

Henk Smeijsters, Sandra Beurskens, Nol Reverda,
Xandra Gielen en Ingrid Pénzes

Het Evidence Beest in de vaktherapie

Een verheldering van de begrippen Evidence Based Practice en Practice Based Evidence

Evidence Based Practice wordt door sommige (vak)therapeuten en opleiders als een lastig beest ervaren dat voortdurend in de kuiten bijt. Vaak is deze 'pijn' echter het gevolg van een te beperkt zicht op wat met Evidence Based Practice eigenlijk bedoeld wordt. Dit artikel verheldert de begrippen Evidence Based Practice, verduidelijkt de relatie tot Practice Based Evidence en de rollen die de vaktherapeut hiertoe kan innemen.

In dit artikel ...

- ... wordt uitgelegd wat evidence betekent binnen Evidence Based Practice en binnen Practice Based Evidence, geïllustreerd met praktijkvoorbeelden;
- ... wordt de samenhang van evidence met normen en waarden (normativiteit) en de context (contextualiteit) uiteengezet;
- ... worden de diverse rollen omschreven van de professional ten aanzien van evidence.

Inleiding

In de discussie binnen de diverse beroepsdomeinen wordt Evidence Based Practice op verschillende manieren uitgelegd en komt het woord evidence in meerdere betekenissen naar voren, zonder dat altijd helder is wat met deze begrippen bedoeld wordt. Daarbij wordt naast Evidence Based Practice ook de term Practice Based Evidence steeds meer gebruikt.

Met het oog op een eenduidig taalgebruik binnen opleidingen en het beroepenveld, hebben de opleidingen en lectoraten op het terrein van gezondheidszorg en 'social work' van Zuyd Hogeschool het initiatief genomen de begrippen te verhelderen. Lectoren en (docent)onderzoekers hebben zich in 2010-2011 in meerdere gespreksrondes hierover gebogen, waarvan dit artikel de neerslag is.

In dit artikel wordt allereerst beschreven wat het begrip Evidence Based Practice (EBP) betekent in relatie tot het besluitvormingsproces dat een professional gebruikt in zijn behandelpraktijk. Daarna beschrijven we wat verstaan wordt onder Practice Based Evidence (PBE), de op ervaringskennis gebaseerde vorm van evidence. Met de begrippen 'normativiteit' en 'contextualiteit' wordt uitgelegd dat het handelen van de professional afhankelijk is van normen en waarden en de context. Tot slot worden diverse rollen van de professional onderscheiden zoals 'reflective practitioner',

'evidence based practitioner' en 'scientist practitioner' en vertaald naar zowel de praktijk als het onderwijs.

Evidence binnen Evidence Based Practice (EBP)

In de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstond het besef dat het medisch handelen gebaseerd moest worden op wetenschappelijke kennis (evidence) en niet alleen op klinische expertise. Dit was het begin van de opkomst van Evidence Based Medicine (EBM). Eén van de meest bekende en gebruikte definities van EBM komt van Sackett et al., (2000): "Het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal (evidence) om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. Het is een integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren en verwachtingen van patiënten spelen bij de besluitvorming een centrale rol" (p. 1; vertaling auteurs).

Het gebruik van EBM breidde zich uit naar andere medische professionals zoals paramedici en verpleegkundigen en leidde tot de begrippen Evidence Based Mental Health en Evidence Based Practice (EBP). Evidence Based Practice (EBP) wordt gebruikt als overkoepelend begrip voor verantwoord professioneel handelen door de medische, paramedische en psychotherapeutische beroepen binnen de algemene en geestelijke gezondheidszorg (Kuiper et al., 2004; Tiemens et al., 2010). Anders dan bij gezondheidszorg vormt bij 'social work' en onderwijs EBP niet de basis voor professioneel handelen. De adoptie van EBP is dus niet overal even sterk.

Volgens Sackett et al., (2000) maakt de professional bij zijn besluitvormingsproces conform de systematiek van EBP gebruik van drie mogelijke bronnen, te weten: (1) de resultaten van wetenschappelijk onderzoek; (2) de ervaringskennis, wensen, voorkeuren en omstandigheden van de cliënt; en (3) zijn eigen expertise als professional. De professional gaat dus naar aanleiding van het probleem van de cliënt gericht op zoek naar evidence die hij in het behandelproces van de individuele cliënt kan gebruiken. Hij beoordeelt deze evidence en het onderzoek op methodologische kwaliteit en geldigheid. Vervolgens toetst de professional deze wetenschappelijke evidence aan zijn ervaringskennis en de ervaringskennis, wensen, voorkeuren en omstandigheden van zijn cliënt. Op basis hiervan neemt hij samen met de cliënt behandelbeslissingen. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden kortom getoetst aan de toepasbaarheid, wenselijkheid en haalbaarheid in de concrete behandelpraktijk.

Voorbeeld uit de vaktherapie

In de Justitiële Jeugdinstelling werkt een muziektherapeut met een jongere met zeer geringe motivatie die moeilijk zijn

gevoel kan uiten. De muziektherapeut vraagt zich af hoe de drempel verlaagd kan worden en welke werkvorm geschikt is om de jongere tot gevoelsexpressie te stimuleren. Hij vermoedt dat RAP muziek een goede ingang is.

Op zoek naar wetenschappelijke onderzoeksresultaten, raadpleegt hij in zijn instelling de databank PubMed (scholar.google.nl), kijkt in alle jaargangen van het Tijdschrift voor Vaktherapie en bezoekt de website van KenVaK. Hij vindt artikelen van Baker & Homan (2007), DeCarlo & Hockman (2003), Hakvoort (2008), Smeijsters et al., (2011a), Tyson (2002) en boeken van Elligan (2004) en Smeijsters et al., (2011b) met daarin onderzoek en methoden met betrekking tot RAP muziektherapie.

Voordat hij zich verdiept in de RAP methode ontwikkeld binnen muziektherapie, bekijkt hij eerst de onderzoeksresultaten. Het onderzoek van Tyson vond plaats bij delinquente jongeren in een gesloten inrichting. Het is een mixed kwalitatief en kwantitatief onderzoek, met metingen vooraf en achteraf, met randomisatie, waarbij muziektherapie en groepstherapie vergeleken werden. Uit het onderzoek blijkt dat RAP muziek de ervaring tijdens de therapie en het therapeutische resultaat kan versterken. DeCarlo & Hockman onderzochten drie groepen stedelijke adolescenten: een groep opgesloten voor moord, een groep delinquente jongeren met proefverlof en een groep niet-delinquente jongeren. Door middel van de RAP Therapy Assessment Scale (RTAS) werd achteraf RAP therapie vergeleken met psycho-educatieve groepstherapie en met 'geen van beide'. De perceptie van alle deelnemers (overall sample) laat zien dat RAP therapie hun voorkeur heeft. Significante verschillen ten faveure van RAP therapie treden op bij relaxatie, opwinding, plezier, regulatie van boosheid, controle van impulsiviteit, delinquent gedrag vermijden, normbesef, voorkomen zedendelict, sociale relaties, relatie tot dagelijks leven en besluitvorming. Tussen de drie groepen (moord, proefverlof, niet-delinquent) traden geen significante verschillen op. Het onderzoek van Baker & Homan vond plaats onder jonge zware delinquenten in opsluiting. Het is een kwalitatief onderzoek waarbij teksten, evaluatielijsten en interviews onderworpen werden aan een kwalitatieve inhoudsanalyse. De resultaten laten zien dat RAP lessen jongeren de mogelijkheid boden om door middel van positieve taal niet de negatieve, maar juist de positieve aspecten van hun leven uit te drukken. In de ogen van de respondenten namen organiserend vermogen, zelfwaardering, reflectieve vermogens en productgericht werken toe. De toename van het 'creatieve zelf' leidde in de buitenwereld tot vriendschappen, respect en trots. De muziektherapeut is zich bewust van het feit dat de designs en statistische maten in deze onderzoeken zwakheden vertonen. Ook het aantal deelnemers is gering. Toch is hij voldoende gesterkt in zijn aanname dat RAP muziektherapie zinvol is.

Hij polst bij zijn cliënt of deze ervaring heeft met RAP en positief staat over het uitvoeren van een RAP. Het voorstel van de muziektherapeut blijkt op zich al drempelverlagend te werken, de jongere reageert erg enthousiast. De muziektherapeut verdiept zich daarop in de overige publicaties die hij verzameld heeft en die gaan over de methode en werkvormen. Hij vergelijkt de gevonden methoden en werkvormen met zijn eigen behandelpraktijk en past deze daar waar wenselijk en mogelijk aan.

Niet altijd is kennis beschikbaar op basis van wetenschappelijk empirisch onderzoek. Daar waar geen resultaten van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar zijn, kunnen professionals bij het maken van hun keuzes gebruik maken van andere bronnen die gelden als 'best evidence'. Het betreft hier bijvoorbeeld best practices uit de praktijk of theoretische verklaringsmechanismen.

De vijf stappen van Evidence Based Practice

De evidence op basis van (wetenschappelijk) onderzoek is één van de pijlers in het besluitvormingsproces van EBP. De evidence kan komen uit verschillende soorten onderzoek zoals experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek. Om deze evidence te kunnen begrijpen en beoordelen is het van belang dat de professional verschillende soorten bewijs kan onderscheiden en op hun waarde kan schatten. Het is tevens van belang dat de professional inziet dat binnen en tussen vakgebieden de onderzoeksmethoden verschillen als de onderzoeksvragen verschillen. Voor een goede implementatie van de onderzoeksresultaten is een adequate vertaling naar de praktijk nodig.

Bij EBP worden vijf stappen onderscheiden (Sackett et al., 2000):

1. Vertalen van een klinisch probleem in een te beantwoorden vraag. Hierbij wordt meestal de PICO structuur gebruikt (P=patiënt; I=interventie; C=comparatie; O=outcome). Het probleem van de cliënt wordt beschreven, de beoogde interventie en het beoogde resultaat. Tevens worden andere interventies die tegelijkertijd plaatsvinden benoemd.
2. Vervolgens wordt gezocht naar onderzoeksgegevens over de effecten van de beoogde interventie en worden deze vergeleken met effecten van andere interventies. Gezocht wordt naar het best beschikbare wetenschappelijke bewijs;
3. De kritische beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit en toepasbaarheid van de kennis;
4. Besluitvorming op basis van de wetenschappelijke kennis, ervaringskennis, wensen, voorkeuren en omstandigheden van de cliënt en de klinische expertise van de professional;
5. De evaluatie van de behandelbeslissing (het effect van de interventie in de praktijk).

In onderwijs op het gebied van EBP wordt veel aandacht besteed aan de eerste drie stappen: het opstellen van een vraag en het zoeken en beoordelen van evidence (Beurskens et al., 2008; Vink, 2009). Daarop volgt het daadwerkelijk toepassen in de praktijk. Dit is de moeilijkste stap, maar ook de belangrijkste, die zorgt dat de behandelingen in de praktijk evidence based zijn. Daarom is het nodig dat ook de professionals die al in de praktijk werken, geschoold zijn in Evidence Based Practice. De muziektherapeut uit ons voorbeeld heeft deze stappen min of meer doorlopen.

Evidence binnen Practice Based Evidence (PBE)

Naast EBP wordt Practice Based Evidence steeds meer een begrip. Bij Practice Based Evidence (PBE) begint men met het systematisch onderzoeken van de ervaringskennis die in de concrete praktijk aanwezig is. Onderzoekers en professionals werken samen met als doel het inzichtelijk maken en verbeteren van de praktijk en waar nodig het ontwikkelen van nieuwe methoden. De belangrijkste kenmerken zijn aansluiting, inbedding en benutting. Deze kennis wordt geëxpliciteerd, kritisch bevraagd en systematisch vergeleken met andere ervaringskennis. Dit proces wordt ook wel getypeerd als 'bottom-up' (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Barkham et al., 2006; Duncan et al., 2004; Hutschemaekers, 2010; Hutschemaekers et al., 2006; Pijnenburg, 2010; Smeijsters, 2009, 2010; Van der Laan, 2007; Van Yperen & Veerman, 2008). Het verschil met top-down onderzoek is dat daar de ervaringskennis als toetssteen dient voor het al of niet toepassen van resultaten van reeds uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek. Bij PBE daarentegen vormt de ervaringskennis het begin van een onderzoeksproces.

Het top-down en bottom-up proces wordt ook zichtbaar in het onderscheid dat Hutschemaekers (2010) maakt tussen de werkwijze van de novice en de ervaren hulpverlener. De novice, de beginnende beroepsbeoefenaar, denkt deductief en past door wetenschap verkregen evidence systematisch toe. Maar naarmate hulpverleners meer ervaren worden, ontwikkelen zij door de vele cliëntcontacten zogenaamde scripts, impliciete denkschema's. Daardoor zijn zij in staat inductief en intuïtief complexe diagnoses te stellen en behandelingen op maat te maken daar waar protocollen gebaseerd op wetenschappelijke evidence stagneren. Ze maken meer gebruik van alle drie de pijlers van EBP: evidence, wensen en voorkeuren van de cliënt en hun eigen expertise. Zowel de novice als de ervaren hulpverlener hebben hun sterke en zwakke kanten. De novice staat over het algemeen heel erg open voor nieuwe ontwikkelingen, maar mist nog voldoende praktijkervaring. De ervaren hulpverlener beschikt over veel praktijkervaring, maar loopt het risico juist daardoor zich vooral hierop te beroepen. Een goede dialoog

tussen beiden bevordert de effectiviteit van de behandeling. Practice Based Evidence sluit aan bij de praktijkkennis van de ervaren hulpverlener. De ervaren professional die onvoldoende geschoold is in onderzoeksmatig denken en handelen toetst zijn ervaringskennis echter onvoldoende. Daarom is nodig dat ervaren professionals onderzoeksmatig denken en handelen en zichtbaar maken wat ze doen. Hutschemaekers maakt onderscheid tussen de 'reflective practitioner' die zich bewust is van wat hij doet, de 'evidence based practitioner' die zijn handelen baseert op de meest recente wetenschappelijke inzichten en de 'scientist practitioner' die ook praktijkgericht onderzoek verricht en zijn eigen handelen systematisch onderzoekt en verbetert. De 'reflective practitioner' werd geïntroduceerd door Schön (1983). Schön bedoelde hiermee het reflecteren tijdens en naar aanleiding van het beroepsmatige handelen. Het begrip 'evidence based practitioner' gaat verder dan waar Schön op doelde. Nadenken over wat je doet, je bijvoorbeeld de vraag stellen: "Heb ik de doelen gehaald?" impliceert niet automatisch dat je ook de (onderzoeks)literatuur raadpleegt. Alhoewel tegenwoordig ook wel wordt gesteld dat de 'evidence based practitioner' een 'reflective practitioner' is en andersom, wordt in dit artikel, in navolging van Hutschemaekers, vastgehouden aan het onderscheid tussen 'reflective practitioner', in de betekenis van Schön, en 'evidence based practitioner' in de betekenis van Sackett et al.

Voorbeeld uit de vaktherapie

De 'reflective vaktherapeut' is een vaktherapeut die het klinisch redeneerproces toepast. Dit wil zeggen dat hij voortdurend reflecteert of hij het probleem van de cliënt goed in beeld heeft, of de doelen, methode, werkvormen en technieken bij het probleem passen en de gewenste resultaten opleveren. De 'evidence based vaktherapeut' is de vaktherapeut die zoals de muziektherapeut uit het voorbeeld op zoek gaat naar artikelen en boeken over RAP muziektherapie. De 'scientist vaktherapeut' is een vaktherapeut die met zijn praktijk deelneemt aan een praktijkgericht onderzoek, zoals bijvoorbeeld de vaktherapeuten die hebben deelgenomen aan de KenVaK RAAK onderzoeken 'Vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg', 'Vaktherapie in de context van het jongerenwerk' en 'Vaktherapie in de zorglijnen van de GGZ'. Vaktherapeuten fungeren in deze onderzoeken als co-onderzoekers, ontwikkelen met elkaar best practices, passen deze toe en evalueren deze door middel van veranderingsinterviews en meetinstrumenten.

Praktijkgericht onderzoek gericht op PBE, is onderzoek dat in, met, door en voor de concrete praktijk plaatsvindt. Er wordt gebruik gemaakt van interviews, participerende observaties, focusgroepen, vragenlijsten, documentstudies

die geanalyseerd worden met behulp van kwalitatieve en kwantitatieve data-analyse technieken (Smeijsters 2009, 2010). Praktijkgericht onderzoek met als doel PBE maakt gebruik van technieken die ook bij ander wetenschappelijk onderzoek ingezet worden. Het verschil zit met name in het expliciteren en ontwikkelen van ervaringskennis en de zeer actieve rol van professionals en cliënten hierbij. Tijdens het onderzoek bepalen ze mede de interventie en expliciteren de professionals en cliënt de in de praktijk gebruikte behandelmethoden en door hen waargenomen effecten van deze methoden. De geëxpliciteerde ervaringskennis wordt met elkaar kritisch besproken, geïntegreerd, gesystematiseerd en in meerdere feedbackrondes ontwikkeld tot een 'consensus based practice'.

Consensus based betekent dat de betrokkenen het erover eens zijn dat de ontwikkelde manier van werken (de practice) resultaat oplevert. De consensus based practice wordt, nadat overeenstemming is bereikt, in de praktijk toegepast, geëvalueerd en verbeterd totdat tenslotte sprake is van een 'best practice' (Smeijsters, 2009). Tijdens het onderzoeksproces verzamelen de onderzoekers ook onderzoeksresultaten in de wetenschappelijke literatuur, evalueren deze en integreren deze voor zover mogelijk in de manier van werken die bottum up ontwikkeld wordt. Alhoewel dit zoeken naar research evidence lijkt op EBP, neemt bij PBE de professional de rol in van co-onderzoeker die, in dialoog met de praktijkonderzoeker, zijn behandelmethode ontwikkelt en zijn eigen praktijk monitort. Systematisch gemonitorde best practices op basis van PBE kunnen binnen EBP als evidence gebruikt worden. Monitoren houdt in dat elke sessie aan de hand van kwalitatieve en kwantitatieve (meet)instrumenten geëvalueerd wordt. Dit heeft als voordeel dat deze evaluatie het verdere verloop van de behandeling kan verbeteren. De uitkomsten van alle evaluaties kunnen gepubliceerd worden en dan een bron van evidence vormen voor andere professionals in hun proces van het zoeken naar research evidence. De best practices kunnen ook input zijn voor verder onderzoek. Een vervolgonderzoek naar het effect van een behandeling kan bijvoorbeeld gedaan worden met behulp van een RCT. Onderzoek naar ervaringen van cliënten kan bijvoorbeeld gebeuren met narratieve interviews binnen kwalitatief procesonderzoek of met ROM.

Van EBP en PBE naar de praktijk

Het toepassen van EBP en onderzoeksresultaten op basis van PBE in de dagelijkse praktijk is niet eenvoudig. De dagelijkse praktijk is complex en kent vele variaties waarin vertaalslagen gemaakt moeten worden (Craig et al., 2008). Onderzoek naar hoe de besluitvorming in de praktijk plaatsvindt en welke rol onderzoeksresultaten, de professional en de cliënt daarin spelen en moeten spelen is nog beperkt.

Bij de besluitvorming welke behandeling wordt toegepast, spelen, behalve de resultaten van onderzoek en de ervaring van de professional en de cliënt, twee andere dimensies een belangrijke rol, te weten normativiteit en contextualiteit (Potting et al., 2010).

Normativiteit betekent dat de professional zijn handelen moet plaatsen in het licht van diverse normen waardoor bij de uiteindelijke besluitvorming verschillende perspectieven mogelijk zijn. Daarbij speelt bijvoorbeeld de visie op de mate van gelijkwaardigheid van hulpverlener en cliënt een rol. Wordt de hulpverlener als 'de baas' gezien, dan zal dit bij de professional een andere besluitvorming tot gevolg hebben dan wanneer sprake is van gelijkwaardigheid. In het eerste geval zullen de resultaten van onderzoek en de ervaringskennis van de professional veel zwaarder wegen dan de ervaringskennis van de cliënt. Of een interventie wel of niet verricht wordt, hangt daardoor af van het normenperspectief dat men kiest. Dit geldt niet alleen voor de mate waarin de cliënt het voor het zeggen heeft, maar ook voor de mate van professionele autonomie van de hulpverlener zelf. Zo kan de vaktherapeut zich bijvoorbeeld afvragen of hij zich altijd moet houden aan kortdurende, afgebakende klachtgerichte protocollen of voor een bredere persoonsgerichte benadering moet kiezen. De vaktherapeut kan zich ook afvragen wie hij moet 'dienen'. Neem als voorbeeld het RAAK onderzoek dat KenVaK doet naar delinquente jongeren. Denken we dan vooral in termen van problemen 'met' jongeren, vanuit het oogpunt van de maatschappij of denken we vooral aan problemen 'van' jongeren? De jongeren bezorgen de maatschappij overlast, maar zijn ook heel erg getraumatiseerd in hun jeugd. De keuze heeft consequenties voor de therapeutische aanpak. Dit laat zien dat de besluitvorming in de praktijk niet eenvoudig is.

Contextualiteit betekent dat het handelen van de professional afhankelijk is van de context of dat het handelen juist in de context wordt ontworpen. Er bestaat een graduele lijn met aan de ene kant de interventie als protocol die in elke context hetzelfde wordt uitgevoerd, waarbij op basis van de bestaande wetenschappelijke evidence iedereen dezelfde behandeling krijgt. Aan de andere kant staat de persoon van de professional die zijn handelen afleidt uit en aanpast aan de eigenschappen van de context van de cliënt. In het ene geval is de interventie het 'instrument', in het andere geval is het de persoon van de professional die als 'instrument' fungeert en in de context van de cliënt met de cliënt de passende behandeling ontwerpt. EBP volgens de definitie van Sackett et al. (2000) waarbij onderzoeksresultaten op de context worden afgestemd staat in het midden van die lijn.

EBP wordt tegenwoordig echter niet altijd in zijn oorspronkelijke betekenis gebruikt. De bestaande evidence,

samengevat in richtlijnen, wordt vaak te strak vertaald in standaardprotocollen voor de praktijk. Verzamelde evidence op groepsniveau wordt bijvoorbeeld direct vertaald naar de individuele cliënt.

Voorbeeld uit de vaktherapie

Aan de ene kant ontwikkelt vaktherapie zich tegenwoordig in de richting van geprotocolleerd handelen (denk daarbij bijvoorbeeld aan de van sessie tot sessie volledig uitgeschreven modulebeschrijvingen voor zorgprogramma's), met als voordeel dat duidelijk is wat er gebeurt en dat bij dezelfde problemen, cliënten hetzelfde (evidence based) aanbod krijgen. Aan de andere kant moeten vaktherapeuten er echter op toezien dat het spelkarakter en improviserend karakter waarmee zij optimaal op de cliënt kunnen aansluiten, niet verloren gaat. Vooral bij complexe problematiek is die ruimte nodig en een ervaren vaktherapeut die op maat kan werken. Te strak geprotocolleerd handelen komt onvoldoende tegemoet aan de variabele aspecten van complexe problematiek. De protocollen moeten de contouren aangeven (op basis van bestaande evidence) en voldoende ruimte bieden om de bestaande evidence te kunnen vertalen naar de individuele cliënt.

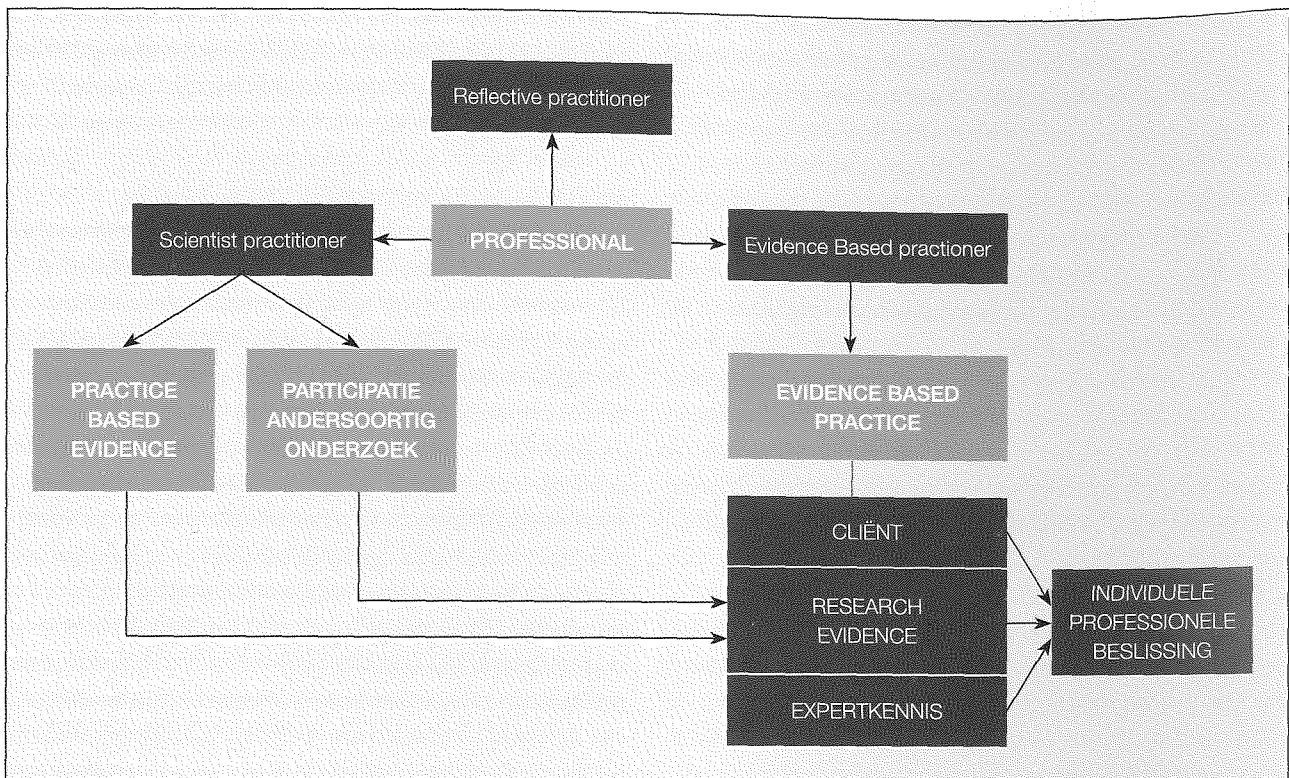
Een overzicht van evidence en de rollen van de professional

Een gevolg van wat hierboven werd beschreven is dat de hedendaagse professional op diverse manieren met evidence in aanraking kan komen. We hebben geprobeerd dit in afbeelding 1 schematisch weer te geven.

Bovenaan staat de 'reflective practitioner' in de dagelijkse praktijk die zich bewust is van wat hij doet. Reflective houdt in dat de professional continu nadenkt over de beslissingen binnen het behandelproces dat hij uitvoert en deze kritisch evalueert. Dit bewustzijn wordt veelal ondersteund door vormen van intervisie waar sprake is van een community of practice.

Helemaal rechts wordt EBP weergegeven. Hier neemt op basis van de ervaringskennis, wensen, voorkeuren en omstandigheden van de cliënt, research evidence en expertkennis de professional samen met de cliënt op individueel niveau beslissingen. Bij EBP maakt de 'evidence based practitioner' gebruik van reeds aanwezige research evidence die hij toetst aan de eigen expertkennis en de ervaringskennis van de cliënt. Het eigen handelen op basis van nieuwe ontwikkelingen en onderzoeksresultaten blijvend vernieuwen maakt daar deel van uit.

Helemaal links wordt PBE weergegeven. Binnen PBE wordt de ervaringskennis van de professionals en cliënten door middel van praktijkonderzoek bottom-up systematisch ge-expliciteerd, kritisch bevraagd en systematisch vergeleken



Afbeelding 1: De rollen van de professional in relatie tot EBP en PBE.

met andere ervaringskennis. De professional vervult binnen PBE de rol van onderzoeker (scientist practitioner). Bij PBE is sprake van een 'research based community of practice', waarbij gebruikt wordt gemaakt van een systematische onderzoeksmethode. Dergelijk onderzoek vindt vaak plaats in zogenaamde RAAK projecten die gefinancierd worden door de Stichting Innovatie Alliantie (SIA). De rol van de professional als co-onderzoeker staat hierbij voorop. Als 'scientist practitioner' kan de professional behalve door onderzoek in het kader van PBE uit te voeren, ook als onderzoeker of respondent participeren in andersoortig onderzoek (bijvoorbeeld meer experimenteel onderzoek). De effectiviteit van de evidence opgedaan in PBE kan met behulp van diverse onderzoeksmethodieken verder onderbouwd worden.

De resultaten die bij PBE verkregen worden, kunnen deel uitmaken van de evidence waar professionals als ze EBP toepassen, uit kunnen putten.

De auteurs zijn van mening dat het handhaven van de kwaliteit van het werk gebiedt dat elke professional een reflectieve practitioner en een evidence based practitioner is. Daarnaast is nodig dat een aantal professionals als scientist practitioner participeert door deelname aan onderzoek in het kader van PBE of als respondent in andersoortig onderzoek.

EBP en PBE in het onderwijs van Zuyd Hogeschool

In de bacheloropleidingen gezondheidszorg, waaronder vaktherapie, van het Kenniscentrum Gezondheidszorg van

Zuyd Hogeschool, is EBP verweven met alle leerjaren. Sinds kort maakt ook PBE deel uit van het curriculum. De rollen van 'reflective practitioner' en 'evidence based practitioner' zijn verankerd in alle leerjaren. De rol van 'scientist practitioner' maakt deel uit van de afstudeerfase. Hierin ontwikkelen studenten, met behulp van onderzoek (onder andere interviews met ervaren vaktherapeuten), 'werkmodellen' die zij zich tijdens de stage hebben eigen gemaakt verder door. In de Master of Arts Therapies Zuyd (in samenwerking met andere hogescholen) spelen EBP en PBE een prominente rol. Masterstudenten brengen hun eigen praktijksituatie in en zoeken in diverse onderwijsmodules van het eerste studiejaar naar methoden, onderzoeksresultaten en theorieën waarmee zij hun werk kunnen ontwikkelen en onderbouwen. In het tweede studiejaar verrichten zij onderzoek waarbij de ervaringskennis van andere vaktherapeuten expliciet wordt gemaakt, wordt doorontwikkeld en met de kennis uit theorie en onderzoek wordt omgezet in 'best practices'. EBP en PBE hebben ook consequenties voor praktijkbegeleiders (professionals op de werkplek) die studenten begeleiden in de bachelor. Zij worden steeds meer uitgedaagd evidence based te werken en mee te doen aan praktijkgericht onderzoek. Met dit doel worden vanuit KenVaK cursussen EBP en PBE gegeven en is destijds de Master of Arts Therapies Zuyd (in samenwerking met andere hogescholen) ontstaan. De grote toeloop naar deze master laat zien dat vaktherapeuten in de praktijk EBP en PBE serieus nemen.

Tot slot

Evidence Based Practice en Practice Based Evidence zijn voor de ontwikkeling van de vaktherapie onmisbare gereedschappen die elkaar goed aanvullen. Aangezien EBP en PBE door verschillende interpretaties en toepassingen niet voor iedereen eenduidige termen zijn, werden beide begrippen in dit artikel verhelderd. Het is belangrijk dat de vaktherapeuten in de praktijk, docenten en studenten aan de hogescholen voldoende geschoold zijn in het toepassen van technieken van EBP en PBE. Dan kan voldaan worden aan de steeds groter wordende claim dat het werk evidence based moet zijn. Niet in de laatste plaats betekent dit dat de cliënten baat hebben bij vaktherapeutische interventies die evidence based zijn.

Dankwoord

Met dank voor het meelesen aan: dr. Jacques Geraets van Zuyd Hogeschool, drs. Marianne Nieuwenhuijze van Zuyd Hogeschool, prof.dr. Raymond de Vries van de Universiteit Maastricht en Zuyd Hogeschool en prof.dr. Trudy van der Weijden van de Universiteit Maastricht en Zuyd Hogeschool.

Literatuur

- Baker, S. & Homan, S. (2007). RAP, recidivism, and the creative self: A popular music programme for young offenders in detention. *Journal of Youth Studies*, 10(4), 459-476.
- Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Therapy*, 10, 319-327.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence. A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counseling & Psychotherapy Research*, 6, 3-13.
- Beurskens, S., Baarends, E., Driessen, I., Schoot, T., Geerbex, A., Geraets, J., Gielen, X., Lacroix, M. & Lemmens, J. (2008). Evidence based practice in het buitenschools leren: enkele uitgangspunten. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 3, 23-26.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Mitchie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337, 979-983.
- DeCarlo, A. & Hockman, E. (2003). RAP therapy: A group work intervention method for urban adolescents. *Social Work with Groups*, 26(3), 45-59.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Elligan, D. (2004). *Rap therapy: a practical guide for communicating with youth and young adults through rap music*. New York: Kensington.
- Hakvoort, L. (2008). Rapmuziektherapie. Een muzikale methode. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4(4), 15-21.
- Hutschemaekers, G. (2010). Praktijk én wetenschap. In H. Pijnenburg (red.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Amsterdam: SWP.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP – De Gelderse Roos.
- Kuiper, C., Verhoef, J., Louw, D. de & Cox, K. (red.) (2004). *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en implementatie*. Utrecht: Lemma.
- Laan, G. van der (2007). Professionaliteit en ambachtelijkheid. *Sociale Interventie*, 16(2), 25-34.
- Pijnenburg, H. (2010). Zorgen dat het werkt. In H. Pijnenburg (red.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Amsterdam: SWP.
- Potting, M., Sniekers, M., Lamers, C. & Reverda, N. (2010). Legitimizing social work: the practice of reflective professionals. *Journal of Social Intervention – Theory and Practice*, 19(3), 6-20.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, S.R. (2000). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner – how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en Practice Based Evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *TH&MA. Tijdschrift voor Hoger onderwijs & Management*, 15(6), 4-13.
- Smeijsters, H. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies. Vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6(1), 9-17.
- Smeijsters, H., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J. & Willemars, G. (2011a). Arts therapies for young offenders in secure care. A practice based research. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 41-51.
- Smeijsters, H., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J. & Willemars, G. (2011b). *Interventies, interventietheorie, review en praktijkonderzoek naar vaktherapie in de JJI en GJ*. <http://kenvak.hszuyd.nl>
- Tiemens, B., Kaasenbrood, A., Niet, G. de (2010). *Evidence based werken in de GGZ. Methodisch werken als oplossing*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Tyson, E.H. (2002). Hip-Hop Therapy: An exploratory study of a rap music intervention with at-risk and delinquent youth. *Journal of Poetry Therapy*, 15(3), 131-144.
- Vink, A. (2009). Evidence based practice voor vaktherapeuten. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 5(4), 27-34.
- Yperen, T. van & Veerman, J.W. (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Over de auteurs

Dr. Henk Smeijsters was tot 1 januari 2012 lector vaktherapie van KenVaK, een gezamenlijke kenniskring van Zuyd Hogeschool, Hogeschool Utrecht, ArtEZ Hogeschool en Stenden Hogeschool.

Dr. Sandra Beurskens is lector autonomie en participatie aan Zuyd Hogeschool.

Dr. Nol Reverda is lector social work aan Zuyd Hogeschool. Drs. Xandra Gielen is teamleider van de bacheloropleiding Creatieve Therapie van Zuyd Hogeschool en opleidingscoördinator van de Master of Arts Therapies Zuyd.

Drs. Ingrid Péntzes is docent aan de bachelor opleiding Creatieve Therapie van Zuyd Hogeschool en de Master of Arts Therapies Zuyd, onderzoeker van KenVaK en promovendus beeldende therapie.

E: laurien.kok@zuyd.nl

Samenvatting

In dit artikel wordt eerst beschreven wat het verschil is tussen Evidence Based Practice (EBP) en Practice Based Evidence (PBE). Vervolgens wordt ingegaan op het toepassen van EBP en PBE in de praktijk. Dit gebeurt met behulp van de begrippen normativiteit en contextualiteit. Tot slot worden, in het licht van het voorafgaande, de rollen beschreven die de professional kan innemen ten aanzien van het verbeteren en ontwikkelen van zijn handelen. Aan bod komen de 'reflective practitioner', de 'evidence based practitioner' en de 'scientist practitioner'. ■

advertentie



Er wordt steeds meer bezuinigd op de zorg en de roep om evidence based te werken wordt steeds groter. Als PMT'er wordt het steeds belangrijker om voor je vak en identiteit te staan. Maar wat is onze identiteit als PMT'er? Hoe zien we ons vak en de cliënt? Deze vraagstukken willen we in een studiedag met PMT'ers onderling aan de orde brengen en diepgang geven. Noteer daarom alvast in je agenda:

Vrijdag 2 november 2012
Studiedag NVPMT
met als thema '**Identiteit**'



Nadere informatie volgt op de site en via nieuwsbrieven. Volg ons ook via Twitter en Facebook om op de hoogte te blijven!

 @NVPMTstudiedag

 studiecommissie NVPMT