

Ethisch advies

Systematisch reflecteren over zorg: 'evidence-based practice' op basis van kennis, beleving en waarden

Begeleidingscommissie Ethiek Geestelijke Gezondheidszorg – Broeders van Liefde
September 2012

"Niet alles wat telt, kan geteld worden;
niet alles wat geteld kan worden, telt."

Albert Einstein

In dit advies wil de begeleidingscommissie een ethische visie ontwikkelen op het systematisch reflecteren over zorg.

Reflecteren is nadenken. Zorgverleners stellen heel wat handelingen in de zorg. Het is belangrijk na te denken over dat handelen én open te blijven staan voor een ander of beter handelen.

Nadenken gebeurt best op een systematische wijze. Dit betekent in overleg met anderen, vanuit goede grondhoudingen, gericht op kwaliteit van zorg, en op een coherente wijze, waarbij de verschillende elementen van de reflectie – kennis, waarden, beleving – met elkaar verbonden worden.

Met dit advies speelt de begeleidingscommissie in op de opkomst van het 'meten' en van 'evidence-based practice' in de gezondheidszorg. De begeleidingscommissie ontwikkelt echter een eigen, ethische visie met expliciete nadruk op grondhoudingen, overleg, integratie en kwaliteit, zoals voorgesteld in de figuur op de volgende pagina.

Het advies bestaat uit vier delen. Eerst wordt de context geschetst. Dan volgt een visie op systematisch reflecteren. Dit wordt concreet gemaakt in een leidraad. Ten slotte volgen enkele aandachtspunten. In een bijlage wordt het begrip 'evidence-based practice' verder uitgelegd.

1. Inleiding: de context

In het kielzog van de algemene geneeskunde, is er in de huidige context van de geestelijke gezondheidszorg een tendens om de zorg steeds meer te 'meten'. Meten is als het ware weten. Zorgverleners worden met dit meten geconfronteerd bij initiatieven als registratie, verbeterprojecten, kwaliteitszorg, 'certificeren' en 'accrediteren' van zorgvormen, enz.

Er is ook een belangrijke tendens naar 'evidence-based medicine' of 'evidence-based practice' (zie bijlage). Dit is geneeskunde of zorgverlening op basis van bewijs. 'Evidence-based' betekent dat de keuze van de behandeling bij een cliënt mede bepaald wordt door het wetenschappelijk bewijs dat die behandeling werkt bij de cliëntengroep waartoe de cliënt behoort. Samen met dit bewijs van doeltreffendheid, wordt ook rekening gehouden met twee andere elementen: met de wensen en de behoeften van de cliënt én met de expertise

van de zorgverleners om te oordelen of die behandeling toepasbaar is bij die specifieke cliënt. In dit advies gaat de begeleidingscommissie niet verder in op de vele vormen van meten in de zorg en op 'evidence-based practice'; voor dit laatste verwijzen we naar de bijlage bij het advies. Voor de praktijk van de zorg wil de begeleidingscommissie een eigen visie ontwikkelen op 'systematisch reflecteren over zorg', een visie die rekening houdt met elementen uit de bovengenoemde tendensen, maar die ook eigen ethische accenten legt.

2. Visie op systematisch reflecteren

In de visie op systematisch reflecteren over zorg onderscheidt de begeleidingscommissie vier pijlers:

- Systematisch reflecteren is gericht op het verbeteren van de *kwaliteit van zorg*.
- Systematisch reflecteren is gebaseerd op een *integratie van kennis, beleving en waarden*.
- Systematisch reflecteren gebeurt in *overleg tussen de betrokken partners*: cliënten, naastbetrokkenen, zorgverleners, en lokale en politieke beleidsverantwoordelijken.
- Systematisch reflecteren is gemotiveerd vanuit de *grondhoudingen* van de zorgverleners en de andere betrokkenen.

Bijgevolg omschrijft de begeleidingscommissie het systematisch reflecteren als volgt:

Systematisch reflecteren over zorg is

vanuit goede grondhoudingen en in overleg met de betrokkenen,
nadenken over de zorg op basis van kennis, beleving en waarden, om
de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Hieronder worden de vier pijlers van systematische reflectie uitgewerkt. Eerst is er het doel van de reflectie: kwaliteit van zorg. Daarna volgt de inhoud: de integratie van kennis, beleving en waarden. Verder is er de methode: via overleg tussen de betrokkenen. Ten slotte komen de voorwaarden aan bod: de grondhoudingen.

Om het concreet te maken, wordt telkens verwezen naar een voorbeeld, namelijk de verwachting om voorgeschreven therapie te volgen. De zorgverleners kunnen zelf andere voorbeelden bedenken en de visie op deze voorbeelden toepassen.

a. Doel: kwaliteit van zorg

Het systematisch reflecteren over zorg is erop gericht de kwaliteit van zorg te verbeteren, die op zijn beurt gericht is op het verhogen van de kwaliteit van leven van cliënten (zie het advies van de begeleidingscommissie over 'Langdurig psychiatrische zorg'). De kwaliteit van zorg kan verwijzen naar een bepaalde groep cliënten, of naar één welbepaalde cliënt. De maatstaf om het systematisch reflecteren te evalueren, is de mate waarin de reflectie tot een verbetering van de kwaliteit van zorg geleid heeft.

Voorbeeld. Een cliënt is opgenomen in een psychiatrische voorziening, maar wil niet deelnemen aan de voorgestelde therapie. Zorgverleners staan voor een probleem en kunnen hierover reflecteren. In hun reflectie kunnen ze zoeken waarom en hoe ze in bepaalde omstandigheden de cliënt kunnen motiveren of 'verplichten' om toch aan de therapie deel te nemen of waarom en hoe ze eventueel een alternatief aan die cliënt kunnen bieden. In elk geval is het doel van de reflectie dat de kwaliteit van zorg aan die cliënt verbetert.



b. Inhoud: integratie van kennis, beleving en waarden

Het systematisch reflecteren over zorg bestaat uit een integratie van zowel kennis, beleving als waarden. Ze zijn alle drie belangrijk en mogen niet los van elkaar gezien worden. Toch staan ze soms in een spanning tot elkaar. Door de systematische reflectie proberen de zorgverleners ze telkens opnieuw te integreren en met elkaar te verbinden.

1. Kennis

Een eerste element is van meer objectieve aard: bestaande (theoretische) kennis over zorg en het bewijs dat deze zorg werkt. Dat laatste, de doeltreffendheid van zorg, is een voorwaarde voor kwaliteit van zorg. Een belangrijke bron van kennis is wetenschappelijk onderzoek over bepaalde manieren van zorg bieden, waarvoor werd aangetoond dat ze doeltreffend zijn. Indien er geen onderzoek voorhanden is voor bepaalde aspecten van zorg, moet de reflectie gebaseerd worden op de klinische ervaringen van deskundigen. Zorgverleners hebben de opdracht om het bestaan van onderzoek over bepaalde aspecten van zorg en de resultaten ervan te leren kennen. Eventueel kunnen ze zich door specialisten laten bijstaan.

Voorbeeld. Als de zorgverleners reflecteren over hoe ze kunnen omgaan met een cliënt die niet wil deelnemen aan de therapie, kunnen ze (in de literatuur) gaan kijken of hierover nieuwe kennis voorhanden is. Misschien zijn er nieuwe manieren van omgaan met dit probleem voorhanden die in dit geval doeltreffender zijn dan de vertrouwde manier. Het is mogelijk dat daarover onderzoek bestaat waaruit de zorgverleners hun voordeel kunnen halen, bijvoorbeeld onderzoek over de rol van psychofarmaca bij herhalpreventie. Het is belangrijk bij te blijven met de kennis uit dit onderzoek.

2. Beleving

Het tweede element is van meer subjectieve aard: de beleving van de zorg door de verschillende betrokkenen. Aandacht voor de beleving is een belangrijke voorwaarde voor menswaardige zorg. Een reflectie die enkel rekening houdt met wetenschappelijke kennis dreigt de zorg te ont-menselijken. De manier waarop personen zorg beleven, maakt de zorg tot iets menselijks. Daarom is het noodzakelijk hen uit te nodigen om de manier waarop zij de zorg beleven onder woorden te brengen en daar met hen over te praten in een taal die voor alle betrokkenen op dezelfde manier begrepen wordt.

Voorbeeld. Bij het reflecteren over de cliënt die niet wil deelnemen aan de voorgestelde of als noodzakelijk beschouwde therapie, geven de zorgverleners aan zijn of haar beleving en die van de naastbetrokkenen een eigen plaats, door er met hen over te communiceren. De cliënt verplichten tot een therapie die hij of zij niet wil, roept veelal negatieve gevoelens en emoties op, zoals bijvoorbeeld gevoelens van overmacht of onmacht, of van zich niet gehoord of gezien weten. Bij cliënten en naastbetrokkenen staat de eigen beleving meestal op de voorgrond. Zorgverleners daarentegen denken op de eerste plaats aan zorg. Toch is ook voor hen de beleving een indringend gegeven.

3. Waarden

Het derde element is van ethische aard: de onderliggende waarden bij de zorg. Er wordt niet alleen een pleidooi gehouden voor 'evidence-based practice', maar ook voor 'value-based practice'. De kennis en beleving van zorg zijn immers nooit neutraal, maar getekend door en gefundeerd op waarden. Bij het maken van keuzes in de zorg op maat van de cliënt komen heel wat fundamentele waarden op de voorgrond, waaronder:

- Autonomie Respecteren en bevorderen van keuzevrijheid
- Beschermwaardigheid Beschermen van gezondheid en integriteit
- Kwaliteit van leven Verbeteren van functioneren en welbevinden in het leven



- Participatie Verhogen van deelname aan maatschappelijk leven
- Privacy Respecteren van persoonlijke levenssfeer
- Rechtvaardigheid Juist verdelen van goederen en diensten
- Solidariteit Consequenties dragen van samenhangigheid
- Vertrouwen Geloven in mogelijkheden van de ander en in de vertrouwensrelatie
- Zorgverlening Bieden van zorg voor gezondheid, participatie en kwaliteit van leven

In de praktijk is het respecteren en bevorderen van die waarden niet altijd een gemakkelijke opgave. Er zijn veel spanningen en conflicten tussen deze waarden mogelijk. Bij systematische reflectie is het essentieel om enerzijds te verhelderen hoe de onderliggende waarden zich tot elkaar verhouden en om anderzijds aan te tonen hoe de zorg kan verantwoord worden vanuit de verhouding tussen de waarden.

Voorbeeld. Bij het reflecteren over de cliënt die niet aan de voorgestelde therapie wil deelnemen, is er een spanningsveld tussen de waarde van het vertrouwen, de autonomie en de privacy van de cliënt enerzijds, en van de zorgverlening, de participatie en de rechtvaardigheid in de voorziening anderzijds. Vraag is of en hoe de zorgverleners bij het reflecteren deze waarden kunnen expliciteren en verhelderen, en hun handelen naar aanleiding van dergelijk probleem kunnen uitleggen en verantwoorden vanuit de verhouding tussen die onderliggende waarden. Hoe wegen de zorgverleners deze waarden voldoende en expliciet tegenover elkaar af?

Integratie van kennis, beleving en waarden

De drie elementen staan bij het reflecteren soms in een spanningsveld met elkaar, in de zin dat de aandacht voor het ene soms meer gaat doorwegen dan de aandacht voor het andere. Het is de bedoeling dat zorgverleners kennis, beleving en waarden niet afzonderlijk beschouwen, maar in hun samenhang. Het systematisch reflecteren is dan een integratie van kennis én beleving én waarden.

Voorbeeld. Bij het systematisch reflecteren over de cliënt die niet aan de therapie wil deelnemen, is het mogelijk dat aandacht voor de beleving van de cliënt in een spanning komt met de kennis van de doeltreffendheid van de voorgestelde therapie. Hieronder zitten waarden verscholen, zoals autonomie bij de beleving en zorgverlening bij de kennis, maar ook nog andere waarden. Het vraagt heel wat creativiteit van de zorgverleners om een omgangsvorm te vinden die gebaseerd is op de beleving, de kennis en de verhouding tussen de onderliggende waarden.

c. Methode: systematisch overleg tussen betrokkenen

Bij het systematisch reflecteren over de zorg kunnen drie niveaus onderscheiden worden: het microniveau van de zorgverleners in relatie tot cliënten en naastbetrokkenen, het mesoniveau van lokale beleidsverantwoordelijken in de voorzieningen en netwerken, en het macroniveau van de politieke beleidsverantwoordelijken in de maatschappij.

Systematische reflectie volgt een methodische werkwijze. Allereerst is er het documenteren: de zorgverleners beschrijven en analyseren de zorg. Daarna volgt het reflecteren: de zorgverleners denken kritisch na over deze zorg op basis van kennis, beleving en waarden.

Systematische reflecteren gebeurt het best in overleg. Als één persoon alleen reflecteert, schiet dit principieel tekort omdat het een te beperkt perspectief is. Het overleg met het uitwisselen van verschillende perspectieven op de zorg draagt in sterke mate bij tot het systematisch karakter van het reflecteren. Door het uitwisselen worden de perspectieven verruimd en komt systematische reflectie tot stand.

Het overleg op micro-niveau gebeurt bij voorkeur tussen zorgverleners, cliënt en naastbetrokkenen. Omdat dit een dialoog is tussen drie partners, noemen we het een trialoog. Buiten de trialoog kunnen de



zorgverleners ook nog in de mate van het mogelijke overleggen met lokale en politieke beleidsverantwoordelijken of rekening houden met hun perspectief.

Voorbeeld. Als de zorgverleners reflecteren over hoe ze kunnen omgaan met een cliënt die niet wil deelnemen aan de therapie, doen ze dit best niet alleen maar wel in overleg met de cliënt zelf en met de naastbetrokkenen. Elke partner in de dialoog kan eigen accenten leggen vanuit het eigen perspectief. De cliënt zal vooral nadruk leggen op beleving terwijl de zorgverleners meer de kennis en waarden zullen beklemtonen. De zorgverleners houden ook rekening met het perspectief van de lokale en politieke beleidsverantwoordelijken.

d. Voorwaarde: grondhoudingen

Een belangrijke voorwaarde voor het systematisch reflecteren zijn goede grondhoudingen. Deze zijn immers de drijvende kracht en de motivatie van het handelen. Grondhoudingen drukken uit hoe zorgverleners best in de zorg staan en vormen een ideaal dat zorgverleners kunnen nastreven. Ze liggen ingebed in de zorgcultuur van de voorzieningen en netwerken.

Het in kaart brengen van goede grondhoudingen is niet gemakkelijk. De volgende grondhoudingen bieden een houvast. De eerste vier zijn belangrijk voor de zorg in het algemeen:

- *Aandacht* Empathische belangstelling voor wensen, gevoelens en gedachten
- *Respect* Erkenning van waardigheid en van eigen keuzes van de ander
- *Versterking* Empowerment, responsabilisering, bevordering van verantwoordelijkheid
- *Zelfreflectie* Kritische houding tegenover eigen denken en handelen

De volgende vier grondhoudingen zijn specifiek voor systematische reflectie over zorg:

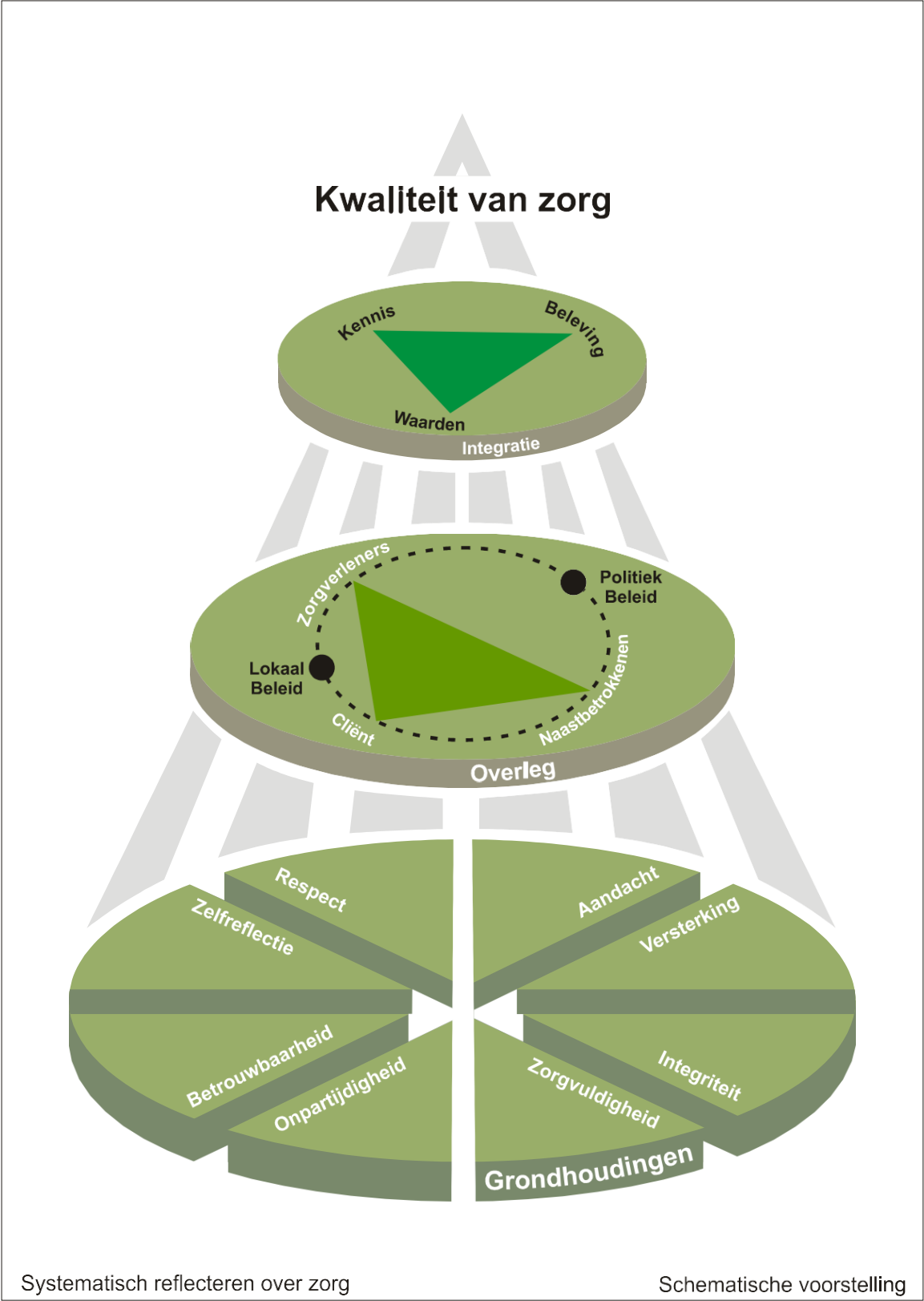
- *Betrouwbaarheid* Eerlijkheid en correctheid
- *Integriteit* Overeenstemming van het handelen met waarden en normen
- *Onpartijdigheid* Onafhankelijkheid zonder belangenvermenging en persoonlijke voorkeuren
- *Zorgvuldigheid* Nauwkeurigheid, professionaliteit en voorzichtigheid

Voorbeeld. Bij het systematisch reflecteren over de cliënt die niet aan de therapie wil meewerken, is het hele proces van overleg en integratie bepaald door de grondhoudingen van de zorgverleners en de andere betrokkenen. De omgangswijze wordt anders als de zorgverleners aandachtig, respectvol, versterkend, zelfreflectief, betrouwbaar, integer, onpartijdig en zorgvuldig zijn.



3. Schematisch overzicht

De visie op systematisch reflecteren over zorg kunnen we als volgt schematisch voorstellen:



4. Een leidraad voor het reflecteren

Op basis van de voorgaande visie stelt de begeleidingscommissie ethiek een leidraad voor om te komen tot systematische reflectie over zorg. De leidraad bestaat uit een aantal vragen om de zorgverleners te ondersteunen bij de systematische reflectie.

De leidraad kan gebruikt worden op de drie niveaus van zowel zorgverleners als lokale en politieke beleidsverantwoordelijken. De begeleidingscommissie beperkt zich hier tot het niveau van de zorgverleners. De leidraad is uitgewerkt voor een team. Met de nodige wijzigingen kunnen ook de lokale en politieke beleidsverantwoordelijken een dergelijke leidraad volgen.

Leidraad systematisch reflecteren over zorg

Voorwaarden

- Nemen jullie voldoende de goede grondhoudingen aan?
- Gaan jullie voldoende het overleg met de cliënt en naastbetrokkenen aan?

Beschrijving

- Beschrijf een eigen zorgpraktijk: Wat? Wanneer? Waar? Hoe?
- Hoe zien de cliënt en naastbetrokkenen deze zorgpraktijk?

Bevraging

- Waarom handelen jullie zo?
- Wat is het doel van die zorgpraktijk?
- Is het kwaliteitsvolle zorg?
- Wat zijn de wensen van de cliënt en naastbetrokkenen?

Reflectie

- Vanuit welke kennis handelen jullie?
- Vanuit welke beleving handelen jullie?
- Vanuit welke waarden handelen jullie?
- Wat zijn de kennis, beleving en waarden van de cliënt en naastbetrokkenen?

Evaluatie

- Hebben jullie het vooropgestelde doel bereikt?
- Wat kunnen jullie aan de zorgpraktijk verbeteren?
- Hoe kunnen jullie dat verbeteren?
- Welke ondersteuning hebben jullie daar eventueel voor nodig?
- Wat vinden de cliënt en naastbetrokkenen over de bijgestuurde zorgpraktijk?

Implementatie

- Hoe kunnen jullie de inzichten implementeren?
- Hoe kunnen jullie de inzichten met anderen delen?



5. Aandachtspunten

1. Een veelheid van vormen

Via metingen kunnen zorgverleners zicht verwerven op de zorg, maar een louter metende reflectie over de zorg is niet mogelijk en ook niet wenselijk. In de zorg staat de relatie centraal tussen cliënt, naastbetrokkenen en zorgverleners. Allen hebben ze hun eigen beleving en hun eigen waarden. Dit is niet altijd in cijfers uit te drukken. Metende vormen van reflectie zijn weliswaar belangrijk maar hebben beperkingen. "Niet alles wat telt, kan geteld worden; niet alles wat kan geteld worden, telt." (Einstein). De werkelijkheid is complex en cijfers zijn steeds een reductie of beperking van deze complexiteit.

Daarom is het belangrijk dat zorgverleners en beleidsmakers ook andere vormen van systematische reflectie ontwikkelen. Dit vraagt heel wat creativiteit. Essentieel is dat ze samen reflecteren over de zorg en deze transparant en kwaliteitsvol maken. Dit impliceert op de eerste plaats dat ze de eigen zorg documenteren, dus beschrijven en analyseren. Dit impliceert op de tweede plaats dat ze systematisch reflecteren over deze zorg op basis van kennis, beleving en waarden, en vanuit goede grondhoudingen. Deze vorm van systematisch reflecteren door samen de zorg te documenteren en erover te reflecteren, ligt binnen de mogelijkheden van elk team.

2. Samenwerkingsmogelijkheden

Systematisch reflecteren gebeurt altijd samen met anderen. De systematische reflectie van één enkel individu schiet principieel tekort. Het is precies door dit samen te doen en door de uitwisseling van perspectieven dat de systematische reflectie tot stand komt.

Het gezamenlijk systematisch reflecteren beperkt zich niet tot het microniveau van zorgverleners onderling en zorgverleners in overleg met cliënten en naastbetrokkenen.

Systematisch reflecteren kan ook op het mesoniveau van voorzieningen en netwerken. Niet alleen binnen eenzelfde voorziening, maar ook in een netwerk of groep van voorzieningen tussen zorgverleners en lokale beleidsmakers kan samen systematisch gereflecteerd worden. Samenwerking is mogelijk en wenselijk in de hele GGZ en in de groep van de Broeders van Liefde.

Ten slotte liggen er op het macroniveau van het overheidsbeleid ook heel wat mogelijkheden tot samenwerking bij de systematische reflectie. Een dergelijk beleid dient ontwikkeld te worden in overleg met de lokale beleidsverantwoordelijken, zorgverleners, cliënten en naastbetrokkenen.

3. Gericht op kwaliteit

Het systematisch reflecteren is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Reflecteren vergt echter een investering van tijd, personeels- en werkingsmiddelen. Daarom sluit de reflectie best zoveel mogelijk aan bij de feitelijke zorgverlening, zodat er zo weinig mogelijk tijd en middelen onttrokken worden aan de zorg. De middelen moeten bovendien verantwoord zijn vanuit het doel. Daarom dient de inzet van middelen in een redelijke verhouding te staan tot het doel, namelijk de kwaliteit van zorg verbeteren.

Als gevolg van de tijdsinvestering die het systematisch reflecteren vereist, is het mogelijk dat de kwaliteit van zorg ongewild of onrechtstreeks zou verminderen. Als de systematische reflectie wordt uitgedrukt in procedures en protocols, haalt dit mogelijk de aandacht van de zorgverleners weg van de zorgrelatie, de beleving en de waarden. Dit is niet wenselijk. Als het systematisch reflecteren de kwaliteit van zorg uiteindelijk zou verlagen, is ze niet meer verantwoord.

Daarom is het noodzakelijk de aandacht van de lokale en politieke beleidsmakers voor systematisch reflecteren te vragen en een kader voor deze reflectie te creëren.



4. Gericht op transparantie

Het systematisch reflecteren is ook gericht op het creëren van transparantie van de zorg voor alle betrokkenen. Daarom worden de doelstellingen, de doelgroep, de middelen en de te verwachten resultaten vooraf duidelijk geformuleerd. Zo weten de betrokkenen waar ze bij het systematisch reflecteren aan toe zijn en wat van hen verwacht wordt.

Het perspectief op de doelstellingen kan verschillend zijn naargelang de betrokkenen. Zorgverleners zien reflecteren voornamelijk als een middel om de kwaliteit van zorg voor cliënten of een welbepaalde cliënt te verhogen. Beleidsverantwoordelijken zien metende vormen van reflectie veel meer als een middel om de efficiëntie van zorg te verbeteren in verhouding tot de beschikbare financiële middelen. Daarom zijn zorgverleners dikwijls wantrouwig en vrezen ze dat systematische reflectie door de beleidsverantwoordelijken uiteindelijk gezien wordt als een eenzijdige evaluatie van hun zorgverlening of als een middel tot besparing. De enige uitweg is dat zorgverleners en beleidsverantwoordelijken samen overleggen en duidelijkheid creëren over alle doelstellingen.

Bij het systematisch reflecteren over zorg wordt belangenvermenging vermeden. Dit geldt zowel voor de zorgverleners als voor de lokale en de politieke beleidsverantwoordelijken. Maar het geldt evenzeer voor extern financierende instanties die eventueel door middel van onderzoek hun belangen willen verdedigen of opleggen.

5. Implementatie van de reflectie

Het is belangrijk dat het systematisch reflecteren over zorg een erkende plaats krijgt in zorgeenheden, voorzieningen en netwerken. Als zorgverleners geregeld systematisch reflecteren over een bepaalde zorgpraktijk, en de resultaten van deze reflectie ook implementeren, dan zal de kwaliteit van zorg steeds toenemen.

Het is eveneens belangrijk dat het systematisch reflecteren niet alleen een mondeling overleg en reflectie is, maar dat het proces en de resultaten ervan ook gedocumenteerd worden. Als de reflectie wordt neergeschreven kan ze gemakkelijker met andere zorgverleners en voorzieningen gedeeld worden. Zo kunnen zorgverleners ook leren van het reflecteren van anderen.

6. Besluit

Met dit advies speelt de begeleidingscommissie ethiek in op de opkomst van 'evidence-based practice' in de geestelijke gezondheidszorg. De begeleidingscommissie waardeert 'evidence-base practice', maar wil het tegelijk verbreden en ethisch invullen, en daarom herbenoemen als 'systematisch reflecteren op zorg'. Dit is nadenken over zorg op basis van kennis, beleving en waarden, met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit gebeurt vanuit goede grondhoudingen en in overleg tussen zorgverleners, cliënt en naastbetrokkenen.

Systematisch reflecteren op zorg is niet alleen een zaak van onderzoekers en beleidsmakers. Wanneer zorgverleners samen met de andere betrokkenen de zorg documenteren en er kritisch over reflecteren vanuit kennis, beleving en waarden, zijn ze systematisch reflectie aan het voeren. Vanuit welke kennis handelen we? Vanuit welke beleving? Vanuit welke waarden? Dit systematisch reflecteren draagt bij tot de kwaliteit van zorg en ligt binnen de mogelijkheden van elk team.



Aanbevolen literatuur

- Abma, R. e.a., *Evidentie en existentie. Evidence-based handelen en verder...*, Tilburg: KSGV, 2010.
- Begeleidingscommissie Ethiek GGZ Broeders van Liefde, *Langdurige psychiatrische zorg*, Gent: Provinciaal Broeders van Liefde, 2010. <http://www.fracarita.org/identiteit/visie>
- Carlier, V.E., e.a., *Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek*, in *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (2012) nr. 2, p. 121-128. <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/>
- Desmet, M., *Liefde voor het werk in tijden van management. Open brief van een arts*, Tiel: Lannoo, 2009.
- CBO (Centraal Begeleidings Orgaan) Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, *Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden*, 2007. <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/PDF-versie/>
- Liégeois, A., *Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg*, Leuven: LannooCampus, 2009.
- POD Wetenschapsbeleid e.a. (ed), *Ethische code van het wetenschappelijk onderzoek in België*, 2009. http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Eth_code/ethcode_nl.pdf
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid*, Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2007. http://www.ceg.nl/data/download/Passend_bewijs_huisstijl_definitief.pdf
- Raes, V., e.a., *The Effect of Using Assessment Instruments on Substance-abuse Outpatients' Adherence to Treatment: a Multi-centre Randomised Controlled Trial*, in *BMC Health Services Research* (2011) 11:123. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/123>
- Sackett, D.L., e.a., *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, Edinburgh: Churchill Livingstone, 2de ed., 2000.
- Tiemens, B., A. Kaasenbrood & G. de Niet, *Evidence Based werken in de GGZ. Methodisch werken als oplossing*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

Leden Begeleidingscommissie Ethiek GGZ Broeders van Liefde

- Bernem, P.C. Sint-Amandus: Dr. Jo Magerman en Dhr. Carl Van Sieleghem
- Bierbeek, U.P.C. Sint-Kamillus: Dhr. Koen Cockx en Dhr. Wouter Decat
- Boechout, P.C. Broeders Alexianen: Mevr. Sabine Debaene en Dhr. Emiel Nelissen
- Gent, P.C. Dr. Guislain: Dhr. Guido De Geyter en Mevr. Leen Van Der Schueren
- Gent, De Sleutel: Dhr. Robrecht Keymeulen en Mevr. Veerle Raes
- Gent, Provinciaal: Dr. Marc Eneman, Dhr. Axel Liégeois en Mevr. Carine Vanderbeken
- Grimbergen, P.K. Sint-Alexius: Mevr. Cindy Baillieu en Dhr. Guy Souverijns
- Heverlee, Similes: Mevr. Denise Cooreman en Mevr. Marianne De Boodt
- Lede, P.C. Zoete Nood Gods: Mevr. Maria Eeckhout en Mevr. Sylvie Mattheys
- Leuven, Nakuurhome Papiermoleken: Dhr. Bart Stroobants
- Leuven, Psycho-Sociaal Centrum: Dhr. Bart Stroobants
- Mortsel, P.C. Sint-Amedeus: Dhr. Jef Van Hoof en Dhr. Erik Van Tilburg
- Sint-Truiden, P.C. Ziekeren: Dhr. Koen Dedroog en Mevr. Ine Wanten
- Tienen, P.K. Broeders Alexianen: Dhr. Filip Berwaerts en Dr. An Haekens
- Zelzate, P.C. Sint-Jan-Baptist: Dr. Theo De Decker en Dhr. Eddy Impens

Contactpersoon: Axel Liégeois
E-mail: axel.liegeois@broedersvanliefde.be



Bijlage

Wat is 'evidence-based practice'?

Een omschrijving

De laatste jaren is er in de geneeskunde een belangrijke tendens naar 'evidence-based medicine' (EBM). Dit concept werd overgenomen in de andere zorgverlenende beroepen onder de naam 'evidence-based practice' (EBP).

'Evidence-based practice' is zorgverlening op basis van bewijs. Het wordt omschreven als het nauwgezet, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van de beste beschikbare onderzoeksgegevens bij het nemen van klinische beslissingen in de zorg voor individuele patiënten. (Sackett, e.a.).

In 'evidence-based practice' spelen drie factoren een beslissende rol (Raad voor Volksgezondheid en Zorg):

1. het doel van de zorg, meer bepaald de wensen en behoeften van de cliënt,
2. het bewijs van effectiviteit, dus het beschikbare bewijsmateriaal dat een bepaalde behandeling of zorgpraktijk doeltreffend is bij een bepaalde groep cliënten, en
3. de klinische expertise en de deskundigheid van de zorgverleners om te oordelen over de toepasbaarheid van die bepaalde zorgpraktijk bij een specifieke cliënt.

Het belang van bewijsmateriaal

In 'evidence-based practice' worden er verschillende niveaus van bewijskracht onderscheiden (CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg):

- A1 Systematische review
- van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
- A2 Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek
- van goede kwaliteit en van voldoende omvang
- B Vergelijkend onderzoek
- maar niet met de kenmerken als genoemd onder A2, dus bijvoorbeeld patiënt-controle onderzoek of cohort-onderzoek
- C Niet vergelijkend onderzoek
- D Mening van deskundigen

In deze rangorde staat de bewijskracht van zorgpraktijken gebaseerd op gerandomiseerd, dubbelblind, vergelijkend klinisch onderzoek (Randomised Controlled Trial, RCT) bovenaan. De bewijskracht van de effectiviteit van zorgpraktijken gebaseerd op niet-vergelijkend onderzoek of op de mening van experts, staat onderaan de rangorde.

In 'evidence-based practice' komt het erop aan om een zorgpraktijk te baseren op onderzoek met de hoogste bewijskracht ('best evidence'). Maar als onderzoek met de hoogste bewijskracht niet mogelijk of niet voorhanden is, dan wordt een zorgpraktijk die gebaseerd is op niet-vergelijkend onderzoek of op de mening van een groep deskundigen, beschouwd als de beste zorgpraktijk ('best practice').

Een juist begrip

Wanneer een te sterke nadruk gelegd wordt op gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, krijgt 'evidence-



based practice' voor vele zorgverleners een negatieve bijklank.

Daarom wijst de begeleidingscommissie op een juist begrip van 'evidence-based practice' met de nuancerings die hierboven reeds gemaakt werden. 'Evidence-based practice' houdt niet alleen rekening met gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, want als dergelijke onderzoek er niet is, wordt de mening van deskundigen op basis van niet-gecontroleerd onderzoek en van klinische ervaring als een vorm van 'evidence-based practice' erkend. Bovendien houdt 'evidence-based practice', naast het bewijs van effectiviteit, ook rekening met de wensen van de cliënt en met de expertise van de zorgverleners.

Het ethisch reflecteren over 'evidence-based practice' brengt de begeleidingscommissie ertoe het concept te verbreden en er ethische accenten in te leggen. Zo komt de begeleidingscommissie tot 'systematisch reflecteren over zorg' op basis van kennis, beleving en waarden, zoals ontwikkeld in het advies.

