

ZORG MET IMPACT

ZORG

Joep Grosemans
Jorina Reekmans
Jo Vrancken

MET

Onderzoekend en
projectmatig werken
in de praktijk

IMPACT

OWL PRESS

INHOUDSTAFEL

1 DE WEG NAAR KWALITEIT IN DE ZORG 13

1	Clinical practice guidelines	16
1.1	Definiëring, vereisten en doelstellingen	16
1.2	Stakeholders	19
1.3	Beschikbaarheid van CPG's	21
2	Protocollen, procedures en kwaliteit van zorg	22
3	Zorg afgestemd op de individuele zorgvrager	25
4	De kwaliteit van zorg evalueren	27

2 EVIDENCE BASED PRACTICE 31

1	Evidence Based Practice	34
2	Doel van Evidence Based Practice	37
3	Methodiek van Evidence Based Practice	39
3.1	Critical Appraisal of a Topic als methodiek binnen Evidence Based Practice	40
4	Uitdagingen van Evidence Based Practice	41

3 DETECTIE EN SELECTIE VAN EEN KLINISCH PROBLEEM 45

1	Klinisch vraagstuk – praktijkprobleem	48
2	Onderzoeksvragen	52
2.1	PICO	52
2.2	Soorten vraagstellingen en PICO	54
2.3	Vereisten en valkuilen bij het opstellen van een onderzoeksvraag	55

4 ZOEKEN NAAR LITERATUUR EN BEWIJS 59

1	Soorten bronnen	62
2	Zoeken op een eenvoudige en gestructureerde manier in wetenschappelijke databanken	66
2.1	In- en exclusiecriteria	67
2.2	Synoniemen	69
2.3	Vrije zoektermen	70
2.4	Gestandaardiseerde zoektermen	72
2.5	Zoektermen combineren	76
3	Zoekstring samenstellen	78
3.1	Filters	80
3.2	Sneeuwbalmethode	81
4	De zoekstrategie uitschrijven	82
5	Wetenschappelijke artikels selecteren	83
5.1	Je resultaten screenen	83

5 ONDERZOEKSMETHODEN 87

1	Kwalitatief onderzoek	90
1.1	Kenmerken	90
1.2	Kwalitatieve onderzoeksvragen	93
1.3	Soorten kwalitatief onderzoek	94
2	Kwantitatief onderzoek	99
2.1	Kenmerken	99
2.2	Soorten kwantitatief onderzoek	100
3	SystematischE review en meta-analyse	107
3.1	Systematische review	107
3.2	Meta-analyse	108
4	Level of evidence	109
4.1	Beperkingen niveaus van bewijskracht	111

6

EEN ONDERZOEKSARTIKEL KRITISCH LEZEN EN
BEOORDELEN

115

1	Stap 1: beoordeel de structuur van het wetenschappelijk artikel	118
2	Stap 2: is het onderzoek de moeite om door te nemen?	125
2.1	Wie schreef het artikel?	125
2.2	Is er een gedetailleerde methodologie uitgeschreven?	126
2.3	In welk journal (tijdschrift) verscheen het artikel?	127
2.4	Wanneer werd het artikel gepubliceerd?	128
3	Stap 3: welk soort onderzoek ligt er voor je?	129
3.1	Steekproefgrootte	130
3.2	Bias (en confounding)	132
3.3	Belangenconflicten	132
3.4	Liggen de onderzoeksresultaten in de lijn van eerder onderzoek?	132
4	Besluit	133

7

HET GEBRUIK VAN STATISTIEK IN EEN ONDERZOEKS-
ARTIKEL: DE RESULTATEN BEGRIJPEN

135

1	Meetniveaus	138
1.1	Kwalitatieve variabelen	138
1.2	Kwantitatieve variabelen	139
2	Centrummaten en spreidingsmaten	142
2.1	Centrummaten	142
2.2	Spreidingsmaten	144
2.3	Gemiddelde en spreiding van een normaalverdeling	148
2.4	Overzicht van centrum- en spreidingsmaten per meetniveau	149
3	Beschrijvende en toetsende statistiek	150
3.1	Significantie	151
3.2	Hypothesen toetsen	152
3.3	Statistische toetsen voor effectieve aantallen en percentages	154
3.4	Statistische toetsen voor verschillen in gemiddelden	159

3.5	Betrouwbaarheidsinterval	162
3.6	Correlatie	163
3.7	<i>Odds ratios</i> en relatieve risico's	165
3.8	Regressieanalyse	168

8

RESULTATEN

171

1	Data-extractietabel	174
1.1	Structuur van de data-extractietabel (volgens CEBMa)	175
2	Bevindingen integreren	177
2.1	Zoeken naar overeenkomsten en verschillen	177
2.2	Objectief rapporteren	179

9

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

183

1	Conclusie	186
1.1	Basisprincipes voor het formuleren van een conclusie	187
2	Aanbevelingen	188
2.1	Aanbevelingen formuleren op basis van de pijlers van EBP	189
2.2	Schrijftips en voorbeeldzinnen voor aanbevelingen	191

10

REFEREREN

193

1	Verwijzen in de tekst	196
1.1	Citeren	197
2	Literatuurlijst	198
3	Tabellen en figuren	200
4	Algemene tips	202

11 LEIDERSCHAP, INNOVATIE, ONDERZOEK EN PROJECTEN 207

- 1 Inleiding 209
- 2 Klinisch leiderschap 210
- 3 Innovatie 213
 - 3.1 Technologische innovaties 213
 - 3.2 Kennisdifusie en innovatie 214
 - 3.3 Ondernemerschap in de zorg 214
 - 3.4 Visie op innovatie 215
 - 3.5 Ethische overwegingen 216
- 4 Onderzoek 217
- 5 Van probleem naar project: een praktisch stappenplan 220
 - 5.1 Het belang van de klinisch expert op afdelingsniveau 220
 - 5.2 Het 5T-model 221
 - 5.3 Een voorbeeld van het 5T-traject in de praktijk: Pijnbeleving bij kinderen op spoedgevallen 224

12 PROJECTMANAGEMENT 229

- 1 Wat is projectmanagement? 232
 - 1.1 Inleiding 232
 - 1.2 Definitie en vormen 233
 - 1.3 Basiselementen van projectmanagement 234
 - 1.4 Fasen van projectmanagement 235
 - 1.5 Voordelen, uitdagingen en succesfactoren van projectmanagement 236
 - 1.6 Verschil tussen project-, proces- en changemanagement 238
 - 1.7 Methodologieën en tools voor projectmanagement 239
 - 1.8 Conclusie 241
- 2 Projectcanvas 242
 - 2.1 Inleiding 242
 - 2.2 Definitie 242
 - 2.3 Voordelen van een projectcanvas 244
 - 2.4 Oorsprong en vormen van het projectcanvas 244
 - 2.5 Stap voor stap het projectcanvas opbouwen 246

13 AAN DE SLAG MET HET PROJECTCANVAS 249

- 1 WAT: welk probleem moet aangepakt worden? 251
 - 1.1 Identificatie van het probleem 251
 - 1.2 Achtergrond 253
 - 1.3 Doelen 255
 - 1.4 Afbakening of scope 258
 - 1.5 Resultaat 260
 - 1.6 Voorbeeld van een WAT-analyse 263
 - 1.7 Projectfiche ‘WAT’ 264
- 2 HOE: hoe zullen we het probleem aanpakken? 266
 - 2.1 Aanpak 266
 - 2.2 Kwaliteitscriteria 273
 - 2.3 Risicomanagement in projecten 277
 - 2.4 Conclusie 285
 - 2.5 Uitgewerkt voorbeeld van een HOE-analyse 286
 - 2.6 Projectfiche ‘HOE’ 286
- 3 WAARBINNEN: binnen welke setting of context speelt het project zich af? 292
 - 3.1 Vereisten 292
 - 3.2 Verankering 296
 - 3.3 Middelen 297
 - 3.4 Tijd 300
 - 3.5 Businesscase 303
 - 3.6 Toepassing op een voorbeeld 305
 - 3.6 Projectfiche ‘WAARBINNEN’ 307
- 4 WIE: wie wordt er van ver of nabij bij het project betrokken? 310
 - 4.1 Projectmedewerkers en stakeholders 310
 - 4.2 Omgaan met weerstand 313
 - 4.3 Een communicatieplan 315
- 5 RESULTAAT: welke resultaten moeten aan het einde van het project behaald worden? 317
- 6 Een uitgewerkt voorbeeld 318
- 7 Projectfiche ‘WIE’ 319

14

METEN

325

1	Bepaal je aanpak	328
2	Kwalitatieve methoden van dataverzameling	329
2.1	Interviews	329
2.2	Focusgroepen	333
2.3	Observaties	334
3	Kwantitatieve methoden van dataverzameling	337
3.1	Enquêtes	337
3.2	Scoreschalen	339
3.3	Objectieve metingen, al dan niet met fysische meetinstrumenten	342
4	Eigen meetinstrumenten ontwikkelen	344
4.1	Betrouwbaarheid	344
4.2	Validiteit	346
4.3	Sensitiviteit en specificiteit	348
4.4	Richtlijnen bij het maken van meetinstrumenten	349
4.5	De ethische commissie en de sociaal-maatschappelijke ethische commissie	351
4.6	Besluit	354

15

PROJECTRAPPORTAGE

357

1	Opvolging tijdens het project	360
1.1	Schriftelijke rapportage	361
1.2	Mondelinge rapportage	364
2	Rapportage van resultaten	366
2.1	Klassiek schriftelijk rapport	366
2.2	Wetenschappelijk artikel	368
2.3	Mondelinge presentatie	370
2.4	Wetenschappelijke poster	371
2.5	Aanbevelingsrapport	374
2.6	Videopresentatie	375
2.7	Infographic	376

BIBLIOGRAFIE

384

1

DE WEG NAAR KWALITEIT IN DE ZORG

Zorgprofessionals staan elke dag opnieuw in voor de zorg van patiënten, cliënten, personen met een beperking, bewoners van een woonzorgcentrum. . . Elke dag opnieuw nemen wij als zorgprofessionals beslissingen over hoe we deze zorg aanpakken. Of je nu een vroedvrouw bent en instaat voor de nazorg van een vrouw die net een complexe bevalling achter de rug heeft, of een verpleegkundige in een woonzorgcentrum op zoek naar de beste manier om je bewoners te vrijwaren van doorligwonden, of een anesthesist op zoek naar de meest optimale manier om een specifieke regio van het lichaam te verdoven, of een ergotherapeut op zoek naar optimale begeleiding van een persoon met een niet-aangeboren hersenletsel in het behoud van zelfstandigheid in dagelijkse taken. . . we komen allemaal elke dag in contact met complexe zorgvraagstukken. Voor het einde van de 20e eeuw namen we onze beslissingen hoofdzakelijk vanuit ervaring en professionele bekwaamheid. Er werd geregeld wel *evidence* gebruikt, maar dat was niet verankerd in onze dagelijkse besluitvorming. Geleidelijk aan vond Evidence Based Practice (EBP) meer en meer zijn ingang in de zorg. In het vervolg van dit boek gaan we dieper in op EBP en de evolutie ervan.

Het integreren van de *best evidence* werd geleidelijk aan geïntegreerd in de zorg. Maar vanaf de jaren 1990 nam de veelheid aan onderzoeken en de beschikbaarheid ervan via tal van wetenschappelijke databases sterk toe. Vaak was er ook een gebrek aan diepgaande kwaliteitscontroles van de inhoud van deze onderzoeken. Beide factoren zorgden ervoor dat zorgprofessionals (aanvankelijk artsen) deze veelheid aan informatie niet konden bijhouden en verwerken, laat staan integreren in hun dagelijkse praktijk. Volgens Sacket (2002) zou een arts immers 33 artikels per dag en dit 365 dagen per jaar moeten doornemen om volledig bij te blijven in het vakgebied. Hij zei over dit gegeven dat artsen weleens zouden kunnen ‘verdrinken in twijfelachtige data’ (Sackett, 2002). Artsen hadden nood aan kritisch beoordeelde en gesynthetiseerde informatie, zoals *systematic reviews* (SR) en *clinical practice guidelines* (CPG).

1 CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Eind jaren 1990 kwam er vanuit de Amerikaanse overheid veel meer aandacht voor CPG-ontwikkeling. Maar aanvankelijk waren CPG's ontwikkeld op basis van expertenpanels of meningen van individuele experts die een bepaalde bekwaamheid in een onderwerp hadden opgebouwd. Het gebruik van *Evidence Based Medicine* (EBM) was op dat moment nog niet geïntegreerd in de CPG-ontwikkeling. Vanaf 2008, onder impuls van het Institute of Medicine (IOM) in de Verenigde Staten, ging er op een gestructureerde manier meer aandacht naar enerzijds het kwaliteitsvol voeren van systematische reviews en anderzijds het gestructureerd en kwaliteitsvol ontwikkelen van clinical practice guidelines.

1.1 DEFINIËRING, VEREISTEN EN DOELSTELLINGEN

Het IOM formuleerde dan ook in samenspraak met het Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de volgende omschrijving voor CPG: 'Het zijn verklaringen die aanbevelingen bevatten om patiëntenzorg te optimaliseren. Ze zijn opgesteld via een systematische review van bewijs en een beoordeling van de voordelen en schadelijkheden van alternatieve zorgopties.'



Voorbeeld

Een concreet voorbeeld van de ontwikkeling van een CPG volgens het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). De ontwikkeling verloopt steeds volgens deze stappen:

1. Gekozen onderwerpen: de onderwerpen worden steeds aangeleverd door een aantal vaste organisaties. Voor de gezondheidszorg gerelateerde onderwerpen is dit door de NHS

Engeland. Vervolgens wordt er volgens prioritering bepaald welk onderwerp eerst wordt behandeld. Over de prioritering buigt zich een daarvoor samengestelde commissie.

2. De scope vaststellen: waarom is er een noodzaak voor de richtlijn? Waarover zal de richtlijn wel en niet gaan? Wat wil de richtlijn beogen? Een voorlopige versie van de scope wordt aan de stakeholders (organisaties die baat hebben bij de richtlijn) bezorgd voor bijsturing. Vervolgens wordt de definitieve scope vastgelegd.
3. De richtlijn ontwikkelen: er wordt gestart met een literatuurreview van het beschikbare bewijs. Hiervoor zijn goed geformuleerde reviewvragen vereist. Vervolgens wordt een samenvatting van het bewijs opgesteld. Daarna wordt de impact op de kosten bekeken. Tot slot wordt het bewijs voorgelegd aan een comité bestaande uit zorgverleners en experts ter zake (bv. specialisten, algemene artsen, academici...). Doorgaans werkt NICE met bestaande comités die aan alle guidelines werken alsook specifiek samengestelde comités in functie van het thema.
4. Een ruwe versie van de guideline wordt verzonden voor nazicht naar de stakeholders.
5. Opmerkingen van de stakeholders en revisies worden verwerkt. Daarna wordt de aangepaste versie opnieuw gereviseerd door de stakeholders.
6. Publicatie van de richtlijn.
7. Updaten van de richtlijn volgens de noden van de gebruikers.

Om betrouwbaar te zijn dienen CPG's te voldoen aan de volgende vereisten:

- Ze zijn gebaseerd op een systematische review van het bestaande bewijs.
- Ze worden ontwikkeld door een goed geïnformeerd en multidisciplinair panel van experts en afgevaardigden van belangrijke betrokken groepen.
- Ze houden rekening met belangrijke patiëntengroepen en patiëntenvoorkeuren.
- Ze zijn gebaseerd op een expliciet en transparant proces dat vertekeningen, fouten en belangenconflicten minimaliseert.
- Ze voorzien een heldere verklaring van de logische relatie tussen alternatieve zorgopties en gezondheidsuitkomsten en ze voorzien waarderingen van de kwaliteit van bewijs en de sterkte van aanbevelingen.
- Ze worden opnieuw overwogen en herzien wanneer nieuw bewijs aanpassingen van de aanbevelingen vereist.

In deze omschrijving is het duidelijk dat CPG's zich onderscheiden van andere vormen van clinical guidance, zoals bijvoorbeeld consensusrapporten of expertadviezen.

CPG's kunnen beschouwd worden als het beste beschikbare bewijs om klinische problemen te managen en ze zijn de gouden standaard van kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Ze overbruggen de kloof tussen het best beschikbare bewijs, het beleid en de beste standaarden in de gezondheidszorg. Ze zijn evenwel niet de ultieme beslissing in relatie tot een specifieke aandoening of een specifiek behandelplan. Deze beslissing dient steeds te worden gemaakt door de behandelaar in relatie tot elke individuele patiënt, de omstandigheden en de diagnostische en therapeutische opties voorhanden. Meer hierover verder. De doelen van CPG's zijn:

- verklaringen formuleren die gelden als best-practicestandaarden;
- benchmarks voorzien voor klinische audits van gezondheidszorginstellingen;
- ernaar streven de kwaliteit van geleverde gezondheidszorg op organisatorisch niveau te verhogen;
- begeleiding voorzien voor specifieke klinische praktijken.

1.2 STAKEHOLDERS

Overheidsinstanties

In de Verenigde Staten zijn overheidsinstanties al van de jaren 1980 betrokken bij de ontwikkeling van CPG's. Zo is er onder meer de United States Preventive Service Task Force (USPSTF), die CPG's ontwikkelt over de preventieve zorgaspecten (vaccinaties, screening...). Een andere bekende organisatie zijn de Centers for Disease Control and Prevention (CDC), die inmiddels een indrukwekkende database met CPG's kunnen voorleggen over thema's van publieke gezondheidszorg en preventie (bv. aids, seksueel overdraagbare aandoeningen, malaria...).

Specifieke klinische organisaties

Niet alleen medische organisaties, zoals bijvoorbeeld The American Heart Association, werken aan de ontwikkeling van CPG's. Er zijn ook steeds meer ergotherapeutische, fysiotherapeutische en verpleegkundige organisaties die aan ontwikkeling doen. Zo heeft de American Association of Neuroscience Nurses (AANN) inmiddels al tien guidelines ontwikkeld die beschikbaar zijn via hun website.

Ziekte- of populatiespecifieke organisaties

Zo hebben bijvoorbeeld de Alzheimer's Association of de American Geriatrics Society drie CPG's opgesteld.

Andere private organisaties

Er zijn ook grote gezondheidszorgorganisaties, academische medische centra, organisaties die kwaliteit van zorg bevorderen en commerciële bedrijven die CPG's ontwikkelen. Een voorbeeld hiervan is Kaiser Permanente, een Amerikaans non-profitconsortium.

Internationale organisaties

Tal van internationale organisaties buiten de Verenigde Staten zijn ook bedreven in het ontwikkelen van CPG's. Enkele van deze organisaties zullen zeker bekend in de oren klinken.

Het **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)** is een onafhankelijke organisatie die de National Health Service (NHS) van het Verenigd Koninkrijk adviseert over gezondheidspromotie en over preventie en behandeling van ziekten. Het is onder meer betrokken bij de accreditatie van gezondheidszorg-

instellingen die werken volgens de NICE-guidelines. Ook al is het werk van de NICE hoofdzakelijk bedoeld voor gebruik in het Verenigd Koninkrijk, toch kunnen hun adviezen internationaal worden aangewend.

De **World Health Organization (WHO)** ontwikkelt veel gezondheidszorggerelateerde aanbevelingen voor diverse groepen, zoals de algemene populatie, *healthcare professionals*, managers in de gezondheidszorg of publieke beleidsmakers.

Het **Joanna Briggs Institute (JBI)** is een internationale onderzoeksorganisatie die zich richt op het verbeteren van de gezondheidszorg door evidence-based praktijk te bevorderen. JBI publiceert systematische reviews en andere vormen van evidence-synthese die relevant zijn voor diverse gezondheidszorgberoepen en contexten. Daarnaast biedt het richtlijnen en training om evidence-based praktijken te implementeren in de gezondheidszorg. Het instituut biedt uitgebreide trainingsprogramma's en korte cursussen om professionals te helpen bij het ontwikkelen, uitvoeren en rapporteren van systematische reviews. Ze hebben ook software, zoals JBI SUMARI, die het hele proces van systematische reviews ondersteunt. Bovendien werkt JBI samen met universiteiten en ziekenhuizen wereldwijd om evidence-based gezondheidszorg te integreren. Het doel van JBI is de kloof tussen onderzoek en praktijk te overbruggen door betrouwbare en toepasbare evidence beschikbaar te maken voor gezondheidszorgprofessionals.

Wat met België?

Ook in België zijn er verschillende beroepsorganisaties die praktijkrichtlijnen voor zorgprofessionals ontwikkelen (bijvoorbeeld Domus Medica). De manier waarop deze richtlijnen tot stand kwamen, was echter voor verbetering vatbaar. Er was niet de vereiste samenhang. De overheid nam tussen 2016 en 2019 dan ook het initiatief om meer samenhang in de ontwikkeling te krijgen. Deze opdracht kwam toe aan het Kenniscentrum van de federale overheid (KCE), dat het EBP-netwerk in België moest uittekenen. Drie functies zijn essentieel voor het EBP-netwerk. Het KCE is belast met prioritering. Dat wil zeggen dat elk jaar de prioritaire thema's worden bepaald waarop het netwerk zich dient te focussen. De implementatie van richtlijnen komt toe aan Ebpracticenet, dat tevens het verspreidingsplatform is. Als derde functie is er evaluatie. Deze taak gebeurt door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM), dat nagaat of het netwerk zijn doel heeft bereikt. Deze drie functies bepalen de levenscyclus van een nieuwe richtlijn.

1.3 BESCHIKBAARHEID VAN CPG'S

In 1997 werd in de Verenigde Staten door de AHRQ het National Guideline Clearinghouse (NGC) opgericht als platform waar iedereen CPG's en meetinstrumenten kan terugvinden. Momenteel bestaat het NGC-platform niet meer in deze vorm, maar is het AHRQ wel aan de slag om een nieuwe NGC te bouwen. Scan de QR-code om de website te bezoeken.



Via de website achter de volgende QR-code kun je tal van links vinden die je doorverwijzen naar CPG's en organisaties die instaan voor de ontwikkeling en verspreiding ervan. Zoals hoger aangegeven, kunnen richtlijnen voor België hoofdzakelijk worden gevonden via Ebpracticenet.



2 PROTOCOLLEN, PROCEDURES EN KWALITEIT VAN ZORG

Zoals hoger besproken, hebben richtlijnen als doel zorgprofessionals te informeren over de huidige best aangewezen manier om de zorg voor patiënten te organiseren. Protocollen hebben een gelijkaardige functie. Ze geven aan hoe een behandeling zou moeten worden uitgevoerd, wie welke zorg kan uitvoeren en hoe de uitvoering van de zorg dient te verlopen. Het grote verschil tussen een richtlijn en een protocol is dat een richtlijn in feite een criterium of een principe is dat de richting van de zorg leidt. Een protocol is een regel in relatie tot een procedure. Protocollen zeggen dus welke acties je als zorgprofessional moet uitvoeren, terwijl een richtlijn minder rigide is. Je kunt kort samenvatten dat een richtlijn je vertelt wat je zou moeten doen en een protocol hoe je het concreet moet aanpakken. Protocollen zijn doorgaans opgebouwd uit opeenvolgende stappen die je als zorgprofessional uitvoert. Je kunt dan ook concluderen dat een protocol minder ruimte biedt voor eigen professionele beoordeling dan een richtlijn.

Procedures en protocollen worden als termen vaak door elkaar gebruikt. In principe zeggen ze hetzelfde. Het gaat bij een procedure over een gestandaardiseerde opeenvolging van acties die worden ondernomen, zodat iedereen die op dezelfde manier uitvoert. De procedure om een perifere infuuscatheter te plaatsen zal je stap voor stap beschrijven hoe je technisch gezien de plaatsing dient uit te voeren volgens de afspraken van de afdeling.



Voorbeeld

Een praktijkvoorbeeld van een richtlijn versus een protocol:
In België werd in 2013 de richtlijn voor decubituspreventie opgesteld. Deze richtlijn is geen checklist, maar een combinatie van

maatregelen voor alle zorgomgevingen. Voor deze richtlijn nam de FOD Volksgezondheid het initiatief en vroeg aan het KCE om de richtlijn op te stellen. Het KCE werkte vervolgens samen met kenniscentra zoals UGent en KU Leuven, Belgische wondzorgverenigingen, zoals Woundcare Consultant Society (WCS), en internationale organisaties, zoals ook het NICE. De richtlijn beschrijft welke maatregelen of combinaties van maatregelen kunnen worden toegepast. Wat de richtlijn niet doet, is voor specifieke patiënten aangeven wat je precies op maat van deze patiënt moet doen en hoe je dat moet doen.

Ziekenhuizen en andere zorginstellingen gaan vervolgens aan de slag met deze richtlijn. Ze bouwen protocollen op basis van de richtlijn. Zo bestaan er in ziekenhuizen bijvoorbeeld protocollen over hoe je concreet en stap per stap zorgt voor zwevende hielen bij patiënten op een geriatrische afdeling. Het toepassen van zwevende hielen is in de richtlijn aangehaald als een effectieve maatregel, maar daar wordt niet beschreven hoe je dat specifiek dient te doen.

Voor meer info, zie kce.fgov.be.

Procedures, protocollen en richtlijnen zijn essentieel voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Ze bieden een gestructureerde aanpak voor zorgverleners, waardoor de zorg consistent en veilig wordt uitgevoerd. Door duidelijke stappen en standaarden vast te leggen, helpen ze fouten te minimaliseren en de efficiëntie te verhogen.

Een belangrijk aspect van protocollen is dat ze de continuïteit van zorg bevorderen. Wanneer zorgverleners dezelfde protocollen volgen, wordt de kans op variatie in de zorgverlening verminderd, wat leidt tot een uniformere en voorspelbaardere zorgervaring voor patiënten. Dit is vooral belangrijk in complexe zorgsituaties waar nauwkeurigheid en consistentie van cruciaal belang zijn.

Daarnaast ondersteunen protocollen en richtlijnen de professionele ontwikkeling van zorgverleners. Ze dienen als een referentiekader voor best practices en helpen nieuwe medewerkers om snel en effectief ingewerkt te worden. Dit draagt bij aan een hogere kwaliteit van zorg, omdat alle teamleden dezelfde standaarden en procedures volgen.

Verder spelen protocollen een belangrijke rol bij het voldoen aan wettelijke en ethische normen. Ze zorgen ervoor dat zorginstellingen voldoen aan de vereisten van kwaliteitswetgeving en andere regelgeving. Dit helpt niet alleen om de kwaliteit van zorg te waarborgen, maar ook om de zorginstelling te beschermen tegen juridische en ethische problemen.

Tot slot bevorderen protocollen en richtlijnen de evaluatie en verbetering van zorgprocessen. Door gestandaardiseerde procedures te volgen, kunnen zorginstellingen gemakkelijker de effectiviteit van hun zorg meten en gebieden voor verbetering identificeren. Dit leidt tot een continue verbetering van de zorgkwaliteit en een betere patiëntveiligheid.

3 ZORG AFGESTEMD OP DE INDIVIDUELE ZORGVRAGER

Werken met protocollen en richtlijnen wordt gezien als een belangrijke evolutie in de gezondheidszorg. Standaardisering kan zeker een wezenlijke bijdrage leveren aan kwaliteit van zorg door er onder meer voor te zorgen dat geografische aspecten geen invloed zouden hebben op bijvoorbeeld de behandeling van een aandoening. Ondanks de voordelen van standaardisering via richtlijnen en protocollen kunnen onangepaste niveaus van standaardisering zich toch voordoen. Hierbij kunnen de individuele context van een specifieke patiënt, de professionele autonomie en de individuele beoordeling van de zorgprofessional aan banden worden gelegd.

Een voorbeeld: je bent als verpleegkundige werkzaam op een kinderafdeling en moet een bloedafname bij een kindje uitvoeren, waarbij soms heel wat stress, angst en misschien pijn komt kijken. De richtlijn (fictief, momenteel is er ‘nog’ geen richtlijn over dit thema voor zover wij weten) schrijft voor dat je bij kinderen steeds een goede voorbereiding moet doen, dat je aandacht moet hebben voor afleiding tijdens de procedure, dat je voldoende pijnstilling moet voorzien en dat de ouder aanwezig moet zijn tijdens de procedure. Het protocol van de afdeling schrijft voor dat jullie als vorm van afleiding steeds een iPad gebruiken met de keuze uit een aantal filmpjes. Voor pijnstilling gebruiken jullie Emla® bij prikken, ruim op voorhand aangebracht, en de ouder dient steeds aanwezig te zijn tijdens de procedure. Nu blijkt tijdens de voorbereiding dat mama heel erg veel zenuwen heeft. Je weet dat een erg zenuwachtige mama haar eigen *distress* weleens zou kunnen overdragen op het kind. Hierdoor kan het kind gestresseerd raken, waardoor de procedure moeilijker zou kunnen verlopen. Ook geeft het kind aan dat het niet graag filmpjes op een iPad bekijkt. Op dit moment zul je als verpleegkundige dan ook moeten inspelen op de situatie. Op welke manier kun je ervoor zorgen dat mama rustig wordt? Is het misschien beter om mama niet aanwezig te laten tijdens de procedure? Is het nodig om het kind

een iPad voor te schotelen? Misschien wil het kindje wel iets vertellen over zijn/haar hobby of wil het gewoon meekijken? Misschien is het kind al te gestresseerd en hebben jouw goede bedoelingen geen impact. Misschien is een lichte sedatie wel nodig, maar is dat niet gangbaar op de afdeling?

We kunnen stellen dat richtlijnen en protocollen ons helpen, maar dat we ze steeds moeten bekijken in functie van de specifieke context.

4 DE KWALITEIT VAN ZORG EVALUEREN

Zoals hoger aangegeven, dienen richtlijnen in de zorg ook als maatstaf om de kwaliteit van zorg te evalueren.

In België wordt de kwaliteit van zorg in zorginstellingen beoordeeld door verschillende instanties en methoden. Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ), (Zorgkwaliteit.be) speelt een centrale rol in het meten van de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnszorg en woonzorgcentra. Dit gebeurt aan de hand van kwaliteitsindicatoren die gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs en best practices.

Daarnaast houdt de Zorginspectie toezicht op de naleving van de kwaliteitsnormen en voert controles uit om ervoor te zorgen dat zorginstellingen voldoen aan de wettelijke eisen. Het *kwaliteitsdecreet*, goedgekeurd door het Vlaams Parlement, biedt een kader voor kwaliteitsvolle zorg en stelt eisen aan zorginstellingen om een verantwoord kwaliteitsbeleid te voeren. Op 3 mei 2023 werd het nieuwe kwaliteitsdecreet goedgekeurd door het Vlaams Parlement. Het verschil met het bestaande kwaliteitsdecreet is dat meer verantwoordelijkheid wordt gelegd bij de verschillende belanghebbenden zelf om adviezen te gaan formuleren over hoe het best aan kwaliteit wordt gewerkt. Meer informatie over het kwaliteitsdecreet is te vinden via de website van het departement Zorg van de Vlaamse Overheid (departementzorg.be).

Verschillende Vlaamse ziekenhuizen werken eveneens met een accreditatieprogramma, zoals QMentum. Dit is een internationaal accreditatieprogramma dat zich richt op het continu verbeteren van de zorgkwaliteit door middel van evidence-based standaarden en assessmentmethoden. Het werd ontwikkeld door Accreditation Canada. Dit programma helpt ziekenhuizen om veilige, betrouwbare en hoogwaardige zorg te leveren door middel van flexibele en schaalbare accreditatiecycli. QMentum bevordert een cultuur van continue kwaliteitsverbetering en biedt

gestructureerde ondersteuning om zorgpraktijken te evalueren en verbeteren. Veel ziekenhuizen werken met QMentum naast het Vlaamse kwaliteitsdecreet om verschillende redenen. Het Vlaamse kwaliteitsdecreet biedt een kader voor kwaliteitsvolle zorg en stelt eisen aan zorginstellingen om een verantwoord kwaliteitsbeleid te voeren. Het richt zich op brede kwaliteitsprincipes, zoals transparantie, innovatie en gedeelde verantwoordelijkheid. Door zowel het Vlaamse kwaliteitsdecreet als QMentum te gebruiken, kunnen Vlaamse ziekenhuizen profiteren van een combinatie van lokale regelgeving en internationale best practices. Dit zorgt voor een robuust kwaliteitsmanagementsysteem, dat voldoet aan zowel regionale eisen als internationale standaarden, wat resulteert in betere zorgervaringen voor patiënten en een gezondere werkomgeving voor zorgverleners.

Sciensano, een wetenschappelijk instituut, draagt ook bij aan de beoordeling van de kwaliteit van de gezondheidszorg door het verzamelen en analyseren van gegevens over de gezondheid van de bevolking en de prestaties van de gezondheidszorg. Deze gegevens worden gebruikt om de doeltreffendheid van de zorg te evalueren en om beleidsaanbevelingen te doen. Deze gecombineerde inspanningen zorgen ervoor dat de kwaliteit van zorg in Belgische zorginstellingen continu wordt gemonitord en verbeterd.

In de zorginstellingen zelf spelen kwaliteitsmedewerkers een cruciale rol bij het waarborgen en verbeteren van de zorgkwaliteit. Ze zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen, implementeren en monitoren van kwaliteitsbeleid en -procedures. Dit omvat het uitvoeren van kwaliteitscontroles en audits om ervoor te zorgen dat zorgprocessen voldoen aan de vastgestelde normen en regelgeving. Daarnaast identificeren kwaliteitsmedewerkers zwakke punten en risico's binnen de zorginstelling en werken ze aan verbeterplannen om die aan te pakken. Ze analyseren incidenten en bijna-incidenten om te begrijpen hoe ze zijn ontstaan en in de toekomst kunnen worden voorkomen. Ook spelen deze medewerkers een belangrijke rol in het opleiden en ondersteunen van zorgpersoneel, zodat iedereen volgens de juiste protocollen werkt. Kwaliteitsmedewerkers werken vaak samen met andere afdelingen en professionals binnen de zorginstelling om een cultuur van continue kwaliteitsverbetering te bevorderen. Hun werk draagt bij aan een veilige en effectieve zorgomgeving voor patiënten en een efficiënte werkomgeving voor zorgverleners.