijk dacht. Een ander onderwerp waar studenten naar zullen kijken binnen dit aandachtsgebied is de pijn die patiënten die een hartoperatie ondergaan, postoperatief ervaren. De praktijk laat zien dat er grote verschillen zijn en sommige patiënten lang na de operatieve ingreep nog steeds pijnklachten hebben.
- Persoons- en familiegerichte zorg is een thema dat steeds meer de aandacht krijgt en op veel terreinen nog onontgonnen is. Waar juist voor verpleegkundigen een belangrijke rol is weggelegd. Elke patiënt zal, ongeacht de ernst van zijn of haar ziekte en de daaraan gekoppelde zorgvraag speciale wensen en voorkeuren

hebben, variërend van concrete verpleegkundig technische handelingen tot en met een luisterend oor en ondersteuning bij moeilijke momenten en levensfasen. Evidence-based handelen ligt dan niet altijd voor de hand en is ook niet altijd mogelijk. Want onderwerpen als communicatie, sympathie en empathie zijn moeilijk meetbaar te maken. Daarnaast zullen er ook verschillen te vinden zijn tussen patiënten en familie in de waardering voor de zorg. Wat de ene patiënt goede zorg vindt, vindt de andere misschien matig.

De onderzoekslijn EBCN en de betrokkenheid van verpleegkunde studenten

Vanuit de onderzoekslijn EBCN worden studenten HBOV en andere disciplines actief betrokken bij projecten en onderzoek naar verpleegkundige interventies. De studenten brengen onderwerpen in vanuit het eigen werkveld of stageplek, of schrijven in minoren of afstudeerfase in op projecten die door de onderzoekslijn EBCN worden aangeboden. Waar nodig wordt in multidisciplinaire teams van studenten samengewerkt. Met enkele ziekenhuizen wordt gekeken naar het ontwikkelen van onderzoekslijnen waarin studenten de resultaten van eerder onderzoek kunnen gebruiken om een volgende stap te zetten in zogenaamd estafette-onderzoek. Bij vrijwel alle onderwerpen bestaat een nauwe samenwerking met de verschillende onderzoekslijnen binnen het kenniscentrum, zoals:

- Onderzoek naar verpleegkundige interventies om patiënten te ondersteunen bij het volgen van de voorgeschreven richtlijnen voor orale anti-tumorthapie. Binnen dit project werkt de onderzoekslijn EBC nauw samen met de onderzoekslijn Zelfmanagement & Participatie in het NURSE-CC-project
- In het project 'Better in, Better out' werkt de onderzoekslijn EBC samen met de onderzoekslijn Zorgtechnologie
- Heel actueel is de toewijzing van de RaakPro subsidie voor het project 'Sterk Gestart in de Zorg - The Resilient Nursing Study', waarin de onderzoekslijn EBC samenwerkt met de onderzoekslijn Samenhang in Zorg.

En zo zijn er nog meer projecten waarin de onderzoekslijn met andere onderzoekslijnen samenwerkt om de krachten te bundelen.

Onderzoekslijn Evidence-Based Care anno 2015

Philine Berns - docent-onderzoeker

Kirsten van den Heuij - docent-promovendus

Harald Miedema - lector Arbeid en Gezondheid

Karin Neijenhuis - hoofddocent Evidence-Based Care en Logopedie/Audiologie

Iris Schaap - docent-onderzoeker

Sara van de Venne - kerndocent-trainee

Joan Verhoef - hoofddocent Evidence-Based Care en Ergotherapie

Lennard Voogt - hoofddocent aan de opleiding Fysiotherapie

Erica Witkamp - hoofddocent Evidence-Based Care Verpleegkunde

Brigitte van Gulik - secretaresse

Dankwoord

En nu komt voor de tweede keer in korte tijd het moment voor het schrijven van een dankwoord. Promoveren na een lange loopbaan was al een hele ervaring en dat daar nu nog een “boekje” achteraan komt voor een Openbare Les als lector bij Hogeschool Rotterdam, had ik echt nooit kunnen bedenken. Dus zijn er zeker mensen die ik graag wil bedanken.

Allereerst wil ik het College van Bestuur bedanken voor het vertrouwen dat zij in mij stelt om de basis te leggen voor een nieuwe onderzoekslijn binnen het Kenniscentrum Zorginnovatie. Evidence-Based Care in Nursing is een onderwerp met enthousiaste aanhangers, maar ook onderwerp van veel kritiek. Ik denk dat juist de aandacht voor het expliciteren van wat je doet en waarom je dat doet, de verpleegkundige zal versterken als professional en tot een waardige partner maakt in het team van zorgverleners dat de zorg voor de patiënt en met de patiënt op zich neemt. Annegien, een kennismakingsgesprek met mij is voor jou voldoende om mij de ruimte te geven en deze openbare les zelf in te vullen. Dank daarvoor.

Dan mijn collega's binnen het Kenniscentrum. Ik ga in herhalingen vervallen, maar binnen het Kenniscentrum heb ik me vanaf de eerste dag op mijn gemak gevoeld. Dat gebeurt niet overal kan ik uit eigen ervaring vertellen en heeft zeker geholpen om deze mooie nieuwe functie en het afronden van een proefschrift te combineren. Want toen ik dacht na het afronden van mijn eerste boekje weer helemaal te kunnen deelnemen aan alle activiteiten, moest er een openbare les geschreven worden. Ook nu hadden jullie weer alle begrip voor mijn afwezigheid nu en dan, het regelmatig te laat reageren op mailtjes of het aanleveren van feedback. Bedankt voor jullie begrip, ondersteuning en collegialiteit. Marleen, AnneLoes, Jacomine, Hanneke, Mieke, Patrica, Harald, Ton, Chris en Linda, mijn collega lectoren, vanaf nu ben ik echt weer aanwezig en kan ik weer mee denken en schrijven! AnneLoes en Jacomine dank voor de input en het delen van jullie ervaringen in en met de zorg.

Marleen, jou wil ik heel speciaal bedanken. Allereerst voor het vertrouwen dat je in mij had toe je mij vroeg of ik geïnteresseerd zou zijn om deze mooie functie als lector in te vullen. Ik vond het al een hele eer dat ik kwartiermaker was. Maar ik ben elke dag nog blij en trots dat ik mijn energie en enthousiasme in deze mooie

functie mag steken. Daarnaast ben je als leidinggevende, maar ook gewoon als collega: TOP! Dank. Ook bedankt dat je de tijd hebt genomen om op het dit boekje feedback te geven. Dank voor je wijze raad en suggesties om mijn openbare les tot een mooi geheel te maken.

AnneLoes, dank voor de vele uren die je gestoken hebt in het lezen van en feedback geven op de conceptversie van deze openbare les. Ik weet maar al te goed hoeveel energie en tijd het vraagt om goede feedback te geven. Dank voor je goede en waardevolle suggesties. Ik heb er weer veel van geleerd en het heeft zeker bijgedragen aan dit mooie resultaat. Josephine, Ilona en Corinne, ook jullie dank voor de ondersteuning tijdens dit hele proces. Het meelesen, mee ontwerpen en vormgeven heeft tot dit mooie boekje geleid!

Karin en Joan jullie stonden met mij aan de start van het lectoraat EBC en hebben inmiddels al veel op de rails gezet. Zonder jullie kennis en ervaring over en met dit onderwerp en jullie kennis en ervaring binnen Hogeschool Rotterdam was dit nooit gelukt. Erica wat ben ik blij dat je ons team als hoofddocent EBC bent komen versterken. Jouw ervaring in de klinische praktijk, je aangeboren talent als docent en het enthousiasme als onderzoeker zijn voor een nieuwe onderzoekslijn als EBC een aanwinst! Dank ook dat je op mijn Openbare Les jouw visie op de mooie rol van de verpleegkundige in de laatste fase van het leven wilt komen toelichten. Harald, Lennard, Kirsten en Philine met jullie wordt de onderzoekslijn een mooi multidisciplinair geheel, precies zoals de zorg in het dagelijks leven er uit ziet. Onno, ook jou wil ik bedanken dat je op deze mooie bijeenkomst je kennis en ervaring met ons wilt delen. De eerste positieve resultaten hebben we met het project "Schone Handen" al kunnen realiseren en wie weet kunnen we dat nu om gaan zetten in een mooi evidence-based project!

Lieve Brigitte, wat zou ik doen zonder jouw ondersteuning, je kopjes koffie, je optimisme en je mailtjes met: "...en nu even tijd voor wat leuks...". Heel veel dank voor al je hulp.

Ook Hanneke, Elly en Nadia wil ik graag bedanken. Dank zij jullie ondersteuning en organisatietalent komt alles in het Kenniscentrum steeds weer in orde: de agenda's, de afspraken, de onderlinge afstemming, de reservering van Parijs, London en New York, de nuttige dingen, de leuke dingen en zeker ook... De Afwas!

Lieve Lin, dank ook nu weer voor de hulp. Niet alleen als hoofd Plaatjes, maar bij jou kan ik ook altijd terecht voor een bakje troost en even afstand nemen van een frustratiemomentje van vastzitten. Wie had dit kunnen bedenken toen we 7 jaar geleden samen begonnen aan TOP*plus*, nu samen werken in dit mooie Kenniscentrum Zorginnovatie. De eerste projecten zijn al van de grond gekomen. Ik hoop dat ik dit nog even kan blijven doen.

Tenslotte wil ik ook graag alle collega's, experts en partners in de dagelijkse zorgpraktijk bedanken voor hun enthousiasme en inzet om de zorg beter te maken door mooie initiatieven op de rails te zetten. Ik hoop dat er nog vele initiatieven ontplooid worden. Er is nog veel te ontdekken rond EBCN.

Mijn familie en vrienden heb ik in mijn eerste boekje al uitvoerig bedankt voor hun geduld en begrip. De beloofde vrije uurtjes voor een glaasje, goede film, een wandeling langs het strand of gewoon 'even niets' zijn er nog niet veel geweest, maar nu ook dit tweede boekje er ligt, moet dat echt gaan lukken. In ons nieuwe huis in O20 staan straks weer een gedekte tafel en een glaasje klaar voor veel gezellige avondjes! Jullie zijn welkom!

Referenties

- Achterberg, Th., Schoonhoven, L., Grol, R. (2008). Nursing Implementation Science: How Evidence-Based Nursing Requires Evidence-Based Implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40:4, 302-310. 2008 Sigma Theta Tau International.
- Bate, P., Robert, G.I. (2002). Studying Health Care "Quality" Qualitatively: The Dilemmas and Tensions Between Different Forms of Evaluation Research Within the U.K. National Health Service. *Qualitative Health Research*, vol. 12 no. 7, September 2002 962-977 .
- Van den Berg, M., Post, N.A.M., Hamberg-van Reenen, H.A., Ban C.A., Schoemaker, C.G. red. (2014) Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid (RIVM)*.
- Berwick, D.M., (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs* 28, no. 4 (2009): w555-w565 (published online 19 May 2009; 10.1377/hlthaff .28.4.w555).
- Brown, C.E., Wickline, M.A., Ecoff L., Glaser, D. (2009) Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *JAdvNurs*, 2009, 65:371-381.
- Bulechek, M., Butcher, H.K. & McCloskey-Dochterman, J. (2010). *Verpleegkundige interventies*. Amsterdam: Reed Business.
- Charlton, B. G. (2009). The Zombie science of evidence-based medicine: a personal retrospective. A commentary on Djulbegovic, B., Guyatt, G. H. & Ashcroft, R. E. (2009). Cancer Control, 16, 158-168. *J Eval Clin Pract*, 15(6), 930-934.
- Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J. Kuiper, Ch. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Boom Lemma Uitgevers, Den Haag.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P. et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131
- Cullum, N. (1998) Evidence-based practice. *Nursing Management*. Jun;5(3):32-5.
- Cullum N., Ciliska, D., Marks, S., Haynes, B. (2007). An introduction to evidence-based nursing, Chapter 1. In N. Cullum, D. Ciliska, S. Marks & B. Haynes (Eds). *Evidence-based Nursing. An Introduction*, Wiley-Blackwell.
- Dane, C. (1968). De Gechiedenis van de ziekenverpleging. *Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom*, Lochem.
- Dekker - van Doorn, C.M. (2014). A Delicate Balance. Adaptive Design and Team Learning in the Operating Theatre. (Doctoral dissertation). *Erasmus University Rotterdam*.

- DiCenso, A., Cullum, N. Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Implementation Forum, Evidence-based Nursing*. Vol.1, nr2.
- Greenhalgh, T., Howick, J., Maskrey, N., & Evidence Based Medicine Renaissance, Group. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725.
- Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Outlook*, 48(4), 151-152.
- Haynes, A.B., Weiser, Th.G., Berry, W.R., Lipitz, S.R., Breizat, A.H.S., Dellinger, E.P., Dziekan, G., Herbosa, T., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C.M., Ferry, A.F., Reznich, R.K., Taylor, B., Vats, A., Gawande, A.A. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf* 2011;20:102e107. doi:10.1136/bmjqs.2009.040022.
- Helder, O., Goudoever, J.B., Hop, Brug, J., Kornelisse, R.F. (2011). Hand disinfection in a neonatal intensive care unit: continuous electronic monitoring over a one-year period. *BMC Infect Dis*. 2012 Oct 8;12:248.
- Helder, O.K., Weggelaar, A.M., Waarsenburg, D.C., Looman, C.W., Goudoever, J.B., Brug, J., Kornelisse, R.F. (2012). Computer screen saver curbs a negative trend in hand hygiene behavior. *American journal of infection control*, 40(10), 951-954.
- Hessels J., de Vries, C., Hilbers, E. De Bruijn, A., Geertsema, R. (2014). Risico's bij gebruik van complexe medische technologie in de thuissituatie. Stand van zaken 2013. *Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (RIVM)*.
- Hughes, R.. 2008. The Future of Nursing. Nurses at "The sharp End" of patient care. Chapter 2. In R.G. Hughes (Ed.). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008.
- Huizing, A. R., Hamers, J.P., Gulpers, M.J.M., Berger, M.P.F. (2006). "Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial." *BMC Geriatrics* 6: 17.
- Kaljeremo, A.N., Boström, A.M., Thompson, D.S., Hutchinson, H.S., Estabrooks, C.A., Wallin, L. (2010). *Implementation Science* 2010, 5:32.
- Kaljouw, M., Van Vliet, K. (2015) Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. *Zorginstituut Nederland*.
- Kirkpatrick, H., Boblin, Sh., Ireland, S., Robertson, K. The Nurse as Bricoleur in Falls Prevention: Learning from a Case Study of the Implementation of Fall Prevention Best Practices. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2014; 11:2, 118-125. 2014 Sigma Theta Tau International.
- Klee, M.S.N., Davis-Kirsch, S., Latta, L., Pecchia, M. (2011). Using Continuous Process Improvement Methodology to Standardize Nursing Handoff Communication. *Journal of Pediatric Nursing*. Elsevier Inc.
- De Laat, E., Schoonhoven, L., Pickkers, E., Achterberg, Th. (2006). Implementation of a new policy results in a decrease of pressure ulcer frequency. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18(2):107-12

- Lange, J.F., Dekker-van Doorn, C.M., Haerkens, M.H.T.M., Klein, J. (2011). Veiligheidscultuur in het ziekenhuis: zonder cultuuromslag wordt het een cosmetische ingreep. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2011;155:a2253 .
- Leape L, Berwick D, Clancy C, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care* 2009;18:424-8.
- Van Lieburg, M.J., Landwehr, J.H. (1980). *Over ziekenverpleging*. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij B.V. Alphen aan den Rijn/Brussel.
- Lundmark, V.A. (2008) Magnet Environments for Professional Nursing Practice. Chapter 6. In R.G.Hughes (Ed.). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, Z., Theng, Y-L., Chang, Y-K., Mokhtar, I.A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision-making: nurses perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc* 99(3) July 2011.
- Van der Meer, E.H. Postma, J.P. (2012). De 'Zichtbare schakel'- wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Een kosten-batenanalyse. BMC Advies Management. *ZonMw*, 2012.
- Melnik, B. Mazurek, Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B., Williamson, K.M. (2010). The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *AJN*. January 2010, Vol. 110, No. 1.
- Nieboer, A. P., Lötter, F. Cramm, J.M. (2013) De wijkverpleegkundige als Zichtbare schakel in de wijk in Rotterdam. *Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg*.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J., Scholten, R.J.P.M. (red). (2008). *Inleiding in evidence-based Medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*, derde druk. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Van Oostveen, C. J., (2015). Modeling and managing the patient's need for clinical care. Enhancing evidence-based practice and management. (Doctoral dissertation) *University of Amsterdam*.
- Paans, W. (2011) Accuracy of nursing diagnoses: knowledge, knowledge sources and reasoning skills. PhD thesis. *Katholieke Universiteit Leuven*.
- Polit, D.F., Beck, Ch. T. (2004). *Nursing Research*. Seventh Edition. Lippincott, Williams, & Wilkins, Philadelphia.
- Revello, K., Fields, W. (2015) An Educational Intervention to Increase Nurse Adherence in Eliciting Patient Daily Goals. *Rehabil Nurs*. 2015.
- Riesenberg, L.A., Leizsch, J., Cunningham, J.M. (2010) Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am. J. Nurs*. 2010 Apr;110(4):24-34; quiz 35-6.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Schön, D.A. (1984). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. Basic Books Inc. USA.
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Grotendorst, A., Van Merwijk C. ed. (2012) *V&V2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht.

- Segaar, D., Bolman, C., Willemsen, M.C., de Vries, H., Identifying determinants of protocol adoption by midwives: A comprehensive approach. *Health Education Research* 2007; Vol.22: 14-26.
- Sermeeus W., Giebels Y., Vanhaecht K., De Witte K., Haspeslagh M., Vleugels A. Het Vlaams-Nederlands Netwerk Klinische Paden. *Acta Hospitalia* 2002; 2:29-39.
- De Graaf-Waar, H.I., Speksnijder, H.T. (2014). *Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- Stavenuiter, M., Smits - Van Waesberghe, E., Nederland, T., de Gruijter, M. (2015). *Wat doet de zorgprofessional in 2030. Veldraadpleging zorgberoepen in een veranderend zorglandschap*. Zorginstituut Nederland. Verwey Jonker Instituut.
- Taylor, S.L., Dy, S., Foy, R., Hempel, S. McDonald, K.M., Øvretveit, J. Pronovost, P.J., Rubenstein, L.V., Wachter, R.M., Shekelle, P.G. (2011). What context features might be important determinants of the effectiveness of patient safety practice interventions? *BMJ Qual Saf* 2011;20:611e617.
- Trappenburg, M. (2013). Bescheiden professies. *Over evidence based werken buiten de cure*. 2^{de} Els Borst Lezing. Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. 2011. Accessed and downloaded at: www.nursing.nl.
- De Vries, E.N., Prins, H.A., Crolla, R.M.P.H., den Outer, A.J., van Anel, G. van Helden, S.H. Scnlack, W.S. van Putten, A., Gouma, D.J., Dijkgraaf, M.G.W., Smorenburg, S.M. Boermeeester, M.A. (2010). Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med* 363;20 nejml.org november 11, 2010.
- Wauben, L.S.G.L., Dekker- van Doorn, C.M. (2013). Praktische tips voor implementatie. Hoofdstuk 13. In M.C. De Bruijne & F. Bleeker (Eds). *Medisch Teamwork. CRM in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu.
- Youngblut, J.M., Brooten, D., (2001). Evidence-based Nursing Practice: Why Is It Important? *AACN Clinical Issues*. Vol12, no4.

Eerdere uitgaven

van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij



Van je ouders moet je het hebben

Auteur Mariëtte Lusse
ISBN 9051799047
Verschijningsdatum juni 2015
Aantal pagina's 74
Prijs € 14,95



Lof der Zelfreflectie: Jeugdprofessional ken Uzelve

Auteur Patricia Vuijk
ISBN 9789051798975
Verschijningsdatum maart 2015
Aantal pagina's 124
Prijs € 14,95



Professionele identiteit in perspectief

Auteur Ellen Klatter
ISBN 9789051798906
Verschijningsdatum februari 2015
Aantal pagina's 68
Prijs € 14,95



Gesprekken met honoursstudenten

Auteurs Josephine Lappia, Ron Weerheijm, Albert Pilot en Pierre van Eijl
ISBN 9789051798883
Verschijningsdatum december 2014
Aantal pagina's 164
Prijs € 14,95



A Stake in the Unknown

Auteur Nana Adusei-Poku
ISBN 9789051798890
Verschijningsdatum oktober 2014
Aantal pagina's 40
Prijs € 14,95



Chronic Non-Specific Low Back Pain

Auteur Karin Verkerk
 ISBN 9789051798760
 Verschijningsdatum september 2014
 Aantal pagina's 184
 Prijs € 25,95



Kracht van verbeelding

Auteur Paul Rutten
 ISBN 9789051798722
 Verschijningsdatum juli 2014
 Aantal pagina's 88
 Prijs € 14,95



Grootmeesters in innovatie

Auteur Guy Bauwen
 ISBN 9789051798548
 Verschijningsdatum januari 2014
 Aantal pagina's 57
 Prijs € 14,95



De financiële omdenker

Auteur Maaïke P. Lycklama à Nijeholt
 ISBN 9789051798463
 Verschijningsdatum januari 2014
 Aantal pagina's 56
 Prijs € 14,95



Een kwestie van vertrouwen

Auteur Mariëtte Lusse
 ISBN 9789051798364
 Verschijningsdatum december 2013
 Aantal pagina's 351
 Prijs € 34,50



Disability studies en participatie

Auteur Mieke Cardol
 ISBN 9789051798524
 Verschijningsdatum november 2013
 Aantal pagina's 38
 Prijs € 14,95

Exemplaren zijn bestelbaar via www.hr.nl/onderzoek/publicaties. Hier zijn ook eerder verschenen uitgaven van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij beschikbaar.

Connie Dekker-van Doorn

Evidence-Based Care in Nursing

“Het voordeel van de twijfel”

ISBN 90-5179-914-4



Is Evidence-based care een 'hippe hype' van voorbijgaande aard of een serieuze poging om de zorg voor patiënten aantoonbaar te verbeteren?

De zorg verandert inhoudelijk en ook de organisatie van zorg verandert. Demografische ontwikkelingen en technologische ontwikkelingen zorgen voor veel veranderingen in de gezondheidszorg. Ook de grenzen tussen zorgorganisaties vervagen. Meerdere instellingen, zowel intramurale als extramurale instellingen, zijn betrokken bij de zorgverlening om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van de patiënt. Daarnaast verandert de zorg van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag'.

De verpleegkundige speelt in al deze veranderingen een centrale rol. Een rol die verandert van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' met het accent op preventie en zelfmanagement. De zorg wordt verleend in multidisciplinaire teams en de patiënt of cliënt en zijn familie zijn steeds meer betrokken bij de besluitvorming over de zorg. Dit vraagt een goede communicatie en coördinatie, transparantie in verslaglegging en het afleggen van verantwoording.

Maar vraag verpleegkundigen wat hun bijdrage is aan de zorg en of zij dat zichtbaar kunnen maken, dan volgt er vaak een grote stilte...! Toch weten we allemaal dat de verpleegkundige de spil is in het zorgproces en zich 'bemoeit' met inhoudelijke en organisatorische aspecten van zorg, in het hele zorgproces en in alle sectoren van de zorg: intra- en extramuraal. Wat betekent Evidence-Based Care voor de verpleegkundige beroepspraktijk en welke belemmeringen ervaren verpleegkundigen bij implementatie van Evidence-Based Care? Kan Evidence-Based Care de verpleegkundige helpen om de zorg aan patiënten aantoonbaar te verbeteren? En wat doe we als er geen evidence te vinden is? Connie Dekker gaat in deze Openbare Les in op de misverstanden, de belemmeringen en de toegevoegde waarde van Evidence-Based Care in Nursing.

Connie Dekker is lector Evidence-Based Care in Nursing bij het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam.

OPENBARE LES