

# How to move forward with evidence-based practice in nursing

## Citation for published version (APA):

Friesen - Storms, JHHM. (2019). *How to move forward with evidence-based practice in nursing: towards a personalised approach in cancer aftercare*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20190614jfs>

## Document status and date:

Published: 01/01/2019

## DOI:

[10.26481/dis.20190614jfs](https://doi.org/10.26481/dis.20190614jfs)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## Summary





## Summary

The aim of the research reported in this thesis was to gain knowledge about the implementation of evidence-based practice (EBP) in nursing, to find a way to integrate shared decision making (SDM) with EBP in a chronic care environment in nursing, and to develop a strategy for an integrated approach of EBP and SDM in daily nursing practice in the individual aftercare for cancer survivors.

**Chapter 1** begins with an introduction to the subject of this research: How to move forward with evidence-based practice in nursing: towards a personalised approach in cancer aftercare. Although EBP is defined as: “the integration of best research evidence with clinical expertise and the patient’s values in making decisions about individual patient care”, EBP has (so far) mainly focussed on research evidence, while focussing less on the patient’s values and clinical expertise. Next to EBP, the communication model SDM has gained interest in health care and nursing as the gold standard for integrating patient values in decision-making process for individual patient care. There is growing insight that suggests SDM should be integrated with EBP. However, how this can be accomplished in nursing is still unclear.

SDM seems particularly relevant in chronic nursing care because, in chronic care involving patients in decision making might support patients in managing their condition in their daily lives. For many people cancer survival, regardless of their disease status, increasingly means living with a chronic condition for which a lot of decisions have to be made about evidence based aftercare. Registered oncology nurses and advanced practice nurses can significantly contribute to the quality of aftercare. Although the relevance of an integrated approach of EBP and SDM in cancer aftercare in nursing is acknowledged, there is no systematic approach developed for daily nursing practice.

To address the different aspects of the aim of this research, this thesis was divided into three parts. For each part of the thesis a research question was formulated:

1. What is the feasibility of implementing evidence-based practice in daily nursing care by interactive and clinically integrated teaching methods?
2. How can shared decision making be integrated with evidence-based practice in chronic nursing care?
3. Which strategy, tailored to the needs of patients and proxies, nurses and other health care professionals, seems worthwhile and feasible to implement an integrated approach of evidence-based practice and shared decision making in cancer aftercare?

In part 1 we conducted two studies (Chapter 2 and 3) in which EBP was being implemented in nursing. In part 2 (Chapter 4) we discussed the relevance of shared decision making in chronic care and how it can be integrated with evidence-based practice in nursing.

In part 3 (Chapter 5, 6 and 7) we used the knowledge gained from answering research questions 1 and 2 to develop and use EBP and SDM as an integrated approach in a conversation approach for a cancer aftercare consultation.

In **Chapter 2** the process and results of implementing EBP using participatory action research on a pulmonary unit of a rural hospital are described. The professionals involved in this study were mainly (secondary) vocationally or medium level trained nurses. Strategies used to implement EBP included a tailored interactive outreach training, and the development and implementation of an evidence-based discharge protocol. The process steps of EBP were adapted to suit the educational level of the participating nurses by, for example, using national evidence-based clinical practice guidelines. A discharge protocol was developed based on the nurses' best-practice mode of working, as well as on evidence from the literature and aspects that emerged in interviews with stakeholders (nurses n=14, manager n=1, information technology specialists n=2, nurses of external care partners n=2, patients n=2, informal caregivers n=2). The summative evaluation showed that nurses did work according to the EBP discharge protocol, but barely recorded their activities in the electronic patient record. Overall, the project stimulated nurses' critical thinking, and nurses positively valued the action research approach, but several nurses remained reluctant about EBP.

This study showed that action research provides an opportunity to empower nurses and to tailor EBP to the practice context. It also showed that applying and implementing EBP is difficult for front-line nurses with limited EBP competencies. It seems necessary to adapt the academic model of EBP to a more pragmatic approach to facilitate introducing EBP into clinical practice for example by using a 'Problem-Intervention'(PI)-question instead of a 'Problem-Intervention-Control-Outcome'(PICO)-question. The use of scientific evidence can be made possible by using pre-appraised evidence.

In **Chapter 3** the systematic approach used to teach and implement EBP and the lessons learned are described. The setting of this study was a pulmonary unit of a large teaching hospital with mainly (secondary) vocationally or medium level trained nurses. EBP was systematically implemented using a systematic implementation model. Educational, motivational and organisational strategies were operationalised by developing two main implementation interventions: (1) a tailored interactive outreach training course about EBP and (2) a systems approach, described as "the patient case discussion meeting

based on EBP principles,” was used as a vehicle to implement and embed EBP in daily practice.

We first trained the preceptor nurses of the hospital (n=10) in conducting EBP, subsequently we trained eight nurses of the pulmonary unit.

After the nurses had been trained using the outreach training, patient case discussion meetings were organised. The first patient case discussion meetings led to searching and discussing literature about assessing pain in an elderly patient with impaired communication and subsequently to an implementation proposal for pain measurement.

During the evaluation of the study, nurses mentioned several positive consequences of the training and patient case discussions. Specifically, they reported being able to (1) reflect critically on care (2) formulate a PICO question based on a patient-care problem they had experienced, (3) find English literature and Dutch guidelines related to the problem, and (4) translate the guideline recommendations into routine practice.

Although nurses were able to search for English literature and guidelines, conducting an efficient literature search remained difficult. Critically appraising the literature was considered too difficult for all nurses, even for those with a Bachelor’s degree. In addition, nurses formulated large numbers of very specific questions on details of care.

We learned that it is important to simplify the five EBP steps to suit the level of education of nurses. This can be done by formulating PICO questions around major patient care topics, such as pain, and by having a search strategy focusing on Dutch evidence-based clinical practice guidelines and other summarised evidence, such as systematic reviews and critically appraised topics. We advised the hospital management to appoint nurse practitioners or other nurses with a Master’s degree to assist the nurses on the ward with the EBP process steps, especially regarding efficiently searching the research literature, and critically appraising evidence.

**Chapter 4** discusses the relevance of SDM in chronic care as well as how SDM can be integrated with EBP in nursing. The CINAHL and PubMed digital databases were searched, and a network of experts on evidence-based practice and shared decision making was consulted to include the most relevant papers that underpin our discussion based on previous literature and to ensure that our key points had not already been published elsewhere. The literature search strategy used key words such as ‘(shared) decision making’, ‘evidence-based’, and ‘nurs\*’ in various combinations.

EBP usually focusses on research evidence (which may be translated into clinical practice guidelines) without considering the individual patient’s values. The SDM model seems to be helpful for the integration of individual patients’ values in evidence-based practice. Chapter 4 highlights that it is important to always invite the patient to participate in the decision-making process in chronic care and it provides an illustration of how to

integrate SDM with EBP in chronic care. In addition, the chapter presents 6 different attributes of health care interventions that influence the degree of SDM: the level of research evidence, the presence of intervention options, the burden of side effects, the impact on life style, patient group values and the impact on resources. Patient values become even more important in cases where the level of research evidence is low, there are multiple intervention options, the burden of side effects of the interventions options is high, the impact of the intervention options on life style is high, patient group values are heterogeneous, and there is a high impact on resources.

Next to the attributes of health care interventions, the patient's willingness to participate in SDM, the clinical expertise, knowledge, skills and attitude of the nurse towards SDM, and the context in which the decision making takes place affect the SDM process.

Based on the study described in chapter 4, we concluded that nurses as well as other health care professionals in chronic care should integrate SDM with EBP to deliver patient-centred care.

**Chapter 5** describes the development and pre-test of a conversation approach integrating EBP and SDM that can be used by nurses in cancer aftercare to tailor aftercare to the goals, wishes and unmet needs of oncology patients. The setting of the study included several oncology care pathways of a large urban, teaching hospital. We used an iterative developmental process for complex interventions consisting of the following consecutive phases: identifying problems, identifying overall objectives, designing the intervention and pre-testing and adapting the intervention. Problems were first identified during a brainstorm meeting (health care professionals n=11, researchers n=3) and subsequently interviews were conducted (health care professionals n=9, patients n=8). During an expert meeting (health care professionals n=11, researchers n=3, patients n=2) overall objectives were formulated based on the results of the problem identification phase. A conversation approach was developed in cooperation with five health care professionals and one patients. Subsequently, the conversation approach was pre-tested (patients n=11, nurses n=3, nurse practitioner n=1). All interviews were analysed by directed content analysis.

The main results of the problem identification were: patients were non-systematic and incomplete screened on potential issues and there were caveats in the information patients received and in shared decision-making. The overall objective formulated was: To develop a model for aftercare conversations based on shared goal-setting and decision-making. The developed conversation approach consists of four phases: preparation of the consultation including a questionnaire that included patient reported outcomes, shared goal-setting by means of a tool visualising domains of life, shared care

planning by using an overview of possible choices in aftercare, a database with health care professionals and a cancer survivorship care plan, and evaluation.

The analysis of the interviews of the pre-test (patients n=9, nurses n=3, nurse practitioner n=1) revealed that the conversation approach needs to be flexible and tailored to the patient and practice setting. Using the conversation approach led to more in-depth aftercare consultations. Furthermore, the results of the pre-test revealed important implications and suggestions for implementation, such as tailoring, embedding and digitising the approach within care processes and providing nurses with training and on-the-job coaching. The aftercare conversation approach can be used by nurses and other health care professionals to provide tailored patient-centred evidence-based aftercare. Further evaluation of the process and effect of the conversation approach in practice is needed.

**Chapter 6** describes an adoption study that aimed to assess facilitators of and barriers (determinants) to a patient decision aid (PtDA) for aftercare in breast cancer, in which we integrated tools of our conversation approach, to tailor the implementation strategy to. A tailored implementation strategy may improve the likelihood of implementation of the PtDA. Possible important determinants for implementation were divided into three categories: those concerning the PtDA, those concerning the adopter, and those concerning the organisational/socio-political context. The determinants were assessed with the measurement instrument for determinants of innovations (MIDI) questionnaire among breast cancer aftercare health professionals (n=81). For each of the three categories, a backward binominal regression analysis with the intention to adopt the PtDA, as the dependent variable was conducted, to identify significant within-category determinants. Additionally, one binominal regression including all within-category determinants left in the last step of the analyses was performed with intention to adopt the PtDA as the dependent variable.

Overall, relevance of the PtDA for the patient and self-efficacy of the adopter to use the PtDA were significantly positively associated with intention to adopt the PtDA. Significant within-category determinants were: compatibility of the PtDA, outcome expectations of using the PtDA and adherence to the clinical guidelines. We concluded that a tailored implementation strategy should focus on self-efficacy of the adopter and relevance for the patient.

The aim of the study described in **chapter 7** was to gain in-depth insight into the personal stories of lymphoma survivors in early aftercare. More specifically, we looked at lymphoma survivors who had been exposed to a best-practice aftercare consultation using the conversation approach. A narrative inquiry was conducted with 22 lymphoma



survivors in a large teaching hospital in the south of the Netherlands. The participants were recruited after a best-practice aftercare consultation with an advanced practice nurse. The in-depth interviews were analysed by narrative analysis.

Six themes emerged from the narratives: living and dealing with health consequences, coping with work and financial challenges, having a positive outlook and dealing with uncertainty, deriving strength from and experiencing tensions in relationships, getting through tough times in life, and receiving support from health care professionals. Participants had to deal with health consequences like fatigue and lengthy absence(s) from work. Their experiences and strategies for dealing with the consequences of the lymphoma varied. They greatly valued the social support they received, although some social relationships had deteriorated. Apart from the treatment, life events relating to the cancer treatment or their life in general had caused respondents tough times and were part of their life stories. The added value of the aftercare consultation and the need for further consultations was experienced differently. In some cases the consultation had led to additional interventions, while in other cases they had perceived it as rounding off the treatment process.

The stories of lymphoma survivors in early aftercare revealed their experiences of how they coped with various issues in their personal lives. Addressing survivors' social support and self-management capabilities, and building a personal relation(ship) with a patient (as a person rather than just a patient) might help nurses and other health care professionals to better tailor their aftercare.

**Chapter 8** presents the thesis general discussion. This final chapter begins with an overview of the main findings, and then discusses several methodological and theoretical considerations and ends with an insight into (possible) implications of this research project for practice, education and research.

We concluded that it is important for nurses to integrate summarised, critically appraised, and translated research, like evidence-based clinical practice guidelines, into evidence-based decision making, and to always invite the patient to get involved in decision making in chronic care. We proposed how to integrate EBP and SDM and we developed a conversation approach (in which both EBP and SDM are integrated) for use in cancer aftercare, which incorporates PROMs and visual tools, and supports goal setting. Using the conversation approach might support providing patients with tailored aftercare.

Looking towards the future, for nursing practice, we recommend adapting the process steps of EBP to suit the level of education of nurses and we suggest using a systematic approach to tailor care to chronic patients. For education, we recommend that nurse educators integrate EBP and SDM and use a conversation approach, like the one we

developed, in the curriculum. As we experienced major barriers during our research due to a merge of two hospitals, we advise for research to carefully reconsider conducting research on or implementing complex interventions in a dynamic context, such as might exist during a merge.



## Samenvatting





## Samenvatting

De doelstelling van het onderzoek is driedig: 1. het verwerven van kennis over de implementatie van evidence-based practice (EBP) binnen de verpleegkunde; 2. het vinden van een manier om shared decision making (SDM), ook wel gezamenlijke besluitvorming genoemd, te integreren met EBP in de verpleegkundige zorg voor chronisch zieken en 3. het ontwikkelen van een strategie voor een benadering die EBP en SDM integreert in de verpleegkundige nazorg voor mensen die behandeld zijn voor kanker.

**Hoofdstuk 1** beschrijft de inleiding op het onderzoek met als titel: Hoe verder te gaan met evidence-based practice binnen de verpleegkunde: naar een gepersonaliseerde aanpak in de nazorg voor kanker. EBP integreert klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, in combinatie met de waarden van de patiënt. EBP heeft zich echter (tot nu toe) voornamelijk gericht op het best beschikbare bewijs en minder op de waarden van de patiënt en klinische expertise. Naast EBP krijgt het model voor gezamenlijke besluitvorming meer belangstelling binnen de gezondheidszorg en binnen de verpleegkunde. Bij dit model ligt de nadruk op het integreren van de waarden van de patiënt in het besluitvormingsproces voor de individuele patiënt. Er is in toenemende mate inzicht dat gezamenlijke besluitvorming geïntegreerd zou moeten worden met EBP. Het is echter nog niet duidelijk hoe dit bereikt kan worden.

Een patiënt met een chronische ziekte staat voor de uitdaging een balans te vinden tussen de eisen van de ziekte en die van het leven, waarbij zelfmanagement centraal staat. Zelfmanagement betekent dat mensen zelf kunnen kiezen in hoeverre zij de regie over het leven in eigen hand willen houden en hoe zij mede richting willen geven aan de manier waarop de beschikbare zorg wordt ingezet. Gezamenlijke besluitvorming door de patiënt en zorgverlener(s) kan bijdragen aan het versterken hiervan. Kanker ontwikkelt zich meer en meer tot een chronische ziekte. Steeds meer mensen die behandeld worden voor kanker ervaren langdurig chronische klachten, zoals vermoeidheid, conditieverlies en angst. Voor deze klachten zijn diverse nazorgmogelijkheden beschikbaar zoals fysiotherapie en oncologische revalidatie. Bij elke persoon moet worden nagegaan welke nazorg het beste past en de voorkeur heeft van de patiënt. Verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol vervullen in deze nazorg. Ofschoon het belang van een geïntegreerde benadering van EBP en gezamenlijke besluitvorming in de verpleegkundige nazorg voor kanker wordt erkend, is er geen systematische aanpak ontwikkeld om deze nazorg vorm te geven.

In deze thesis staan drie onderzoeksvragen centraal, die gerelateerd zijn aan de doelstelling.

1. Wat is de hanteerbaarheid van het implementeren van evidence-based practice in de dagelijkse verpleegkundige zorg door middel van interactieve en in de praktijk geïntegreerde leermethoden?
2. Hoe kan gezamenlijke besluitvorming binnen de verpleegkundige zorg voor mensen met een chronische ziekte geïntegreerd worden met evidence-based practice?
3. Welke strategie, afgestemd op de behoeften van patiënten en hun naasten, verpleegkundigen en andere zorgverleners, lijkt waardevol en hanteerbaar om een geïntegreerde aanpak van evidence-based practice en gezamenlijke besluitvorming in de nazorg voor kanker te implementeren?

In deel 1 zijn twee studies uitgevoerd (Hoofdstuk 2 en 3) waarbij EBP is geïmplementeerd binnen de verpleegkundige zorg. In deel 2 (Hoofdstuk 4) bediscussieren we het belang van gezamenlijke besluitvorming en hoe deze geïntegreerd kan worden met EBP binnen de verpleegkundige zorg voor mensen met een chronische ziekte. In deel 3 (Hoofdstukken 5, 6 en 7) ontwikkelen we, met behulp van de kennis die is opgedaan bij het beantwoorden van onderzoeksvraag 1 en 2, een gespreksmodel voor een nazorggesprek bij kanker. In dit gespreksmodel zijn EBP en gezamenlijke besluitvorming geïntegreerd.

**Hoofdstuk 2** geeft het proces en de resultaten weer van een actieonderzoek dat is uitgevoerd om EBP te implementeren op een longafdeling van een perifeer ziekenhuis. Alle verpleegkundigen op deze afdeling waren middelbaar opgeleide (MBO) verpleegkundigen. Tijdens het onderzoek volgden de verpleegkundigen een interactieve training met betrekking tot EBP en samen met hen ontwikkelden en implementeerden we een evidence-based ontslagprotocol. We vereenvoudigden de veel gebruikte processtappen van EBP om tegemoet te komen aan het opleidingsniveau van de verpleegkundigen. Zo maakten de verpleegkundigen voor het verzamelen van wetenschappelijk bewijs gebruik van nationale evidence-based richtlijnen. Het ontwikkelde ontslagprotocol is gebaseerd op de best-practice manier van werken van de verpleegkundigen, op wetenschappelijk bewijs uit de literatuur en op onderdelen die naar voren kwamen in interviews met belanghebbenden (14 verpleegkundigen, één afdelingsmanager, twee ICT deskundigen, twee externe verpleegkundigen, twee patiënten en twee mantelzorgers). Tijdens de evaluatie van de studie bleek dat de verpleegkundigen wel werkten volgens het ontwikkelde ontslagprotocol, maar ze noteerden de acties die ze ondernomen hadden voor het ontslag van de patiënt zelden in het elektronische patiëntendossier. Door het project gingen de verpleegkundigen

kritischer denken. Ook waren zij positief over de actiegerichte aanpak van het project. Sommige verpleegkundigen bleven echter terughoudend met betrekking tot EBP.

Deze studie laat zien dat het uitvoeren van actieonderzoek verpleegkundigen kan helpen om EBP te implementeren. Ook laat de studie zien dat het toepassen en implementeren van EBP moeilijk is voor verpleegkundigen met beperkte EBP-competenties. Het lijkt noodzakelijk om het veel gebruikte model van EBP te vertalen naar een meer pragmatische aanpak die het gebruik van EBP in de dagelijkse praktijk vergemakkelijkt. In plaats van het opstellen van 'Probleem-Interventie-Controlle-Outcome' (PICO)-vragen, kunnen 'Probleem-Interventie' (PI)-vragen opgesteld worden. Verder kan er gebruik gemaakt worden van wetenschappelijke literatuur die al kritisch beoordeeld en samengevat is in bijvoorbeeld evidence-based richtlijnen of systematische reviews.

**Hoofdstuk 3** beschrijft de lessen die naar voren kwamen tijdens een systematische aanpak om EBP te trainen en te implementeren op een longafdeling van een groot opleidingsziekenhuis. Op deze afdeling werkten voornamelijk MBO opgeleide verpleegkundigen. Voor de implementatie van EBP hebben we gebruik gemaakt van een systematisch implementatiemodel, waarbij eerst in kaart werd gebracht in hoeverre de verpleegkundigen EBP toepassen en wat bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van EBP zijn. Op basis van de resultaten hiervan, hebben we twee belangrijke interventies toegepast om EBP te implementeren: 1. een op maat gemaakte interactieve EBP-training en 2. een patiëntendossier-bespreking waarbij de processtappen van EBP systematisch gevolgd worden, om problemen die men op de afdeling ervaart met de zorg voor een patiënt op te lossen.

Allereerst hebben we de praktijkopleiders van het ziekenhuis (n=10) in EBP getraind en daaropvolgend acht verpleegkundigen van de longafdeling. Na de training hebben we patiëntendossier-besprekingen georganiseerd. In de eerste bespreking stond het meten van pijn bij een geriatrische patiënt met beperkte communicatievaardigheden centraal. De verpleegkundigen hebben een PICO hierover opgesteld en gezocht naar wetenschappelijke literatuur. In een volgend overleg hebben ze de gevonden literatuur teruggekoppeld en uiteindelijk heeft dit op de afdeling geleid tot een voorstel voor pijnassessment.

Tijdens de evaluatie van de studie hebben de verpleegkundigen (n=8) verscheidene positieve gevolgen van de training en de dossierbesprekingen benoemd, zoals: 1. in staat zijn om kritisch te reflecteren op de zorg; 2. een PICO-vraag op basis van een patiëntprobleem te kunnen opstellen; 3. Engelse literatuur en Nederlandse richtlijnen te kunnen vinden en 4. de aanbevelingen uit de richtlijnen te kunnen vertalen naar de praktijk.



Ofschoon de verpleegkundigen in staat waren om Engelse literatuur en richtlijnen te zoeken, was het efficiënt zoeken van literatuur lastig. De verpleegkundigen formuleerden veel zeer specifieke vragen over details in de zorg, waardoor ze lastig literatuur konden zoeken. Ook het kritisch beoordelen van de literatuur was te moeilijk voor de verpleegkundigen, zelfs voor de HBO opgeleide verpleegkundigen. We hebben hiervan geleerd dat het belangrijk is om de vijf stappen van EBP te vereenvoudigen om tegemoet te komen aan het opleidingsniveau van de verpleegkundigen. Dit kan bereikt worden door PICO-vragen rond belangrijke patiëntenproblemen te formuleren, zoals pijn. Of door de zoekstrategie te richten op Nederlandse evidence-based richtlijnen en ander wetenschappelijk bewijs dat al samengevat en kritisch beoordeeld is, zoals systematische reviews en 'Critically Appraised Topics'. Ook hebben we het ziekenhuismanagement geadviseerd te faciliteren dat verpleegkundig specialisten en andere master opgeleide verpleegkundigen de afdelingsverpleegkundigen ondersteunen bij het uitvoeren van de EBP-stappen. Dit is zeker van belang bij het efficiënt zoeken van onderzoeksliteratuur en het kritisch beoordelen ervan.

**Hoofdstuk 4** presenteert een discussie van zowel de relevantie van gezamenlijke besluitvorming in de zorg voor mensen met een chronische ziekte als ook hoe het geïntegreerd kan worden met EBP binnen de verpleegkunde. Om de belangrijkste artikelen op dit gebied mee te nemen in de discussie, hebben we de databanken CINAHL en PubMed doorzocht met zoektermen zoals '(shared) decision making', 'evidence-based', and 'nurs\*' in diverse combinaties. Ook hebben we experts met betrekking tot EBP en gezamenlijke besluitvorming geraadpleegd.

EBP focust meestal op wetenschappelijk bewijs (dat opgenomen kan zijn in richtlijnen) zonder rekening te houden met individuele patiëntwaarden en klinische expertise. Het model van gezamenlijke besluitvorming kan ondersteunen bij de integratie van individuele patiëntwaarden in evidence-based practice. Verder lichten we in de discussie toe dat het in de chronische zorg altijd van belang is om de patiënt uit te nodigen om deel te nemen aan het besluitvormingsproces. Ook illustreren we hoe gezamenlijke besluitvorming geïntegreerd kan worden met EBP binnen de verpleegkundige zorg voor mensen met een chronische ziekte. We beschrijven zes verschillende kenmerken van interventies met betrekking tot gezondheid die gezamenlijke besluitvorming beïnvloeden: 1. het niveau van wetenschappelijk bewijs; 2. de aanwezigheid van interventieopties; 3. de mate van bijwerkingen; 4. de impact op de levensstijl; 5. patiëntwaarden binnen een groep en 6. de impact op (financiële) middelen. De waarden van de patiënt worden belangrijker wanneer het wetenschappelijk bewijs laag is, er meerdere interventieopties zijn, de mate van bijwerkingen van de interventies

hoog is, de impact van de interventies op de levensstijl hoog is, patiëntwaarden heterogeen zijn en er een grote impact op (financiële) middelen is.

Naast de kenmerken van de interventies, zijn bij gezamenlijke besluitvorming de bereidheid van de patiënt om deel te nemen aan het besluitvormingsproces en de klinische expertise van de verpleegkundige belangrijk. Ook speelt de context waarbinnen de beslissing plaats vindt een rol.

De conclusie is dat verpleegkundigen en andere zorgverleners in de chronische zorg, gezamenlijke besluitvorming en EBP zouden moeten integreren om patiënt-gecentreerde zorg te leveren.

**Hoofdstuk 5** beschrijft de ontwikkeling en pre-test van een gespreksmodel, dat EBP en gezamenlijke besluitvorming integreert. De studie heeft plaatsgevonden bij verscheidene oncologische zorgpaden van een groot opleidingsziekenhuis. We hebben een iteratief ontwikkelingsproces voor complexe interventies toegepast om het gespreksmodel te ontwikkelen. Dit ontwikkelingsproces bestond uit de volgende fasen: het vaststellen van problemen, het formuleren van algemene doelen, het ontwerpen van de interventie en het pre-testen en aanpassen van de interventie. Voor het vaststellen van problemen in de nazorg hebben we een brainstormmeeting met belanghebbenden georganiseerd (elf zorgverleners en drie onderzoekers). Vervolgens hebben we belanghebbenden geïnterviewd (negen zorgverleners en acht patiënten behandeld voor kanker). De resultaten van de brainstormmeeting en de interviews zijn vervolgens gebruikt om tijdens een expertmeeting (elf zorgverleners, twee patiënten en drie onderzoekers) doelen voor nazorg te formuleren. Daarna hebben we het nazorggesprek ontworpen met behulp van vijf zorgverleners en één patiënt. Tenslotte hebben we een pre-test van het gespreksmodel uitgevoerd (elf patiënten, drie verpleegkundigen en één verpleegkundig specialist). Alle interviews zijn geanalyseerd met behulp van 'directed' content analyse.

Uit de fase van probleemverheldering, kwam naar voren dat patiënten niet altijd systematisch gescreend werden op de gevolgen van kanker en de kankerbehandeling. Ook kregen ze niet altijd de nodige voorlichting en vond er niet altijd gezamenlijke besluitvorming plaats. Tijdens de expertmeeting werd het volgende doel geformuleerd: het ontwikkelen van een gespreksmodel voor nazorggesprekken gebaseerd op samen doelen opstellen en gezamenlijke besluitvorming. Het ontwikkelde gespreksmodel bestaat uit vier fasen: 1. voorbereiding van het consult met behulp van een vragenlijst waarin patiënten zelf de gevolgen die ze ervaren van de kanker en de behandeling rapporteren, 2. het gezamenlijk doelen stellen met behulp van een tool die verschillende levensgebieden visualiseert, 3. het gezamenlijk opstellen van een zorgplan met behulp

van een overzicht van mogelijke keuzen in de nazorg, een databank met zorgverleners en een nazorgplan en 4. evaluatie.

Uit de interviews (negen patiënten, drie verpleegkundigen en één verpleegkundig specialist), uitgevoerd tijdens de pre-test van het gespreksmodel, kwam naar voren dat het gespreksmodel flexibel gebruikt moet kunnen worden. Ook moet het aangepast worden aan de patiënt en de praktijksetting. Volgens de deelnemers leidt het gebruik van het gespreksmodel tot meer diepgaande gesprekken met patiënten.

Verder kwamen uit de pre-test belangrijke aanbevelingen voor implementatie naar voren. Zo is het van belang dat het gespreksmodel gedigitaliseerd en ingebouwd wordt in bestaande zorgprocessen. Ook is het belangrijk dat verpleegkundigen getraind worden in het gebruik van het gespreksmodel en dat zij een coaching op de werkplek ontvangen. Het gespreksmodel voor nazorg kan gebruikt worden door verpleegkundigen en andere zorgverleners om op maat, patiëntgerichte nazorg aan te bieden. Het uitvoeren van een proces- en effectevaluatie wordt aanbevolen.

**Hoofdstuk 6** beschrijft een adoptie-studie die tot doel heeft het vaststellen van bevorderende en belemmerende factoren (determinanten) bij zorgverleners om een nazorgkeuzehulp te gebruiken bij de nazorg van borstkankerpatiënten. In deze nazorgkeuzehulp hebben we tools van het gespreksmodel verwerkt.

Door de strategieën bij de implementatie te richten op deze determinanten, kan het gebruik van deze nazorgkeuzehulp in de praktijk bevorderd worden. Mogelijke belangrijke determinanten hebben we onderverdeeld in drie categorieën: determinanten van de nazorgkeuzehulp, determinanten van degene die de keuzehulp adopteert en determinanten die behoren bij de organisatie en de sociaal-politieke context. Vervolgens hebben we de determinanten die bij de zorgverleners een rol spelen, vastgesteld met behulp van het meetinstrument voor determinanten van innovaties (MIDI) (n=81). Met behulp van regressie analyse zijn de determinanten bepaald die van invloed zijn op de adoptie van de nazorgkeuzehulp door zorgverleners.

Zorgverleners zijn eerder geneigd om de nazorgkeuzehulp te adopteren indien ze denken dat de keuzehulp relevant is voor de patiënt en indien ze verwachten dat ze zelf in staat zijn om deze te kunnen toepassen. Verder zijn belangrijke determinanten: de inpasbaarheid van de keuzehulp in zorgprocessen, de uitkomstverwachtingen ten aanzien van de keuzehulp en het opvolgen van richtlijnen door het gebruik van de keuzehulp.

De conclusie is dat een strategie op maat zich moet richten op verwachting van de zorgverlener om de keuzehulp te kunnen toepassen en op de relevantie voor de patiënt.

**Hoofdstuk 7** presenteert een narratieve studie die tot doel heeft om diepgaand inzicht te verkrijgen in de persoonlijke ervaringen van overlevenden van een maligne lymfoom in de vroege nazorgfase na een best-practice nazorggesprek met een verpleegkundig specialist in opleiding (VSio). Bij dit nazorggesprek is het in hoofdstuk 5 ontwikkelde gespreksmodel gebruikt. We hebben diepte-interviews gehouden met 22 overlevenden van een maligne lymfoom in een groot opleidingsziekenhuis in het zuiden van Nederland. De deelnemers zijn geselecteerd na een best-practice nazorggesprek door de VSio. De interviews zijn geanalyseerd met behulp van een narratieve analyse.

Uit de verhalen kwamen zes thema's naar voren: leven en omgaan met de gevolgen voor de gezondheid; omgaan met werk en met financiële gevolgen; een positief vooruitzicht hebben en omgaan met onzekerheid; kracht halen uit en spanningen ervaren binnen relaties; door moeilijke tijden in het leven heenkomen; en steun ontvangen van zorgverleners. Overlevenden van maligne lymfoom moesten omgaan met de gevolgen van de kanker en de behandeling zoals vermoeidheid en langdurige afwezigheid van werk. Hun ervaringen en strategieën om met de gevolgen van lymfoom om te gaan, varieerden. Ze waardeerden de sociale steun die ze ontvingen erg, ofschoon relaties soms verslechterden. Overlevenden maakten naast de behandeling, geregeld ander zware levensgebeurtenissen mee waarvoor verpleegkundigen en andere zorgverleners oog zouden moeten hebben. Overlevenden ervoeren de toegevoegde waarde van het nazorggesprek verschillend. Soms leidde het nazorggesprek tot aanvullende interventies voor nazorg, soms zagen deelnemers het nazorggesprek als een afronding van de behandeling. Ook de behoefte aan verdere nazorggesprekken verschilde. Sommige overlevenden zouden meer nazorggesprekken op prijs stellen, afhankelijk van de klachten die ze hebben. Anderen gaven aan dat ze een proactieve huisarts hebben waar ze terecht kunnen.

De verhalen van de overlevenden van lymfoom laten zien hoe ze omgaan met diverse gevolgen van de kanker en de kankerbehandeling in hun dagelijkse leven. Oog hebben voor steun vanuit het sociale netwerk, de zelfmanagement-vaardigheden en de patiënt als persoon (en niet slechts als patiënt) kan verpleegkundigen en andere zorgverleners ondersteunen bij het aanbieden van nazorg op maat.

**Hoofdstuk 8** presenteert de algemene discussie. In dit laatste hoofdstuk wordt allereerst een overzicht gegeven van de belangrijkste resultaten, vervolgens worden diverse methodologische en theoretische overwegingen besproken en tenslotte komen mogelijke implicaties van het onderzoeksproject voor de praktijk, voor onderwijs en voor onderzoek, aan de orde.

We concludeerden dat het belangrijk is voor verpleegkundigen om onderzoek dat samengevat, kritisch beoordeeld en vertaald is in bijvoorbeeld evidence-based

richtlijnen, te gebruiken binnen evidence-based besluitvorming. Ook is het belangrijk om de patiënt altijd uit te nodigen in de besluitvorming binnen de chronische zorg. We gaven een suggestie hoe EBP en gezamenlijke besluitvorming geïntegreerd kunnen worden en we ontwikkelden een gespreksmodel (waarin EBP en gezamenlijke besluitvorming geïntegreerd zijn) voor nazorg bij kanker. In het gespreksmodel zijn 'Patient-reported outcome measures' (PROMs) en visuele tools, opgenomen. Ook ondersteunt het gespreksmodel het stellen van doelen. Het gebruik van het gespreksmodel ondersteunt mogelijk het aanbieden van nazorg op maat.

Voor de toekomst adviseren we dat, binnen de verpleegkundige beroepspraktijk, de processtappen van EBP worden aangepast aan het opleidingsniveau van verpleegkundigen. Verder adviseren we dat een systematische aanpak wordt gebruikt om de zorg af te stemmen op chronische patiënten. We adviseren voor onderwijs, dat docenten verpleegkunde EBP en gezamenlijke besluitvorming integreren en een gespreksmodel gebruiken, zoals het model dat wij ontwikkeld hebben.

Tijdens ons onderzoek liepen we tegen diverse belemmerende factoren aan ten gevolge van een fusie van twee ziekenhuizen. Daarom adviseren we om zorgvuldig af te wegen of je een onderzoek of implementatie van complexe interventies gaat uitvoeren in een dynamische context, zoals kan ontstaan tijdens een fusie.