

COLUMN

Op de barricades voor evidence-based werken

De schrijver van de column kan een gedragswetenschapper, een groepsleider, een wetenschappelijk onderzoeker, een beleidsmaker en/of een ouder zijn. Wat zij gemeen hebben, zijn hun ervaringen met mensen met een licht verstandelijke beperking. In deze LVB Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan Anika Bexkens. Zij is hoogleraar Evidence Based Clinical Practice for Child and Adolescent Mental Health aan de Universiteit Leiden, hoofdopleider GZ opleiding in Leiden en klinisch psycholoog in GGZ Delfland. Haar werkweek zal dus ongetwijfeld vol zijn, maar desondanks is Anika ook lid van de redactie van LVB Onderzoek & Praktijk.

‘We kunnen niet evidence-based werken in de LVB-zorg want er zijn onvoldoende onderzochte interventies voor LVB’

Beste collega's, wij, professionals die dagelijks beslissing nemen over de beste aanpak voor onze cliënten moeten de barricades op! Deze column is een oproep om de term evidence-based werken te hereigenen zodat uitspraken zoals hierboven tot het verleden zullen behoren.

Over de jaren heen is de definitie van evidence-based werken zoals deze wordt gebruikt in de praktijk, beleidsstukken en wetenschappelijke publicaties steeds nauwer geworden. Evidence-based werken is steeds meer synoniem komen te staan voor ‘gebruik van wetenschappelijk aangetoonde effectieve protocollaire behandelingen’. Dit staat ver af van de oorspronkelijke definitie, die luidt namelijk:

“The conscientious, explicit and judicious use of current evidence in making decisions about the care of individual patients” (Sackett et al., 1996).

En werd enkele jaren later aangevuld om tot de definitie te komen die nog steeds actueel is en bijvoorbeeld ook door de American Psychological Association wordt gebruikt:

“Evidence-based practice requires the integration of the best research evidence with our clinical expertise and our patient's unique values and circumstances” (Sackett et al., 2000).

Evidence-based practice is dus een klinisch besluitvormingsmodel waarin de wetenschappelijke evidentie die voorhanden is wordt geïntegreerd met klinische expertise en cliëntperspectieven, om vervolgens tot de beste beslissing te komen over de behandeling van één specifieke cliënt of gezin. Dat betekent dat het model juist ruimte laat voor alle belangrijke praktijkkennis die is opgedaan in het LVB-veld en die ook veelal is samengevat in handboeken over het werken met LVB.

Het vertrekpunt in evidence-based werken is de ‘beste wetenschappelijke evidentie’: wat weten we uit wetenschappelijk onderzoek over de specifieke hulpvraag van de cliënt? En als we de artikelen die daarover gaan lezen, kunnen we dan met onze klinische expertise een inschatting maken in welke mate de gevonden resultaten ook van toepassing zijn op de specifieke persoon die voor ons zit?

Klinische expertise is ook om een andere reden onmisbaar: er zijn grenzen aan de wetenschappelijke literatuur. De wereld is simpelweg te complex om alle kleine verbanden te onderzoeken. Bovendien zijn er ook onderwerpen, zoals bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg, waar veel minder onderzoek naar wordt gedaan. Het is goed om je te realiseren dat de onderwerpen waarnaar onderzoek wordt gedaan voor een groot deel bepaald worden door interesses van individuele onderzoekers en maatschappelijke hot topics waarvoor, onder andere, de overheid onderzoeksgeld vrijmaakt. Dat betekent dat er veel onderwerpen zijn waar geen onderzoek naar wordt gedaan en waarover daardoor geen (recente) wetenschappelijke evidentie aanwezig is.

Daarnaast is wetenschappelijke evidentie veelal gebaseerd op onderzoek in groepen, waarbij wordt getoetst of de ene groep gemiddeld genomen verschilt van de andere groep of dat een groep cliënten gemiddeld genomen vooruitgaat door een bepaalde interventie. De kennis die hieruit voorkomt is zeer geschikt om algemene kijkrichtingen te bepalen voor inzet van diagnostiek of interventies. We weten door wetenschappelijk onderzoek dat de kans groot is dat aanpak A zal aanslaan bij probleem B, bijvoorbeeld exposuretherapie bij angst. Of welke verklaringen voor het ontstaan of voortduren van een probleem overwogen moeten worden. Dit houdt echter geen rekening met hoe verschillend mensen met dezelfde hulpvraag kunnen zijn. Zeker in de LVB-groep, waar zoveel heterogeniteit is in sterke en minder sterke vaardigheden en ontwikkelingsniveaus. Dat betekent dat er een inschatting gemaakt moet worden van hoe goed deze wetenschappelijke kennis zal aansluiten bij de specifieke cliënt. Met andere woorden, de (regie)behandelaar integreert praktijkkennis en cliëntperspectief met de wetenschappelijke kennis en komt zo tot een beslissing over de in te zetten interventie.

De American Association for Psychologists (2006) schrijft dan ook: *'Evidence-based practice in psychotherapy is a means to enhance the delivery of services to patients within an atmosphere of mutual respect, open communication, and collaboration among all stakeholders, including practitioners, researchers, patients, health care managers, and policymakers.'*

Zullen we met zijn allen deze bredere definitie van evidence-based practice weer invoeren zodat wetenschappers, klinici en cliënten met elkaar in verbinding blijven en op die manier zowel de zorg als de wetenschap beter wordt? Op die manier ontstaat ruimte om wetenschap verstandig toe te passen samen met onze klinische expertise om tot maatwerk te komen, precies zoals het model ook bedoeld is.

LITERATUUR

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- 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. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.