

Evidence based richtlijnen, klinische paden, zorgprogramma's en zorgprotocollen

Een begripsafbakening

Van het medisch, paramedisch, kinesitherapeutisch en verpleegkundig handelen wordt in toenemende mate verwacht dat het 'evidence based' is. Dat wil zeggen dat het is gefundeerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek (Brandsma & Wams, 2005). Het gevolg van deze trend is dat de begrippen richtlijnen, klinische paden, zorgprotocollen, zorgtraject en zorgprogramma's sinds enkele jaren regelmatig in de nationale en internationale literatuur opduiken. Deze begrippen krijgen een steeds duidelijkere betekenis, waardoor ze makkelijker dan vroeger van elkaar worden onderscheiden. Toch vinden hulpverleners, cliënten, managers en beleidsmedewerkers in de praktijk dat ze vaak niet eenduidig worden gebruikt. In dit artikel proberen we iets meer helderheid te brengen over de meest gebruikte begrippen en wat hun betekenis en implicaties voor de praktijk zijn.

■ Inleiding: kwaliteit in de gezondheidszorg

Kwaliteit is een begrip dat de laatste jaren in de gezondheidszorg volop in de belangstelling staat. De roep naar meer aandacht voor kwaliteit wordt alsmear dwingender geformuleerd, zowel

op externe niveaus zoals de overheid en het Riziv, als op het interne niveau, zijnde de patiënten, de instellingen en de beroepsbeoefenaars zelf.

Van het begrip 'kwaliteit' bestaan veel definities. Een veel gebruikte algemene definitie is deze van Crosby, die stelt dat kwaliteit voldoen is aan de

¹ Marleen D'hondt, Joris De Schepper, Griet De Smet, Karen Van de Putte en Marieke Coussens zijn allen als lesgever/onderzoeker verbonden aan de Arteveldehogeschool te Gent, resp. aan de opleidingen Bachelor in de Logopedie, Podologie, Audiologie en Ergotherapie. Dit artikel kwam tot stand in een projectmatig wetenschappelijk onderzoek aan de Arteveldehogeschool. Het onderzoek, met name 'Pilotstudie Richtlijnontwikkeling: Ontwikkeling van evidence based paramedische richtlijnen bij CVA' loopt in de genoemde Bachelor-opleidingen. Voor meer informatie kunt u terecht bij griet.desmet@arteveldes.be

gestelde eisen (De Bekker, 1995). Hierin wordt de kern van de meeste definities weergegeven. Kwaliteit is echter een contextueel begrip dat pas betekenis krijgt in relatie tot een bepaald object. In ons geval is dit object de gezondheidszorg. 'Kwaliteit van zorg' heeft dus betrekking op wat kwaliteit heeft of moet hebben. In de gezondheidszorg wordt vaak gebruikgemaakt van de definitie van Donabedian (De Bekker, 2001), die zegt dat kwaliteit de mate van overeenstemming is tussen feitelijk verleende zorg en vooraf gestelde eisen of criteria. De zorg moet doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht worden verleend.

Kwaliteitszorg heeft als doel het evalueren en verbeteren van de beoogde kwaliteit. De kwaliteitszorg in de gezondheidszorg is met name het geheel van activiteiten en systemen dat de verleende zorg op het gewenste kwaliteitsniveau brengt of houdt. Hollands, Hendriks en Ariëns (2001) benadrukken dat in de kwaliteitszorg "(...) het professionele handelen systematisch in kaart dient te worden gebracht." Dit houdt in dat de problemen inzake kwaliteit van de zorg worden geïdentificeerd. Vervolgens stellen Hollands en collega's voor om oplossingen te zoeken voor eventuele kwaliteitsproblemen en ze uit te proberen, zodat de effecten ervan kunnen worden getoetst aan de hand van normen of criteria. Concreet kunnen we dus

pas spreken van (methodische) kwaliteitszorg wanneer de kwaliteitsproblemen structureel en volgens vaststaande stappen worden opgelost. Belangrijk is ook dat de effecten van de oplossingen in kaart worden gebracht en naar de praktijk worden teruggekoppeld. Dit betekent dat verbetering van de zorg pas tot stand kan komen wanneer de betrokken partijen zich eerst een beeld hebben gevormd van hoe goede en degelijke zorg eruit ziet, zodat ze de eigen geleverde zorg hieraan kunnen spiegelen (Hollands e.a., 2001).

Zoals eerder gesteld is kwaliteit 'voldoen aan bepaalde eisen'. Als er geen eisen zijn (deze kunnen de vorm hebben van normen, afspraken, regels, voorschriften, enz.) en ieder dus de zorg invult naar eigen individueel goeddenken, kan er geen sprake zijn van kwaliteitszorg. Daarom vindt de noodzaak om meer met kwaliteitsystemen te werken steeds meer ingang in de gezondheidszorg (Walburg, 1997). Kwaliteitssystemen vormen een samenhangend geheel van kwaliteitsinstrumenten die in een beroepsgroep worden toegepast. Het gaat dus om voorwaarden en activiteiten om de kwaliteit van zorg van de individuele beroepsbeoefenaar en van de beroepsgroep te garanderen (Swinkels e.a., 2004). Voorbeelden van dergelijke kwaliteitsinstrumenten zijn klinische richtlijnen, klinische paden, zorgprotocollen en zorgprogramma's. Er worden steeds meer van

deze instrumenten ontwikkeld. Meer dan vroeger zijn ze gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Concreet wil dit zeggen dat men probeert om (para)medische beslissingen te nemen over de zorg op basis van het hoogst beschikbare (wetenschappelijke) bewijs over de efficiëntie van behandelingsmethoden.

De toenemende aandacht voor kwaliteitsverbetering gaat hand in hand met de toegenomen belangstelling voor evidence based practice, kortweg EBP. Dit is een krachtige methode om kwaliteitszorg te implementeren (Swinkels e.a., 2004). EBP is "(...) het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van EBP impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is" (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg & Hayes, 2000). Offringa en collega's voegen eraan toe dat ook de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt een centrale rol spelen bij de besluitvorming (Offringa, Assendelft & Scholten, 2000).

De implementatie van EBP kan worden gefaciliteerd door het gebruik van de eerder aangehaalde kwaliteitsinstrumenten waarin bewijs wordt geïntegreerd (Kuiper, Verhoef, De Louw & Cox, 2004).

Er moet wel vermeld dat in Engelstalige literatuur met opzet wordt gesproken van 'evidence' en niet van 'proof'. Evidentie is strikt genomen niet hetzelfde als bewijs. Het is eerder een aanwijzing die zo sterk kan zijn dat er nauwelijks twijfel hoeft te bestaan over de juistheid, of zo zwak dat ze nauwelijks overtuigt. In het eerste geval komt evidentie dicht bij bewijs. In de Nederlandse benaming gaat veel van deze nuancering verloren (Offringa e.a., 2000). Daarnaast moet gezegd dat 'evidence based' niet letterlijk 'gebaseerd op bewijs' betekent. Het verwijst veeleer naar de methode waarop het bewijs wordt gezocht. Bij een systematische zoektocht die geen goed bewijs oplevert, kunnen we toch spreken van evidence based practice (Swinkels e.a., 2004).

Steeds meer beroepsgroepen zijn kwaliteitsinstrumenten gaan ontwikkelen die makkelijker toepasbaar zijn in de praktijk om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren (De Bekker, 1993). Voorbeelden van zulke instrumenten zijn richtlijnen, klinische paden, zorgprogramma's en zorgprotocollen. In wat volgt, overlopen we deze begrippen een voor een. Het is niet onze bedoeling om ze in detail te bespreken, maar wel om een bondig overzicht te geven en een vergelijking te maken. Aangezien richtlijnen een essentieel onderdeel van kwaliteitssystemen vormen en dus een centrale plaats innemen in de toegenomen aandacht voor

kwaliteit en kwaliteitszorg in de gezondheidszorg, gaan we hier uitvoeriger op in (Walburg, 1997).

■ Richtlijnen

Bij het verklaren van wat richtlijnen precies zijn, vertrekken we vanuit de definitie van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO Nederland. Deze zegt dat "(...) richtlijnen wetenschappelijk onderbouwde, soms landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor de patiënt/cliënt zijn. Ze zijn bedoeld om artsen en andere zorgverleners te ondersteunen bij de klinische besluitvorming. Ze bevatten liefst ook patiëntenvoorkeuren, kostencomponenten en aspecten van implementatie" (Casparie, Theuvenet, Klazinga & Timmermans, 2004).

We lichten enkele aspecten van deze definitie nader toe:

- 'Wetenschappelijk onderbouwd': Bij het opstellen van richtlijnen gaat men in alle beschikbare wetenschappelijke literatuur op zoek naar het beste bewijs voor een bepaalde stelling. Dit beste bewijs wordt aangevuld met overtuigingen en kennis van gezondheidsmedewerkers die een jarenlange expertise hebben op dat bepaalde vlak. Zodoende vatten richtlijnen de

stand van de wetenschap voor een bepaalde stoornis samen en integreren deze met de praktijkkennis van hulpverleners en met de ervaringskennis van hulpvragers. Richtlijnen zouden dus eigenlijk de brug moeten vormen tussen theorie en praktijk.

- 'Aanbevelingen': richtlijnen zijn beslissingsondersteunende instrumenten; ze zijn richtinggevend, maar niet doorslaggevend.
- 'Ondersteunen bij klinische besluitvorming': richtlijnen kunnen zowel aanbevelingen voor een onderzoeksfase bevatten als aanbevelingen voor de behandeling of revalidatie van een specifiek probleem. Ze geven dus een antwoord op de vraag wat er wanneer moet worden gedaan en op basis van welke overwegingen dit wordt aanbevolen.

Richtlijnen worden ontwikkeld met als doel de kwaliteit van de zorgverlening te garanderen en te verbeteren (Kuiper e.a., 2004).

De beste methode van richtlijnontwikkeling is die waarin wetenschappelijke kennis en praktijkkennis, het implementatievraagstuk, de doelmatigheid van behandelingen en de patiënt- en cliëntparticipatie geïntegreerd zijn (Swinkels e.a., 2004). Het ontwikkelen van richtlijnen is een zeer arbeidsintensieve bezigheid, waarbij vaak een grote groep experts gedurende enkele jaren betrokken is. Verschillende insti-

tuten werkten een eigen methodiek uit. Er zijn echter bepaalde aspecten die steeds terugkomen. Zo worden richtlijnen vaak uitsluitend in grote organisaties of op mesoniveau ontwikkeld (Casparie e.a., 2004). De werkgroep is samengesteld uit multidisciplinaire experts en start met de analyse van een knelpunt uit de praktijk. Aan de hand van de uitgangsvragen gaan de experts in de literatuur op zoek naar het best beschikbare bewijs, dat ze kritisch beoordelen, selecteren en synthetiseren. Op basis hiervan wordt een concepttekst geschreven, waarbij in de aanbevelingen ook expertenmeningen worden verweven. De conceptrichtlijn die hieruit voortvloeit, wordt aan een breed publiek voorgelegd (op landelijk niveau), zodat daarna een definitieve richtlijn kan worden uitgewerkt. Deze wordt gepubliceerd, ruim verspreid en geïmplementeerd.

In de laatste twee decennia is de richtlijnontwikkeling exponentieel toegenomen, mede onder invloed van de opkomst en beschikbaarheid van elektronische media, databestanden en statistische software, waardoor wetenschappelijke literatuur eenvoudiger bereikbaar is (Grol & Wensing, 2004).

Hoe dragen richtlijnen nu bij aan het garanderen en verbeteren van de kwaliteit van zorg?

In eerste instantie komt een richtlijn de zorg voor en het welbevinden van indi-

viduele patiënten en hun omgeving ten goede. De zorg wordt transparanter. Daardoor sporen we de patiënt aan om een actievere rol in te nemen bij de interventie. Dit leidt tot extrinsieke motivatie van de patiënt (empowerment).

Daarnaast komen richtlijnen de beroepsgroep ten goede. Ze zorgen voor een uniformiteit van handelen. Richtlijnen die gebaseerd zijn op evidence based concepten staan ook mee garant voor een wetenschappelijke benadering. Bij het ontwikkelen van richtlijnen wordt immers wetenschappelijk onderzoek naar het effect van zorginterventies geraadpleegd, wat op zijn beurt dan weer invloed heeft op de kwaliteit van de aangeboden zorg. Een systematisering van de zorgbehoefte verhoogt ook de harmonische werking en onderlinge samenwerking in een beroepsgroep.

Ten derde geven richtlijnen de individuele beroepsbeoefenaar ondersteuning bij het nemen van beslissingen (onderzoek en behandeling). Ze zijn ook een referentiepunt voor oriëntatie en educatie en kunnen worden gebruikt als instrument voor zelfevaluatie en bijsturing. Het consulteren van de overvloed aan publicaties en wetenschappelijke ontwikkelingen is voor de beroepsbeoefenaar tijdrovend en intensief. Richtlijnen kunnen dit euvel verhelpen, omdat ze literatuur systematiseren en synthetiseren.

Ondanks deze voordelen staan niet alle zorgverleners even positief tegenover het concept. Het invoeren van (zorg)vernieuwing stuit immers vaak op weerstand. Argumenten zouden kunnen zijn:

- Evidence based werken impliceert het verlaten van het 'authority based' werken. Dit houdt in dat de (para)medicus niet enkel meer vanuit zijn opleiding en kennis denkt, maar vanuit de wetenschap en de 'beste' benadering. Dit vraagt een omslag in het denken van de zorgverlener (Offringa e.a., 2000).
- Veel zorgverleners ervaren een grote kloof tussen wetenschap en eigen praktijk. In richtlijnen zijn deze twee echter met elkaar verweven, wat ervoor kan zorgen dat de zorgverlener sneller toegang heeft tot resultaten uit wetenschappelijk onderzoek en er dus ook meer voor wordt gesensibiliseerd.
- Zorgverleners kunnen - foutief - veronderstellen dat richtlijnen een dwingend keurslijf zijn dat hen berooft van hun therapeutische vrijheid. Het moet echter duidelijk zijn dat richtlijnen enkel en alleen het professioneel handelen willen ondersteunen en een leidraad zijn voor onderzoek en behandeling. De (para)medicus blijft te allen tijde zelf verantwoordelijk voor zijn eigen handelen.

Het mag duidelijk zijn dat zorgverleners zullen moeten worden gesensibili-

seerd voor de implementatie van richtlijnen. Van patiënten(groeperingen) en beleid wordt verwacht dat zij positiever tegen richtlijnen zullen staan.

Richtlijnen vormen echter slechts één instrument om de kwaliteit van zorg te bewaken en te verbeteren. Het is geen doel op zich, maar slechts een middel om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren.

■ Klinische paden

Klinische paden zijn ontstaan vanuit planningsmethodes die in de jaren '50 in de industrie zijn ontwikkeld om complexe processen beter te kunnen plannen en organiseren. Vanaf de jaren '70 werden ze ook in de gezondheidszorg gebruikt (Sermeus e.a., 2005).

In een recente literatuurstudie (Sermeus e.a., 2005) werden meer dan 90 verschillende internationale definities gevonden van klinische paden. Een veel gebruikte internationale definitie voor Clinical Pathway of Critical Pathway is: "Schedules of medical and nursing procedures, including diagnostic tests, medications, and consultations, designed to effect an efficient, coordinated program of treatment" (De Jonghe, 2005). Met andere woorden, een klinisch pad beschrijft het ideale en te verwachten verloop dat prospectief wordt vastgelegd voor een groep van

cliënten of een individuele cliënt (Anderson, 2000). Dit ideaaltraject is gebaseerd op globale inzichten die lokaal worden toegepast. Het is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en interprofessioneel team in één zorginstelling op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken over het efficiënt toeleveren van effectieve zorg aan een specifieke cliënten/patiëntenpopulatie (Sermeus & Vanhaecht, 2002; Vanhaecht, Sermeus, Vleugels & Peeters, 2002). Het is breder dan enkel de medische of verpleegkundige behandeling en laat toe cliëntgestuurde zorg op systematische wijze te plannen en op te volgen.

Hierbij moet vermeld dat tegenover dit klinische pad het zorgtraject staat. We kunnen het zorgtraject beschrijven als het reële verloop (of de realisatie) van het zorgproces voor een individuele cliënt dat retrospectief wordt vastgesteld (De Jonghe, 2005). Met andere woorden, het zorgtraject is het traject van instellingen en organisaties met de daarbij betrokken disciplines dat één patiënt doorloopt tijdens het doormaken van zijn (chronische) ziekte. Het doel van dit traject is dus niet het vooraf nauwkeurig beschrijven van alle taken die moeten worden gedaan (cf. klinisch pad), maar het beschrijven van het doorlopen traject. Daarnaast kan men, op basis van een verzameling zorgtrajecten van patiënten met een vergelijkbare problematiek, de

interventies (of het klinische pad) evalueren en inefficiënties inzake (coördinatie van) zorg erkennen, verhelpen en/of voorkomen. Hoewel elke patiënt uniek is, blijkt namelijk dat de zorg voor bepaalde patiëntengroepen in hoge mate vergelijkbaar en dus ook planbaar is (Bal & Berg, 2005). Als er nog geen klinisch pad bestaat voor een bepaalde problematiek, kan men zich voor de ontwikkeling ervan baseren op een verzameling van zorgtrajecten.

Het doel van klinische paden is een kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te garanderen. Ze bevorderen de multidisciplinaire teamwerking en communicatie en geven op een overzichtelijke manier weer wie wat op welk moment moet doen. Zo worden interventies niet onnodig herhaald (Sermeus e.a., 2005).

Een goed opgesteld klinisch pad baseert zich zo mogelijk op één of meerdere klinische richtlijnen. Maar, terwijl klinische richtlijnen zich richten op de inhoud van de zorg en proberen te definiëren wat nu juist onder goede zorg kan worden verstaan, vertelt een klinisch pad ook iets over de organisatie van de zorg en reikt dus (para)medische handvatten aan over hoe die goede zorg moet en kan worden geïmplementeerd (Sermeus, Verhaecht, Depreitere & De Bleser, 2004). In plaats van drie pijlers (wetenschappelijk bewijs, meningen van experts en meningen van patiënten) is er een bij-

komende vierde pijler die veel uitvoeri-
ger wordt uitgewerkt, nl. die van de
lokale organisatie (Swinkels e.a.,
2004).

Een klinisch pad wordt opgesteld voor
en door één bepaalde organisatie (bv.
een ziekenhuis) en houdt rekening met
haar mogelijkheden en beperktheden.
Door de opname van deze organisato-
rische aspecten is een klinisch pad dus
niet generaliseerbaar. Toch is het zo dat
de inhoud van een klinisch pad zich
niet hoeft te beperken tot de muren van
het ziekenhuis, aangezien het ideaal-
traject van de patiënt wordt gevolgd, en
dit vaak niet stopt na ontslag uit het zie-
kenhuis (Sermeus & Verhaecht, 2002).

■ Zorgprogramma's

De term 'zorgprogramma' heeft natio-
naal en internationaal heel wat ver-
schillende invullingen en betekenissen.
Er is weinig overeenstemming tussen
de beschrijvingen. De Belgische wet
op de ziekenhuizen (KB 7 okt 1987)
definieert zorgprogramma's als de
afbakening van de doelgroep, de
bepaling van de aard en de inhoud
van de zorg, het minimale activiteitsni-
veau, de vereiste structuur, de vereiste
medische en niet-medische personeels-
omkadering en deskundigheid, de
kwaliteitsnormen en normen inzake
kwaliteitscontrole, bedrijfseconomi-
sche criteria en de geografische toe-

gankelijkheidscriteria. Al deze criteria
zijn noodzakelijk voor erkenning, pro-
grammering en financiering van der-
gelijke programma's. Vertrekkend van-
uit deze definitie kunnen zorgpro-
gramma's worden beschouwd als een
heldere beschrijving van alle zorgacti-
viteiten waarmee wordt aangesloten
bij de hulpvraag van cliënten uit een
omschreven doelgroep, een kader
waaraan organisaties, professionals
en cliënten zich kunnen houden. Ze
geven niet alleen aan wat er wanneer
moet worden gedaan, maar ook op
welke manier, in welke setting en met
welke frequentie (Meeuwissen, 2001).

Sermeus en Vanhaecht (2002) voegen
hieraan toe dat het datgene is wat
door een ziekenhuis en de medewer-
kers aan een patiënt of een potentiële
patiënt wordt aangeboden en waar-
door die voor ziekenhuis A en niet
voor ziekenhuis B kiest. Cliënten weten
immers wat ze binnen welke termijn
kunnen verwachten en welke energie
dat van hen en de hulpverlener(s)
vraagt. Cliënten kunnen de zorg voor-
af beoordelen, overleggen over alter-
natieven, keuzes maken en de zorg
achteraf toetsen (Anderson, 2000).

■ Zorgprotocollen

Protocollen bevatten stap-voor-stap
aanbevelingen voor het handelen op
basis van een geprogrammeerde

beschrijving van het beleid. Protocol-
len gaan in op de vraag wat hulpver-
leners in welke volgorde moeten doen.
Ze zijn inhoudelijk onderbouwd, maar
informereren niet letterlijk over de onder-
liggende kennis en afwegingen.

Een voorbeeld van een protocol is een
handeling over handhygiëne. Er wordt
hierbij geen rekening gehouden met de
ruimere organisatorische aspecten van
de zorg. Wanneer en waar de zorg
moet worden verleend, wordt niet
gespecificeerd. Een protocol kan wor-
den gehanteerd op één afdeling of in de
totale verzorgingsinstelling, maar wordt
niet door de overheid bekrachtigd.

Protocollen zijn bedoeld om hulpverle-
ners op een vaststaande manier te
laten handelen, niet om hun inzicht te
vergroten in de problematiek. Dat laat-
ste is een belangrijke doelstelling van
richtlijnen.

Protocollen gaan over concrete hande-
lingen, situaties of procedures in de

hulpverlening, maar lang niet alle situ-
aties zijn geschikt voor protocollering
(Casparie e.a., 2004). Protocollen
hebben, in tegenstelling tot richtlijnen,
eerder het karakter van voorschriften.
Hoewel de vrijheid om van het proto-
col af te wijken relatief gering is, geldt
ook hier dat de hulpverlener dit wel
moet doen als de situatie dat verlangt.
Een protocol is echter wel vaak een
document dat is afgeleid van een richt-
lijn. Richtlijnen geven aan wat er moet
worden gedaan, terwijl protocollen
vooral beschrijven hoe een bepaald
onderdeel van de richtlijn moet wor-
den uitgevoerd (Swinkels e.a., 2004).

■ Overzicht

Ondanks het feit dat de begrippen dui-
delijk verschillend worden ingevuld,
zien we dat ze in het werkveld vaak
foutief worden gebruikt. De volgende
tabel tracht de belangrijkste begrippen
nogmaals te situeren.

Tabel 1: Overzicht van het begrippenkader

	Lokaal of globaal	Inhoudelijk organisatorisch	Gezagd	Onderbouw	Globale inhoud	Doelstelling
Richtlijnen	Globaal	Inhoudelijk	Aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> – Bewijs – Praktijkervaring – Patiëntenvoorkeuren 	Globale aanbevelingen voor professioneel handelen inzake diagnostiek en behandeling	Doeltreffendheid en doelmatigheid verhogen
Klinische paden	Lokaal	Inhoudelijk en organisatorisch	Afspraak, werkinstructie	<ul style="list-style-type: none"> – Organisatorische aspecten – Setting – Zorgtrajecten – Aanbevelingen uit richtlijnen 	Organisatorische en inhoudelijke afspraken voor de zorg voor een specifieke doelgroep	Complexe procedures beter plannen en organiseren
Zorgprotocollen	Lokaal	Inhoudelijk en organisatorisch	Voorschrift	<ul style="list-style-type: none"> – Praktijkkennis – Praktijkervaringen – Wetgeving – Omstandigheden – Richtlijnen 	(Normatieve) gedragsvoorschriften over concrete handelingen	Uniform handelen van zorgverleners

■ Slot

Samenvattend kunnen we stellen dat evidence based practice een krachtig middel is om kwaliteit van zorg te verbeteren. Zorg zal immers zo optimaal mogelijk zijn als deze gebaseerd is op resultaten van systematisch onderzoek en daarnaast rekening houdt met de expertise van zorgverleners en met patiëntenvoorkeuren.

Om dit alles te kunnen uitvoeren en te concretiseren, zijn er doorheen de jaren verschillende kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, onder andere richtlijnen, klinische paden, zorgprogramma's en zorgprotocollen. Het verschil tussen een richtlijn en een zorgprotocol is dat een protocol lokale voorschriften bevat over het hoe van bepaalde acties. Richtlijnen daarentegen zijn eerder globale aanbevelingen over het wat en het waarom. Klinische paden en (zorg)programma's handelen dan weer eerder over wie, wanneer en hoe op lokaal organisatorisch en inhoudelijk vlak, terwijl richtlijnen zich beperken tot wat en waarom op inhoudelijk vlak.

■ Referenties

- Anderson, K.N. (2000). *Mosby's medical, nursing & allied health dictionary*. Washington: The C.V. Mosby Company.
- Bal, R., & Berg, M. (2005). *Zorgprofessionals en ICT. Op weg naar geïntegreerde zorg. Een onderzoek naar de veranderende professionele netwerken in de zorg*. In: nwo.nl. [http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOP_6HZGQE/\\$file/Verslag_MES_Zorgprofessionals_en_ICT.pdf](http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOP_6HZGQE/$file/Verslag_MES_Zorgprofessionals_en_ICT.pdf) (24 mei 2006)
- Brandsma, W., & Wams, R. (2005). Nederlands paramedisch instituut. *Het wat, waartoe, waarom en hoe van protocollen, standaarden en richtlijnen*. In: [paramedisch.org](http://www.paramedisch.org). http://www.paramedisch.org/issue.asp?id=1997_14 (21 maart 2005)
- Casparie, A.F., Theuvenet, P.J., Klazinga, N.S., & Timmermans, A.E. (2004). Richtlijnontwikkeling als onderdeel van het kwaliteitsstelsel. In J.J. Everdingen, J.S. Burgers, W.J. Assendelft, J.A. Swinkels, T.A. van Berneveld & J.L. van de Klundert (red.), *Evidence based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk* (pp. 36-47). Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- De Bekker, J. (1993). *Inleiding tot kwaliteitszorg. Werken aan kwaliteitsverbetering in de zorgsector*. Utrecht: Lemma.
- De Bekker, J. (1995). *Kwaliteit in zicht. Een praktische handleiding voor kwaliteitsverbetering in de verpleging*. Utrecht: Lemma.
- De Bekker, J., Borgesius, H.E., Eliens, A.M., Van der Kooij, C.H., & Schouten, L.M. (2001). *Kwaliteit van zorg en kwaliteitszorg*. Dwingeloo: Kavanah.
- De Jonghe, E. (2005). *Leidraad opstellen richtlijnen, procedure en stramien*. In: [www.vvog.be](http://www.vvog.be/docs/2005/02/09091002.doc). <http://www.vvog.be/docs/2005/02/09091002.doc> (12 april 2005)
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). *Effectieve implementatie: een model*. Maarsse: Elsevier.
- Hollands, L., Hendriks, L., & Ariëns, H. (2001). *Elementen van kwaliteitszorg. Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Utrecht: Lemma.

Kuiper, C., Verhoef, J., De Louw, D., & Cox, K. (2004). *Evidence based practice voor paramedici. Methodiek en implementatie*. Utrecht: Lemma.

Meeuwissen, J. (2001). *Kwaliteitscriteria voor GGZ-programma's*. Utrecht: GGZ Nederland.

Offringa, M., Assendelft, W.J., & Scholten, R.J. (2000). *Inleiding in evidence based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Hayes, R.B. (2000). *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2002). Wat zijn klinische paden? *Acta Hospitalia. Thema-nummer patiëntgestuurde zorg in de praktijk*, 3, 5-11.

Sermeus, W., Vanhaecht, K., Depreitere, R., & De Bleser, L. (2004). *Klinische paden*. Netwerk Klinische Paden. Leuven: KU Leuven.

Sermeus, W., Aertgeerts, B., Demeulemeester, E., Ramaekers, D., De Bleser, L., & Vlayen, J. (2005). *Beleidsondersteunende studie klinische paden 2003-2005. Samenvatting, aanbevelingen*. Leuven: KU Leuven.

Swinkels, J.A., Burgers, J.S., Assendelft, W.J., van Everdingen, J.J., van Barneveld, T.A., & van de Klundert, J.L. (2004). *Evidence based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vanhaecht, K., Sermeus, W., Vleugels, A., & Peeters, G. (2002). Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (clinical pathways) in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 58, 1542-1552.

Walburg, J.A. (1997). *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Van inspecteren naar leren*. Deventer: Kluwer.

Wet van 7 augustus 1987 betreffende de ziekenhuizen. Art. 9 § 4. Belgisch Staatsblad, 7 oktober 1987.