

De passie van een driehoeks- verhouding



zorg net
VLAANDEREN

Naar een totaalproces van
kennisdeling in de verpleegkunde

Colofon: Redactie:
Nico De fauw

Een bijzonder woord van dank aan de leden van de ad-hocwerkgroep onderzoek, onderwijs, werkveld die zich in de schoot van de Intersectoriële Commissie Verpleegkundige & Paramedische Zorg van Zorgnet Vlaanderen hebben ingezet om met elkaar in overleg te gaan en deze teksten voor te bereiden:

Abrahams Franci (Beschut Wonen De Hulster), Adriaenssens Jef (Platform Wetenschap en Praktijk, CEBAM, EBM Practicenet, BICEP), Daenekindt Axel (VZW Sint-Monica), De fauw Nico (Zorgnet Vlaanderen), Deproost Eddy (Kliniek Sint-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie), Foulon Michel (NVKVV), Lon Holtzer (ambassadeur Zorgberoepen, coördinator Gezondheidszorg Associatie KU Leuven), Eddy Impens (PC Sint-Jan-Baptiste), Janssens Bea (Revalidatieziekenhuis RevArte), Jorens Anita (Karel de Grote-Hogeschool), Kosten Laurent (VVKSO), Paquai Louis (Wit-Gele Kruis), Sermeus Walter (Centrum voor Verplegings –en Ziekenhuiswetenschap KU Leuven), Toté Béatrice (VVKHO), Van Der Mussele Herman (GZA), Windey Tarsi (Zorgnet Vlaanderen)

Eindredactie:
Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Vormgeving:
www.dotplus.be

D/2013/12607/2
978-94-913-2310-2

2013 ©Zorgnet Vlaanderen,
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitzonderd zijn korte fragmenten, die uitsluitend ten behoeve van recensies geciteerd mogen worden.

Citeren als: De fauw Nico et al. 2013. *De passie van een driehoeksverhouding. Naar een taalproces van kennisdeling in de verpleegkunde*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

De passie van een driehoeksverhouding

Naar een totaalproces van kennisdeling in de verpleegkunde



Inhoud

Woord vooraf	5
Inleiding	6
Over de gemeenschappelijke basis van verpleegkunde	6
Kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van zorg	7
Hoe kunnen we de kwaliteit van zorg in het verpleegkundig beroep verbeteren?	8
I. ONDERWIJS (met interactie naar onderzoek en interactie naar werkveld)	9
Doelstelling 1. <i>Evidence based practice</i> en het gebruik ervan integreren in de opleidingen	10
Doelstelling 2. Integreren van werkveldexpertise in de opleidingen en onderzoek	12
II. WERKVELD (met interactie naar onderzoek en interactie naar onderwijs)	16
Doelstelling 3. Het uitbouwen van voldoende expertise in de welzijns- en zorgvoorzieningen	17
Doelstelling 4. <i>Evidence based</i> protocollen en <i>guidelines</i> bruikbaar en toegankelijk maken voor klinisch gebruik	17
Doelstelling 5. Het ontwikkelen en implementeren van een <i>Lifelong Learning</i> programma op basis van (interactie tussen) de basisopleidingen van de (hoge) school en de professionele vorming van het werkveld	20
Doelstelling 6. Het creëren van een <i>research-minded</i> cultuur in de eigen voorziening	21
III. ONDERZOEK (met interactie naar onderwijs en interactie naar werkveld)	23
Doelstelling 7. Gezamenlijk detecteren van en anticiperen op onderzoeksnoden	23
Doelstelling 8. Toepassen van praktijkonderzoek in werkveld en onderwijs	24
Conclusie	26

Woord vooraf

De gezondheidszorg is voortdurend in beweging en deint mee op de golven van een aantal ruimere evoluties. We denken aan de vergrijzing, de toename van chronische zorg en multimorbiditeit, multidisciplinaire teams, de indringende vraag naar patiëntparticipatie, de toenemende informatisering en digitalisering van zorg, de voortdurende stroom van wetenschappelijk onderzoek...

Het is een grote uitdaging voor de zorgsector en in het bijzonder voor het zorgpersoneel om alle nieuwe ontwikkelingen bij te blijven benen. Verpleegkundigen vormen hierbij een bijzondere doelgroep: enerzijds door hun grote aantallen, maar anderzijds ook door hun dagelijkse aanwezigheid en integrerende rol in de zorg. Zorgnet Vlaanderen haalde al in 2009, in de publicatie *Zorg voor de zorgende, tienpuntenplan voor een toekomstig manpowerbeleid*, het belang aan van een versterking van de interactie tussen werkveld, opleiding en onderzoek. Ook uit de blauwdruk voor verpleegkunde van datzelfde jaar, gepubliceerd door het Centrum voor Ziekenhuis – en Verplegingswetenschap, bleek dat verpleegkundigen over ontoereikende kennis beschikken en dat een grotere integratie van (wetenschappelijk onderbouwde) theorie en praktijk het streefdoel is. Ondertussen zijn er enkele eerste stappen gezet, maar de nood aan een betere structurele samenwerking, waarbij zowel onderwijs als werkveld en onderzoeksweld elkaar vinden en bevruchten, is meer dan ooit actueel.

Het is voor verpleegkundigen belangrijk om goed voorbereid te kunnen starten in het werkveld. Een absolute *must* daarbij is een uitstekende basisopleiding, gestoeld op de laatste wetenschappelijke inzichten, aan de hand van relevante en innovatieve vormen van praktijkleren, met masters als docent die de nodige voeling hebben met de dagelijkse praktijk. Eens gestart is levenslang leren de boodschap. Hoe kunnen verpleegkundigen op een (tijds)efficiënte en effectieve manier op de hoogte blijven van de laatste wetenschappelijke inzichten en ze vervolgens ook effectief toepassen aan het bed van de patiënt? Hoe zorgen we ervoor dat de onderzoeksweld daadwerkelijk de onderzoeksvragen opneemt die leven in het werkveld? En hoe verzekeren we een goede doorstroming van de onderzoeksresultaten naar opleiding en praktijk?

Het is duidelijk dat dit alles een grote uitdaging is waaraan zowel het werkveld als het onderwijs en de onderzoeksweld een belangrijke en complementaire bijdrage kunnen en moeten leveren. Deze publicatie wil een reeks doelstellingen en actiepunten naar voor brengen om deze samenwerking te stimuleren. Het is immers cruciaal dat deze drie actoren met de nodige passie tot een stabiele en vernieuwende driehoeksverhouding komen die de kwaliteit van het verpleegkundig beroep en de gezondheidszorg vrijwaren.

Peter DEGADT
Gedelegeerd bestuurder

Guido VAN OEVELEN
Voorzitter

Inleiding

Over de gemeenschappelijke basis van verpleegkunde

De verpleegkunde wordt gekenmerkt door een grote verscheidenheid, die het gevolg is van de toenemende structurering en specialisering in de gezondheidszorg. Bovendien ziet ze zich steeds meer geconfronteerd met veranderende en toenemende verwachtingen van zorgorganisaties (ziekenhuizen, voorzieningen uit de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg), andere beroepsgroepen en patiënten.

Een dergelijke zorgcontext vraagt verpleegkundigen die, in functie van hun opleidingsniveau, niet alleen beschikken over een doorgedreven klinische kennis, maar ook klinisch kunnen redeneren en de nodige onderzoeks- en ontwikkelvaardigheid hebben. Verder dienen ze besluitvaardig te zijn en performante verpleegkundige zorg op maat te kunnen bieden, zodat ze een *evidence based/informed* antwoord bieden op de veranderingen die zich voordoen in de gezondheidszorg en de gestelde zorgvraag.¹

De **American Nursing Association** omschrijft verpleegkunde als volgt:

*Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations.*²

De **International Council of Nurses** definieert verpleegkunde als:

*Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals and all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.*³

In België omschrijft het **KB nr. 78** van 10 november 1967 de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Hoofdstuk I ter, art.21 quinquies, §1 vermeldt de volgende activiteiten voor de uitoefening van de verpleegkunde:

- a) • het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch als fysisch en sociaal vlak;
 - het omschrijven van verpleegproblemen;
 - het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling;
 - het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie;
 - het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt;
 - het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding bij de verwerking van het rouwproces;
- b) de technisch-verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is, alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is. Die verstrekkingen kunnen verband houden met de diagnosestelling door de arts, de uitvoering van een door

1 Nota verpleegkunde van de Vlaamse Hogescholenraad (2012).

2 American Nurses Association. 2010. *Nursing social policy statement: the essence of the profession*.

3 <http://bit.ly/103w2r3> (update 12 april 2010).

de arts voorgeschreven behandeling of met het nemen van maatregelen inzake preventieve geneeskunde.

- c) de handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd overeenkomstig artikel 5, §1, tweede en derde lid.

Verpleegkunde is een zelfstandige discipline binnen het interdisciplinaire team, met een eigen verantwoordelijkheid en wettelijke aansprakelijkheid voor eigen resultaten in de zorg en behandeling. Verpleegkunde is erop gericht het welzijn van de zorgvrager te verbeteren. Bij het in relatie treden richt de verpleegkundige zich immers op de belevingswereld van de zorgvrager. De aandacht van de verpleegkundige gaat dus ruimer dan naar gezondheidssuitkomsten (in de beperkte betekenis van het woord) en zelfs verder dan gezondheid in een biopsychosociale betekenis. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor de *primary nursing care* en de begeleiding van de zorgvrager, in zowel generalistische als gespecialiseerde settings. Andere disciplines richten zich veeleer op bepaalde deelaspecten, bepaalde ziekteprocessen of pathologische factoren. Zij nemen echter niet de zorgcoördinatie op.

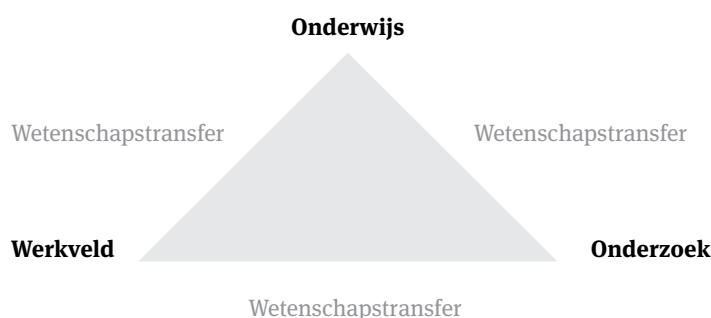
Verpleegkundigen hebben een eigen professionele oriëntatie ten opzichte van andere disciplines, met een belangrijke focus op laagdrempelige beschikbaarheid voor de zorgvrager en een integrale zorgoriëntatie. Ze werken echter niet op een geïsoleerd eiland, maar samen met andere zorgdisciplines. Door hun focus op de totale persoon en op alle dimensies van het menselijk functioneren beschikken zij over belangrijke informatie om, al dan niet op eigen initiatief en in overleg met andere teamleden, de zorg te bespreken tijdens interdisciplinaire communicatie. Gezien de sterke organisatorische veranderingsprocessen die plaatsgrijpen in de zorg, de verschuiving van prioriteiten en de continue evolutie van de verpleegkundige wetenschap is het van primordiaal belang dat een verpleegkundige beschikt over up-to-date kennis.

Kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van zorg

Kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van zorg zijn van essentieel belang voor een degelijke verpleegkundige zorg. Daarvoor is het noodzakelijk dat de verleende zorg zo goed mogelijk aansluit bij de hedendaagse inzichten en een adequaat antwoord geeft op concrete zorgvragen. Onderzoek in de gezondheidszorg genereert deze nieuwe inzichten en innovatieve benaderingswijzen. Nochtans blijkt dat nog veel te vaak (verpleegkundige) zorg wordt verleend vanuit traditie en vastgeroeste gewoontes. Hier ligt een belangrijke oorzaak van de hedendaagse kloof tussen wetenschap en praktijk.

Buiten deze twee polen is er echter nog een bijkomend belangrijk aandachtsveld: het onderwijs. Hier wordt de verpleegkundige ondergedompeld in een bad van professionele kennis, vaardigheden, attitudes en inzichten. Hier ligt de basis van zijn handelen. Maar evengoed bepaalt de opleiding hoe en óf een verpleegkundige nieuwe inzichten zal integreren in de dagelijkse zorgpraktijk.

Schematisch kan dat weergegeven worden in onderstaand interactiemodel.



Elke hoek van deze driehoek staat voor een dimensie in het totaalproces van kennisdeling: onderwijs, onderzoek en werkveld. Elke dimensie interageert op een specifieke wijze met de overliggende dimensies. Binnen deze interactielijnen ligt de mogelijkheid om in te grijpen in het proces van kennisdeling. Hier liggen de potentiële samenwerkingsvormen en de kansen om te streven naar een vlottere kennisoverdracht en -deling in de verpleegkundige zorg. Bovenstaand model van kennisoverdracht is evenzeer toepasbaar op andere disciplines en beroepen in de zorg. Elke discipline heeft de plicht om haar beroepskennis permanent te actualiseren en beschikbaar te stellen voor haar beroepsgroep. Finaal is van belang dat de beoogde integratie van wetenschappelijke kennis in de directe verpleegkundige zorg de relationele band tussen zorgvrager en zorgverlener op geen enkele wijze in het gedrang mag brengen. De één-op-één empathische zorgrelatie is en blijft hoe dan ook centraal staan in de zorg.

Hoe kunnen we de kwaliteit van zorg in het verpleegkundig beroep verbeteren?

Streven naar en werken aan kwaliteitsverbetering is de belangrijkste motivatie voor een betere afstemming, doorstroming en complementaire interactie tussen onderzoek, onderwijs en werkveld. In wat volgt wordt telkens één dimensie uit de driehoek belicht en bekijken we in welke mate deze pool kan samenwerken met de andere velden. Bij elk van de drie punten schuiven we bij het begin **doelstellingen** en **strategieën** naar voor en op het einde formuleren we concrete **actiepunten** voor elk van de betrokken sectoren om als dusdanig te komen tot de nodige synergieën voor samenwerking.

I.

ONDERWIJS (met interactie naar onderzoek en werkveld)

ONDERWIJS Doelstellingen

1. *Evidence based practice* (EBP) en het gebruik ervan integreren in de opleidingen
2. Integreren van veldexpertise in de opleidingen en onderzoek



Strategie (wat willen we bereiken?):

- **bij docenten:**
 - docenten inzicht verschaffen en vlot leren omgaan met EBP;
 - meer docenten met masterdiploma en PhD in de verpleegkunde in het onderwijs;
- **bij studenten:**
 - student verpleegkundigen tijdens de opleiding continu prikkelen met EBP;
 - de functie van stagementor faciliteren;
- **in het werkveld:**
 - opzetten van gemeenschappelijke structuren tussen gezondheids- en welzijnsvoorzieningen en opleidingen om de interactie tussen O-O-W (opleiding-onderzoek-werkveld) in de verpleegkunde te stimuleren.

Doelstelling 1. Evidence based practice en het gebruik ervan integreren in de opleidingen

Uit een bevraging⁵ van Zorgnet Vlaanderen aan de hogescholen en de scholen die HBO5-verpleegkunde aanbieden, komen enkele trends naar voor. Zo heeft in de HBO5-verpleegkunde opleiding nauwelijks 11% van de docenten een masterdiploma in de verpleegkunde, vroedkunde of ziekenhuiswetenschappen. Nog eens een bijkomende 9% van de docenten behaalde een ander masterdiploma zoals psychologie of sociologie. In het hoger onderwijs zijn beduidend meer mensen actief met een masterdiploma: 51% beschikt over een masterdiploma in de verpleegkunde, vroedkunde of ziekenhuiswetenschappen en 11% heeft een ander masterdiploma. Ongeveer 5% is momenteel nog bezig met het volgen van een masteropleiding en 6% is bezig met of heeft een doctoraat behaald.

Evidence based medicine (EBM) en *nursing* (EBN) en, bij uitbreiding, de multidisciplinaire *evidence based practice* (EBP)⁶ zijn onontbeerlijk voor het leveren van kwaliteitsvolle zorg. Met het oog op zorg efficiëntie en zorg effectiviteit wordt het meer en meer noodzakelijk om de recentste wetenschappelijke inzichten te integreren in de dagelijkse praktijk. Die integratie moet beginnen in het onderwijs, waar de verpleegkundige van de toekomst de competenties⁷ leert die later zullen worden toegepast op het werkveld.

Het is belangrijk dat verpleegkundigen de methodieken aanleren om vlot de juiste up-to-date wetenschappelijke kennis terug te vinden in de veelheid van digitale informatie. Een goede kennis van courante verpleegkundige databanken en andere beschikbare kennisbronnen (zie verder) is hiervoor een basisvereiste. Daarbij denken we ook aan het gebruik van zoekstrategieën, zoals de PICO⁸-methode en het werken met Boolean⁹-operatoren. Een Vlaams platform waar op een overzichtelijke manier wetenschappelijke informatie wordt aangeboden, in een snel leesbare vorm, dringt zich op. Het is daarbij belangrijk om docenten voldoende inzicht te verschaffen en vlot te leren omgaan met EBP.

Bij docenten:

Elke docent moet inzicht en ervaring hebben in het beoordelen van de gevonden kennisbron. Inzicht in de aard van de wetenschappelijke kennis (gaat het bijvoorbeeld om een casusbeschrijving of om een systematische review, zie ook de kennispiramide) is eveneens een

5 In september 2012 werd door Zorgnet Vlaanderen een verkennende bevraging gedaan bij alle hogescholen en scholen die HBO5-verpleegkunde aanbieden over de inzet van masters en doctorandi in de opleiding, het aantal gedeelde aanstellingen en het aantal docenten betrokken bij Projectmatig Wetenschappelijk onderzoek. De resultaten zijn indicatief.

6 *Evidence based practice* is een methode om handelingen in de praktijk te onderbouwen met het best beschikbare bewijsmateriaal. Bij deze methode vormt wetenschappelijke literatuur de basis van het bewijsmateriaal. Dat wordt verder aangevuld met praktijkervaring, de expertise van deskundigen in het domein, voorkeur en de beschikbare middelen van de doelgroep. Op die manier worden de voor- en nadelen van een interventie vergeleken en wordt er een weloverwogen antwoord geformuleerd op een specifieke onderzoeksvraag (naar Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J. et al. 1996. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't", *British Medical Journal* 312: 71-72).

7 Competentie: "de reële en individuele capaciteit om (theoretische en praktische) kennis, vaardigheden en attitudes in het handelen aan te wenden, in functie van de concrete dagelijkse en veranderende werksituatie en in functie van persoonlijke en maatschappelijke activiteiten. Het gaat dus zowel om expliciete als om impliciete en om onbewuste competenties". www.fov.be

8 PICO staat voor 'Patient/populatie, Intervention, Comparison en Outcome'. Dit schema dwingt om goed na te denken over wat men precies wil weten. Ook levert het direct zoektermen op die kunnen worden gebruikt in een van de medische zoekmachines, zoals PubMed. Belangrijk onderdeel is bovendien de uiteindelijke verslaglegging, wat resulteert in het opstellen van een zogenaamde PICO-richtlijn (Nederlands Huisartsen Genootschap. 2007. "Hoe zoekt en beoordeelt u medische literatuur?", *Huisarts en Wetenschap* 2: 69-71).

9 Een manier om in een zoekmachine aan te geven hoe je je zoektermen wilt combineren. De Boolean-operator zet je tussen je zoektermen in. De meest voorkomende operators zijn: AND, OR, NOT.

basisvereiste. Maar we denken ook aan het gebruik van *Level of Evidence* (LOE), de graad van aanbeveling (GRADE) of een kwaliteitsbeoordelingsmethode voor richtlijnen (AGREE). Vanuit die kennis kan de docent op een meer systematische wijze up-to-date EBP-kennis integreren in de lespraktijk en cursussen.

We pleiten ervoor dat docenten hiervoor actief en permanent worden gesensibiliseerd en geïnformeerd, bijvoorbeeld aan de hand van een seminarie tijdens associatiedagen van de hogescholen of tijdens pedagogische studiedagen in HBO5. We zijn eveneens voorstander van de systematische organisatie van trainingssessies voor docenten in het omgaan met EBP-bronnen. Belangrijk is ook een samenwerking op te zetten met de verpleegkundige groep van het Belgische Center of Evidence Based Medicine (CEBAM) om op deze manier infobronnen ter beschikking te stellen en opleidingen te organiseren.

Vanuit professionele invalshoek is er een absolute noodzaak aan meer docenten met een master en PhD in de verpleegkunde. Het wetenschappelijke denken en handelen in het verpleegkundig beroep wordt immers sterk gepromoot vanuit de universiteiten. De masters die in het laatste decennium afstudeerden, zijn doordrongen van het nut en het gebruik van wetenschappelijke kennis in het werkveld. Inmiddels is er zowel in de opleiding bachelor verpleegkunde als in de HBO5-opleiding verpleegkunde een positieve en noodzakelijke upgrade bezig van het docentenkorps van bachelors naar masters.

De hoger opgeleide docenten in het verpleegkundig onderwijs, met meer aandacht en kennis voor onderzoeksresultaten, kunnen studenten meer in contact brengen met verpleegwetenschappelijk onderzoek en zijn praktische toepassing op de werkvloer. We zien daarbij ook de belangrijke meerwaarde van gecombineerde opdrachten of functies, waarbij zeker in de hogescholen een deeltijdse betrekking in het onderwijs gecombineerd wordt met een parttime functie in het verpleegkundig onderzoek (dat zich situeert op de verpleegkundige werkvloer of in het onderwijs). Zowel onderwijs als onderzoek maken immers deel uit van de kernopdrachten van de hogeschool. Het hoeft geen betoog dat deze combinatie meer flexibiliteit van zowel organisatie als individu vergt.

Bij studenten:

Ook de studenten verpleegkunde zelf moeten tijdens hun opleidingstraject continu geprikkeld worden in het omgaan met EBP. De attitude om handelingen en beslissingen kritisch in vraag te stellen dient van meet af aan ingebakken te zijn in de opleiding. Dat kan door doorheen de opleiding zo breed mogelijk wetenschappelijke informatie te gebruiken, te tonen en te integreren. Kennis moet waar mogelijk getoond en gebruikt worden in lessen, practica, stages en projectwerking. Ook de deelname van docenten en studenten aan kleinschalig onderzoek, opgezet op vraag van of in samenspraak met het werkveld, kan een meerwaarde bieden.

In het werkveld:

Het is belangrijk dat de praktische kennis en de concrete ervaring op de werkvloer, met de op EBP gebaseerde veranderde zorgpraktijk, gekend is in de opleiding verpleegkunde. Niet alleen de theoretische principes zijn immers belangrijk, maar ook hun concrete toepassing in de werksituatie. Wat is de meerwaarde? Wat zijn de breekpunten?

De bekendmaking kan bijvoorbeeld plaatsvinden via de praktijklectoren vanuit de opleiding, gezien hun link met het werkveld. Zeker zo waardevol is de rol van de stagementoren¹⁰, die op hun beurt uiteraard voldoende moeten worden gesensibiliseerd over EBP. We pleiten er in dat kader voor om deze taak toe te wijzen aan bachelor verpleegkundigen of masters in de

10 Met inbegrip van stagebegeleiders en praktijklectoren.

verpleegkunde. Hun expertise kan het belang en het nut van EBP in de zorgpraktijk voor de studenten verder onderstrepen.

Om verpleegkundigen aan te moedigen de rol van stagementor op te nemen, moeten *incentives* voorzien worden. Daarbij denken we aan een gedeeltelijke vrijstelling van jobtime om de studenten te begeleiden of een betere aandacht voor uurroosters zodat student en begeleider voldoende kunnen samenwerken. Vanzelfsprekend impliceert deze mentorenwerking dat het werkveld al ervaring moet hebben met het omgaan en het integreren van wetenschappelijke kennis en EBP in de dagelijkse beroepspraktijk (zie verder).

Doelstelling 2. Integreren van werkveldexpertise in de opleidingen en onderzoek

Uit een bevraging van Zorgnet Vlaanderen aan de hogescholen en de scholen die HBO5-verpleegkunde aanbieden, blijkt dat in het Hoger Onderwijs (HO) 8% betrokken is bij Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek (PWO), in HBO-verpleegkunde niemand.

Iets minder dan 11% van alle docenten (HO & HBO5-verpleegkunde samen) heeft een combibaan, namelijk een lesopdracht gecombineerd met een bijkomende aanstelling in het werkveld of een zelfstandige praktijk.

2.1. Verhogen van het aantal verpleegkundigen met een gedeelde aanstelling of een gemengde tewerkstelling (praktijk – onderwijs/onderzoek)

Verpleegkunde is een beroep waarin de klinische praktijk centraal staat. Die heeft er baat bij dat bij voorkeur gespecialiseerde verpleegkundigen/klinisch specialisten ook een deeltijdse opdracht hebben in het onderwijs/onderzoek. Enerzijds blijft zo de knowhow up-to-date in het werkveld en kan er een snellere transfer gebeuren van wetenschappelijke evoluties en EBP. Anderzijds is het ook belangrijk dat docenten in het onderwijs voldoende mee zijn met nieuwe medicatie, nieuwe klinische paden, benaderingen en ingrepen.

Voor de ontwikkeling van de verpleegkunde als toegepaste wetenschap en als opleiding vormt een deeltijdse klinische opdracht voor onderzoekers en docenten een meerwaarde. Wetenschappelijke activiteit gevoerd vanuit een grote klinische affiniteit en knowhow kan de relevantie, de afstemming op de klinische realiteit, de conceptuele inhoudelijke verdieping... verhogen. In het onderwijs heeft de inbreng van up-to-date klinische ervaring en expertise een duidelijke toegevoegde waarde, zowel in praktijk- als in theoretische vakken. Verpleegkundigen die met hun twee voeten in de praktijk staan hebben vaak een schat aan geactualiseerde kennis en ervaring. Ook die informatie moet actief worden benut in het onderwijs. Referentieverpleegkundigen, focusexperten en kwaliteitsverantwoordelijken kunnen tonen wat de plaats is van EBP in de dagelijkse realiteit. Ze kunnen een zicht geven op de meerwaarde van wetenschappelijke kennis en innovatie voor de dagelijkse zorg.

We pleiten ervoor om gericht en systematisch een beroep te doen op deze gastdocenten/voordrachthouders uit de praktijk. De focus van het onderzoek in deze gemengde opdrachten kan zowel liggen op verpleegpraktijkgeoriënteerde onderzoeksdoelen (PWO¹¹) als op onderwijskundige onderwerpen (OOF¹²). Beide leiden tot een verbetering van de finale *outcome*, namelijk de kwaliteit van de uitstromende verpleegkundigen en de aansluiting bij het werkveld.

11 Projectmatig Wetenschappelijk Onderzoek.

12 Onderwijsontwikkelingsfonds.

Opleidingen kunnen in samenwerking met ziekenhuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, voorzieningen voor ouderenzorg en welzijnszorg het initiatief nemen om samen te onderzoeken hoe beide organisaties de interactie tussen onderzoek, onderwijs en praktijk van de verpleegkunde kunnen stimuleren. Daarvoor is het aangewezen om een aantal gemeenschappelijke structuren op te zetten die het mogelijk maken om excellente verpleegkundige zorg te realiseren.

Idealiter en indien mogelijk kiezen zorgorganisaties en hogescholen ervoor om verpleegkundigen aan te trekken met minstens een masteropleiding, die bereid zijn een loopbaan te ontwikkelen met complementaire maar toch onderscheiden functies in de twee organisaties. Drie functiedomeinen moeten in een of andere combinatie ingevuld worden: klinisch werk, onderzoek en opleiding. Die functies situeren zich in die domeinen van de verpleegkunde waar *learning communities*¹³ operationeel zijn en waarrond zich postgraduat en bachelorna-bachelor opleidingen kunnen ontwikkelen. Die hooggeschoolde medewerkers vervullen een voortrekkersrol in de zorginnovatie, PWO en onderwijsvernieuwing.

Nog steeds is de kloof tussen theorie en praktijk manifest aanwezig tussen de opleidingswereld en het werkveld van de verpleegkunde. Het is belangrijk om die kloof te overbruggen, maar ook om beide werelden dichter bij elkaar te brengen via dynamische, selectieve, gemengde en uitwisselbare jobs die kenniscirculatie bevorderen. Daarnaast is het ook belangrijk dat organisaties voldoende bezig zijn met veranderingsmanagement, zodat veranderingen daadwerkelijk kunnen worden doorgevoerd. Een goed praktijkvoorbeeld is het leerzorgcentrum (LZC)¹⁴. Dit concept werd ontwikkeld en geïmplementeerd in het kader van een OOF-project van de Associatie KU Leuven. Het LZC voorziet in en promoot de mogelijkheden voor een gedeelde aanstelling. Een leerzorgspecialist (LZS) is een master in de verpleegkunde die twee functies combineert, enerzijds lector in een opleiding of een hogeschool en anderzijds tewerkstelling in een LZC. In het leerzorgcentrum staat de leerzorgspecialist in voor de begeleiding en de coaching van studenten en stagecoaches. Hij werkt ook in de klinische praktijkvoering als verpleegkundig specialist en detecteert knelpunten in de zorg en in de praktijkvoering van verpleegkundigen. Vanuit zijn theoretische achtergrond en na het raadplegen van relevante en up-to-date literatuur (best *evidence*), probeert de leerzorgspecialist het team te ondersteunen in het uitwerken van een adequate en afgestemde aanpak. Zo draagt hij bij tot het optimaliseren van de zorgverlening en wordt kwaliteitsvolle zorg centraal gezet. Als lector in een opleiding of hogeschool wordt de leerzorgspecialist ingeschakeld als vakdocent. De expertise die wordt opgebouwd tijdens het werk op het leerzorgcentrum is hier een belangrijke meerwaarde. Een gedeelde aanstelling is alvast een belangrijk instrument om *clinical credibility* op te bouwen en de ontstane kruisbestuiving is een meerwaarde voor alle stakeholders.

Het management van het ziekenhuis en de hogeschool hebben een belangrijke invloed op de realisatie van het project. Die invloed situeert zich vooral op technisch, organisatorisch en financieel vlak (aanwervingsbeleid). Het project zal een invloed hebben op alle zorgverleners van de verpleegafdelingen evenals op de (praktijk)lectoren en de studenten die betrokken zijn bij een of andere vorm van samenwerking tussen beide organisaties.

Voor het management is de inzet van een leerzorgcentrum met verpleegkundig specialisten een mogelijke stap in de richting van functieclassificatie en functiedifferentiatie. Het laat hen toe om andere verantwoordelijkheidsgebieden dan directe basiszorg van verpleegkunde te exploreren, en te investeren in de complementariteit van die verschillende gebieden als toegevoegde waarde voor zorginnovatie (zowel op inhoudelijk als organisatorisch vlak).

13 De Nigtere, B., Coppoolse, R. & Hoogerduijn, J. 2008. "Inspirerend leren in de learning community", *Onderwijs en gezondheidszorg*: 3-6.

14 Corstjens, F. & Gommers, J. 2012. *Leerzorgcentrum. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een opleidingsconcept voor verpleegkundigen*. Antwerpen: Garant.

Voor getalenteerde en gemotiveerde verpleegkundigen is dit een kans om carrière te maken in een klinische setting. Voor vele zorgverleners en studenten functioneren deze verpleegkundigen als een rolmodel.

2.2. Het ontwikkelen van een duurzaam concept voor werkpleklers dat kan geïmplementeerd worden op alle stageplaatsen van het ziekenhuis

Een leerwerkplaats is een interessant voorbeeld van een samenwerkingsverband tussen een afdeling van een stageverlenende voorziening en de opleiding. Een leerwerkplaats is een authentieke werkomgeving¹⁵, waarin een groep studenten alle werkprocessen voor de beroepsuitoefening uitvoert en de verantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van het werk.¹⁶

De studenten hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid om een (deel van een) afdeling te runnen onder (bege)leiding van de verpleegkundigen van de afdeling en de opleiding. Daarbij dienen ze echt te functioneren als een team. Op die manier krijgen de studenten zicht op de functie van een verpleegkundige en de daarbij horende competenties en professionaliseringsmogelijkheden, alsook op de functies en competenties van andere gezondheidswerkers. De studenten ontwikkelen strategieën en methoden om theoretische kennis en EBP te integreren in een reële werksituatie. Het leerrendement van de studenten neemt toe naarmate ze de vorige doelstellingen kunnen realiseren. De kwaliteit van de verpleegkundige interventies verhoogt en er is een toenemende professionalisering mogelijk van de betrokken studenten, verpleegkundigen en docenten.

De student maakt tijdens het doorlopen van de leerwerkplaats verschillende fases¹⁷ door:

- oriëntatie op zijn positie en functie in de afdeling;
- oriëntatie op de persoon van de zorgvrager;
- integratie van leerervaringen in het gedrag;
- zelfstandig professioneel handelen;
- gerichtheid op de toekomst.

Een ander voordeel van werkpleklers en stages is dat docenten verpleegkunde en praktijklectoren hun klinische kennis en vaardigheden op peil kunnen houden of verder ontwikkelen.

Een ander voorbeeld van een doorgedreven integratie van zorgen en leren is het leezorgcentrum (LZC, zie 2.1.). Een LZC is een verpleegafdeling in een zorgvoorziening waar leren (opleiden van studenten verpleegkunde) en zorg (kwaliteitsvolle praktijk) de twee centrale kernprocessen zijn. Het leerproces van de student verpleegkunde die er stage loopt, wordt optimaal ondersteund door de aanwezigheid van een leezorgspecialist (LZS) en een stagecoach. Studenten worden gekoppeld aan een stagecoach gedurende hun verlengde stageperiode van minimum acht weken. Een LZS (lector in de hogeschool) is deeltijds tewerkgesteld op de afdeling en begeleidt studenten/stagecoaches in het opnemen van nieuwe rollen. Leren wordt gefaciliteerd voor de studenten, maar ook voor de afdelingsverpleegkundigen. De leezorgspecialist, de stagecoaches, de verpleegkundigen, de studenten en het multidisciplinaire team van de afdeling dragen zo allen bij tot het creëren van een krachtige leeromgeving waar een breed spectrum aan competenties kan worden ontwikkeld.¹⁸ Belangrijk is de intensieve en kwaliteitsvolle begeleiding door de verantwoordelijke stagecoach en de optimale integratie van de student in de (team)werking van de afdeling, waardoor de studenten reële verantwoordelijkheden krijgen toegewezen.

15 Klingeman, C., & de Lange, J. (2008). *Leerwerkplaatsen in de zorg. Evaluatieonderzoek van de pilot MBO-HBO in de regio Rijnmond*. Rotterdam: kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam.

16 Synoniemen zijn: leerwerkplek, leerafdeling, opleidingsafdeling, *nursing development units* (NDU) en verpleegkundige werkplaats.

17 Ritzen, H. & Mistrato Haarhuis, J. (2007). "De ontwikkeling van een leerafdeling in samenspraak met onderwijs- en zorginstellingen", *Onderwijs en Gezondheidszorg*: 20-24.

2.3. Het structureel inbedden in het opleidingsprogramma van learning communities, waar studenten verpleegkunde, onderzoekers, docenten en professionals samen en volgens een geëigende methodiek oplossingen zoeken voor de verbetering van de zorg

Een *learning community* (LC)¹⁹ is een tijdelijke (eventueel multidisciplinaire) groep, samengesteld voor een concreet probleem in de verpleegkundige praktijkvoering (voorziening-gerelateerd of -overschrijdend) en bestaande uit onderzoekers, studenten, docenten en verpleegkundige professionals. Een *learning community* leidt tot de integratie van onderwijs en onderzoek in de beroepspraktijk en heeft tot doel de zorg te verbeteren door zorgvernieuwingstrajecten.

Learning communities verhogen de kenniscirculatie tussen verpleegkundigen, docenten en onderzoekers van de bachelor- en de masteropleiding verpleegkunde. Dat kan voor alle betrokkenen een meerwaarde opleveren voor zover die kennis bijdraagt aan de kwaliteitsverbetering van de zorg en de ontwikkeling van studenten tot beroepsbeoefenaars en onderzoekers enerzijds, en opportuniteiten biedt voor projectmatig wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke dienstverlening anderzijds.

Verpleegkundigen met een gemengde opdracht zijn de meest geschikte professionals om de *learning communities* te operationaliseren en er een duurzaam karakter aan te geven. *Learning communities* overstijgen de leerwerkplaats, maar vinden er wel hun oorsprong en hun diepgang. Ze bieden aan de studenten de kans om in het opleidingsonderdeel 'stage' de link te leggen tussen onderwijs, onderzoek en excellente zorg. LC maken de cirkel rond. Tegelijkertijd bieden ze ziekenhuizen en hogescholen de mogelijkheid om een structurele samenwerking te ontwikkelen met een masteropleiding verpleegkunde. De *learning communities* vormen het kader waarin zorgvernieuwing en kennisdeling mogelijk zijn. Op die manier bieden ze garanties voor het ontwikkelen van een excellente verpleegkundige zorg.

Actiepunten (Hoe willen we dit bereiken?):

Bij docenten:

- methodieken aanleren en trainen voor het vinden en integreren van up-to-date wetenschappelijke kennis;
- elke docent trainen in de beoordeling van wetenschappelijke bronnen;
- volgehouden sensibilisatie over EBP bij docenten via informatiecampagnes;

Bij studenten:

- integreren van wetenschappelijke kennis in de opleiding;
- stimuleren van studenten en docenten tot deelname aan praktijkgerelateerd wetenschappelijk onderzoek;

In het werkveld:

- stimuleren van enerzijds stagementoren en anderzijds praktijklectoren/praktijkbegeleiders in het gebruik van EBP;
- streven naar professionele bachelors of masters als stagementor;
- ruimte creëren binnen de opdracht van stagementoren om studenten te leren omgaan met EBP in de dagelijkse praktijk;
- stimuleren van gecombineerde opdrachten in onderwijs, onderzoek en beroepspraktijk.

18 Corstjens, F. & Gommers, J. 2012. *Leerzorgcentrum. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een opleidingsconcept voor verpleegkundigen*. Antwerpen: Garant.

19 De Nigtere, B., Coppoolse, R. & Hoogerduijn, J. 2008. "Inspirerend leren in de learning community", *Onderwijs en gezondheidszorg*: 3-6.

II.

WERKVELD (met interactie naar onderzoek en interactie naar onderwijs)

WERKVELD

Doelstellingen

3. Het uitbouwen van voldoende up-to-date expertise in de welzijns- en de zorgvoorzieningen
4. *Evidence based* protocollen en *guidelines* bruikbaar en toegankelijk maken voor klinisch gebruik
5. Het ontwikkelen en implementeren van een *lifelong learning* programma op basis van (interactie) tussen de basisopleiding van de (hoge)school en de professionele vorming van het werkveld
6. Het creëren van een *research minded* cultuur in de eigen voorziening



Strategie (Wat willen we bereiken?):

- toegang tot evidentie (kennis);
- toepasbaar maken van evidentie in de dagelijkse praktijk (proces);
- organisatie en coördinatie van bijscholing en nascholing;
- promotie en sensibilisering voor bijscholing, nascholing en training.

Doelstelling 3. Het uitbouwen van voldoende expertise in de welzijns- en zorgvoorzieningen

Van elke verpleegkundige wordt verwacht dat hij beschikt over een degelijk pakket aan basiskennis en competenties van de zorg. De opleiding tot verpleegkundige en de permanente carrièrerelange bijscholing moeten daarvoor garant staan. Dat wil echter niet zeggen dat elke verpleegkundige ook expert moet zijn in alle facetten in zijn vakgebied. Toch is het belangrijk om in de voorzieningen (of binnen de zorgregio) professionele²⁰ verpleegkundigen te hebben die zich verdiepen in een bepaald facet van de zorg en daardoor focusexpert geworden zijn en hiervoor ook (h)erkend worden. Die expertverpleegkundigen kunnen fungeren als referentiepersoon voor specifieke zorgvragen, ze kunnen betrokken worden in de uitwerking van protocollen en procedures, én ze kunnen voor hun expertisegebied het interne bijscholingsbeleid mee bepalen. De voorziening moet hen echter de kansen bieden om hun expertise permanent te actualiseren door deelname aan bijscholing en congressen mogelijk te maken, toegang te verschaffen tot literatuurbronnen.... Ook de overheid heeft de belangrijke taak deze expertfuncties te erkennen en te honoreren.

Doelstelling 4. Evidence based protocollen en guidelines bruikbaar en toegankelijk maken voor klinisch gebruik

Het ultieme doel van wetenschappelijke kennis is dat die kennis ook effectief wordt gebruikt. Het is dan ook belangrijk een efficiënte en gebruiksvriendelijke verspreiding van actuele verpleegkundige informatie te faciliteren, die in de onmiddellijke verpleegsituatie bruikbaar is en die op elke werkplek en voor elke verpleegkundige beschikbaar is. Enkel zo kan de aanwending van EBP doordringen tot de dagelijkse zorgactiviteiten.

Er is nood aan een coördinerend orgaan dat de beschikbare *guidelines* en protocollen verzamelt en gestructureerd aanbiedt. Hier is een belangrijke taak weggelegd voor het recent opgerichte EBM Practicenet. Deze organisatie, ondersteund door de federale overheid, ontwikkelt zelf geen *guidelines*, maar is bezig met het opstellen van een voor België uitgebreide inventarisatie van richtlijnen op medisch, verpleegkundig en kinesitherapeutisch vlak. EBM Practicenet heeft eveneens de Finse Duodecim *guidelines* aangekocht, een uitgebreide verzameling medische *guidelines* van zeer hoge kwaliteit. Waar geen Belgische richtlijnen beschikbaar zijn, worden de Duodecim *guidelines* aangewend.

EBM Practicenet zal zowel de Belgische als de Finse *guidelines* redigeren tot een uniform tweetalig formaat en ze onderbrengen in een EBP-portaal in het streng beveiligde e-Health platform. Dit e-Health platform is in volle ontwikkeling, legt standaarden vast en wordt een belangrijke veilige draaischijf voor elektronische overdracht van medische gegevens (medische dossiers, vaccinaties, medicatievoorschrift...). De combinatie van al deze zaken zorgt ervoor dat degelijke EBP-*guidelines* binnenkort beschikbaar zullen zijn voor elke zorgverstreker in België.

Bovendien zal het EBM-Practicenet systeem gekoppeld kunnen worden aan elektronische zorgdossiers waardoor mettertijd gerichte *alerts* en *decision support* kan worden aangeboden.

Los van de EBP-*guidelines* is wereldwijd ook een arsenaal beschikbaar aan handige verpleegkundige tools, kennisbronnen en *blended learning* applicaties die een effectieve meerwaarde kunnen betekenen op het werkveld. Die worden op dit ogenblik gescreend en geïnventariseerd door het Platform Wetenschap en Praktijk, waarna ze in een kennisportaal ter beschikking worden gesteld van elke zorgverlener. De overheid moet blijvend financiële middelen

20 Zie cahier functiedifferentiatie Zorgnet Vlaanderen

voorzien om de permanentie en de update van dit arsenaal aan gebruiksvriendelijke up-to-date EBP kennis financieel te ondersteunen.

De zorgvoorzieningen dienen hier te anticiperen op de aangereikte kennis door het voorzien van (en investeren in) voldoende ICT-middelen, zodat elke zorgverstrekker toegang heeft tot deze kennisbronnen. Niet alleen moet performante en hardware voorhanden zijn, er moet ook gezorgd worden voor een degelijk digitaal dossier dat gekoppeld kan worden aan de kennisbronnen (*alerts & decision support*).

De uitdaging bestaat erin om ook de opleidingsinstellingen in dit proactief beleid te betrekken, zodat deze *guidelines* ook toegankelijk zijn voor docenten en studenten (en dit niet uitsluitend tijdens de stage of op de leerwerkplaats). De *learning communities* zullen hierin zeker ook een belangrijke rol spelen. Ook in het *skillslab* moeten studenten kunnen worden getraind in het werken met het elektronische zorgdossier, waar ze via casussen de eigenheid van de verpleegkunde kunnen aanleren. Het kunnen werken met EBP-protocollen en *guidelines* is daarvan een belangrijk onderdeel.

De verpleegkundigen in het werkveld, maar ook docenten en studenten, moeten gesensibiliseerd en getraind worden in het actief gebruiken van *evidence based* kennis en tools (*on the job-training*). Het is immers nutteloos om een ingenieus kennisdelingssysteem op te zetten als er geen implementatieplan aan gekoppeld is. Hieraan zijn echter een aantal randvoorwaarden verbonden: (1) structurele middelen voor deze training, (2) knowhow om het veranderingsproces te ondersteunen, (3) een concreet stappenplan om het project op de werkvloer en in het onderwijs uit te rollen. Voorzieningen en organisaties moeten dus actief investeren in deze trainingen en hun intern bijscholingsbeleid erop afstemmen. Een belangrijke hefboom is het systeem van permanente vorming voor verpleegkundigen. In deze permanente vorming kan een terugkerend deel ingepland worden over het actief gebruik van kennisbronnen en EBP. Ook een samenwerking met de verpleegkundige groep van het Belgische Center of Evidence Based Medicine (CEBAM) is een mogelijke optie. Dat alles vraagt van zowel de organisatie als de verpleegkundigen een belangrijke inspanning. De overheid dient die transitie in de zorg actief structureel en financieel te ondersteunen.

4.1. Gebruik van evidentie door zorgverleners (knowledge)

EBP draagt bij tot de professionele ontwikkeling van elke verpleegkundige. Niet alleen de ontwikkeling van *evidence based* kennis is belangrijk, ook de verspreiding en aanbieding in het werkveld is een noodzaak om de integratie van EBP in de dagelijkse praktijk te realiseren. Daarnaast moet worden geïnvesteerd in de implementatie en in de opleiding van het personeel om te kunnen omgaan met dit aanbod. Ten slotte moet de werkorganisatie toelaten dat EBP kan worden aangewend in de zorg. Deze voorwaarden (middelen, competentie en tijd) zijn essentieel om *evidence based* te kunnen werken. Het management van het ziekenhuis, de hogescholen en organisaties die zich toelagen op disseminatie (zoals CEBAM) hebben hierop een belangrijke invloed.

Belangrijk is om richtlijnen als werkinstrument in de organisatie ter beschikking te stellen van verpleegkundigen. De vorm waarin die worden aangeboden is zeer belangrijk. Verpleegkundigen op de werkvloer zijn in de dagelijkse praktijk niet gebaat met een aanbod aan *reviews*, *guidelines* of uitgebreide protocollen. Dat past niet in hun drukke werkschema. De nieuwe kennis moet voor hen quasi geïntegreerd zijn in de dagelijkse zorg. Toch zijn er ook veel situaties waarin deze uitgebreide kennis wel nuttig is (bijvoorbeeld voor bijscholing, de ontwikkeling van voorzieningsspecifieke protocollen of de functie van expertverpleegkundige). Kennis moet dus worden aangeboden in meerdere formats.

We onderscheiden drie niveaus van kennisaanbod: (1) alarmen en meldingen (*alerts*) in het digitaal zorgdossier, direct gekoppeld aan patiëntspecifieke informatie, die de zorgverlener

waarschuwen in geval van dreigende problemen, incompatibiliteit of vergetelheden, (2) kleine pakketten van informatie (*decision support*), gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier, die de zorgverlener ondersteunen in het nemen van specifieke beslissingen in de zorg, (3) concrete (Nederlandstalige) EBP-richtlijnen, zowel in hun integrale vorm als in een verkorte vorm (*evidence summaries*) en in uitgelichte deelfacetten (*evidence sheets*).

Gekoppeld aan deze EBP-systemen moeten tools (rekenmodules, patiëntenfolders, e-learning pakketten...) en databanken met de primaire bronnen ter beschikking worden gesteld. Hogescholen dienen in de ontwikkeling van deze modules of pakketten zeker een inbreng te hebben.

De verschillende niveaus moeten aan elkaar gekoppeld zijn, zodat in beide richtingen kan worden doorgelinkt naar een volgend (hoger of lager) niveau. Deze systemen zijn gedeeltelijk beschikbaar op de markt en worden verder in hoog tempo ontwikkeld (door onder meer EBM Practicenet). De recente beschikbaarheid van het federale e-Healthplatform en het Vlaamse Vitalink geven deze nieuwe kennisdelingssystemen een boost.

Basisvoorwaarde voor deze werking is de aanwezigheid van een degelijk elektronisch patiëntendossier (EPD), toegankelijk voor elke verpleegkundige, dat draait op een solide ICT-infrastructuur in een degelijk ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS). Dat vraagt weliswaar een belangrijke financiële en logistieke investering van de zorgvoorzieningen. De overheid dient dit proces financieel te ondersteunen en te faciliteren.

4.2. Toepasbaar maken van evidentie in de dagelijkse praktijk (proces)

Evidentie inbrengen in de dagelijkse praktijk vertrekt bij de inventarisatie van de huidige “geschreven” praktijk, zoals beschreven in bestaande protocollen, gebruikte *guidelines* en *standing orders* of zoals opgenomen in de procedureboeken en handboeken die de praktijk beschrijven. Die documenten moeten beschikbaar worden gesteld op papier of in IT-systemen voor documentenbeheer die de opvolging van deze documenten kunnen sturen en ondersteunen.

Deze geschreven praktijk moet in de tweede fase getoetst worden aan de praktijk zoals hij feitelijk is. Deze ‘as is’ wordt verzameld via verschillende praktijken, bijvoorbeeld via patiënten *tracers*.²¹

In een derde fase moet de ‘as is’ realiteit getoetst worden aan bestaande protocollen en aan de EBP-standaarden. De gevonden verschillen moeten nadien in multidisciplinaire teams worden besproken. Nadat evaluatiecriteria voor opvolging werden gedefinieerd kunnen bestaande beschreven protocollen worden aangepast en geïmplementeerd.

Integratie in de dagelijkse praktijk kan in belangrijke mate worden ondersteund als deze protocollen in een IT-systeem worden geïntegreerd. We gaan er immers vanuit dat IT-systemen het zorgproces ondersteunen op drie niveaus: het plannings-, het documentatie- en het informatieniveau.

Het gaat om de planning van verpleegactiviteiten, medicatietoediening en aanvragen voor medische onderzoeken in de geïntegreerde planning van de zorgverlening. Planning gebeurt in functie van de agenda van de zorgvrager. IT-systemen kunnen vanuit de standaardplan-

²¹ Bron JCI proces guide: “Follow the course of care, treatment, and services provided to the patient by and within the hospital using current records whenever possible: Assess the interrelationships between and among disciplines and departments, programs, services, or units, and the important functions in the care and services being provided, evaluate the performance of relevant processes, with particular focus on the integration and coordination of distinct but related processes, identify potential concerns in the relevant processes.”

ning zorgpaden, gebaseerd op de EB richtlijnen en de praktische vertaling, helpen om een patiënt- of cliëntgestuurde zorgverlening op te bouwen. De in IT vastgelegde zorgpaden zijn de vertaling van beschreven protocollen uit handboeken en/of *guidelines*. Zij pushen de evidentie via *reminders* en algoritmen tot bij de zorgverlener en maken die afdwingbaar.

De documentatie en evaluatie van het zorgproces via dergelijk IT-systeem geeft bovendien geaggregeerde informatie over het gebruik en de toepassing van de evidentie. Op deze resultaten kunnen vervolgens gerichte verbeteracties worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Ook hier geldt dat hogergenoemde systemen ter beschikking moeten worden gesteld van de opleidingsinstellingen, zodat de realiteit van het werkveld ook in de vaardigheidstraining kan worden geïntegreerd.

Doelstelling 5. Het ontwikkelen en implementeren van een *Lifelong Learning* programma op basis van (de interactie tussen) de basisopleidingen van de (hoge)school en de professionele vorming van het werkveld

In de gezondheidszorg wordt nog te vaak vertrouwd op vastgeroeste gewoonten, mythes en tradities. Nochtans worden er vrijwel continu nieuwe inzichten en benaderingen ontwikkeld, met het ultieme doel de zorg (zowel *cure* als *care*) efficiënter en effectiever te maken. Dat impliceert dat de kennis van vandaag morgen misschien al achterhaald is. Het vereist ook een permanente updating van de competenties van de zorgverleners. Opleiding beperkt zich niet meer tot het behalen van een diploma, maar het is een carrièrelang proces van bijscholing, toetsing en training. Vanuit de Europese Unie, overheden en beroepsorganisaties wordt al jaren deze *Lifelong Learning Policy* (LLL) gepromoot.²² De EU erkent de noodzaak aan continue updating voor elke beroepsgroep en probeert hierin te sensibiliseren en te faciliteren. Het is een taak van het onderwijs, het werkveld, beroepsorganisaties en de overheid om hieraan permanent aandacht te besteden en structurele samenwerkingsverbanden aan te gaan.

Dat vereist de implementatie van drie aspecten: (1) Een systeem van competentie-evaluatie zodat de competentiekloof in kaart kan worden gebracht, (2) een systeem voor permanente opleiding, waar professionals in opleidingsprogramma's hun competentie kunnen aanscherpen en (3) een waarderingsmodel dat deze groei van expertise en competentie ondersteunt.

5.1. Uitbouwen van een competentieprofiel en daarop gebaseerde promotie en sensibilisering voor bijscholing, nascholing en training

Het is aan het management van de zorgvoorzieningen om een systeem van competentie-evaluatie voor verpleegkundigen op de werkvloer te organiseren en op te volgen. Deze evaluatie is de basis om medewerkers te sensibiliseren in het kader van een programma voor *Life Long Learning*. Bijvoorbeeld tijdens functioneringsgesprekken moet aandacht gaan naar coaching, opvolging en mentoring van werknemers. Dat mag zich niet beperken tot de nieuwe werkkrachten, maar moet resulteren in een permanent opvolgingsbeleid waarbij elke professionele zorgverlener tijdens zijn hele carrière 'getriggerd' wordt om kennis en kunde te actualiseren. Competentieprofielen, ontwikkeld in de opleidingsvoorzieningen en de expertise opgedaan in de hogescholen zijn zeker waardevol bij het beoordelen van eerder/elders verworven competenties.

5.2. Een gestructureerd overzicht beschikbaar stellen van het opleidingsaanbod

Vanuit het onderwijs worden meer en meer initiatieven genomen om kortlopende of middellange opleidingen te organiseren voor verpleegkundigen. Daarvoor bestaat inmiddels een

²² http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-programme/doc78_en.htm

gamma aan postgraduat, nascholingen en VTO-initiatieven in Vlaanderen, waarbij voor elke beroepsgroep interessante topics worden aangeboden.

Het is belangrijk om deze evolutie te bestendigen en aan te moedigen. Onderwijsinstellingen moeten door de overheid voldoende gehonoreerd en gefaciliteerd worden om deze opleidingen te organiseren. Onderwijsinstellingen kunnen eveneens, mits enige organisatie, hun lessen openstellen voor mensen uit het werkveld. Dat leidt niet alleen tot betere kennisdoorstroming van het onderwijs naar het werkveld, maar biedt tevens kansen voor interactie tussen werkenden en studenten, tussen realiteit en ideaal, tussen theorie en praktijk. Het initiatief hiervoor hoeft echter niet alleen bij het onderwijs te liggen. Een goed alternatief is de organisatie van vormingen, trainingen en opleidingen op maat, al dan niet ‘*on site*’, op vraag van beroepsgroepen of zorgvoorzieningen. Dat vereist weliswaar een nauwe afstemming tussen onderwijs en werkveld. Het geeft echter de mogelijkheid aan de zorgvoorzieningen om op een efficiënte wijze hiaten in de kennis van hun personeel te dichten of specifieke ‘nichekennis’ aan te bieden. Werknemers kunnen bovendien de kans krijgen en aangemoedigd worden om de opgedane kennis te delen met de andere teamleden, wanneer deze opleiding *on the job* kan worden georganiseerd door teamvergaderingen, ad-hocwerkgroepen of *journal clubs*.

5.3 Werknemers dienen gefaciliteerd te worden om deel te nemen aan opleidingsinitiatieven

Het verder optimaliseren van opleidingsbudgetten en een politiek van permanente vorming (*Life Long Learning*) in voorzieningen is belangrijk, net als persoonlijke motivatie. We pleiten dan ook voor het koppelen van baremieke loonsverhogingen aan de verwezenlijking van competentiegroei. Daarnaast is competentiegroei ook een *must* voor verdere professionele groei in hiërarchie of klinische expertise. In dit kader pleiten we voor de ontwikkeling van carrièreplannen voor medewerkers.

De overheid dient dit alles te ondersteunen door het huidige, beperkte ‘accrediteringssysteem’ voor verpleegkundigen in het kader van het behouden van een bijzondere beroepsbekwaamheid (BBK) en een bijzondere beroepstitel (BBT) uit te breiden tot de hele beroepsgroep.

Doelstelling 6. Het creëren van een *research-minded* cultuur in de eigen voorziening

Het is belangrijk om voornoemde initiatieven ook te bestendigen en te verankeren in de cultuur van de voorziening. De verpleegkundige is een onderdeel van een groot en complex raaderwerk. De omvorming naar een nieuwe manier van kennisintegratie in de zorg kan alleen lukken als organisatiebreed geïnnoveerd wordt. Personeelsleden, andere samenwerkende disciplines en management moeten overtuigd zijn van het nut en de meerwaarde van verandering, van kwaliteitsverbetering en van het gebruik van nieuwe kennis en kunde voor het professioneel functioneren.

Het is echter niet voldoende om een ruim aanbod te voorzien van mogelijkheden om kennis te actualiseren. Een cultuurverandering is noodzakelijk. Wat ook het doel van een cultuurverandering is, de basisprincipes van het management blijven grotendeels gelijk. Veranderingsmanagement moet eerst en vooral worden afgestemd op de eigenheid van de voorziening en het doelpubliek. Dat vraagt een grondige analyse, want de aanpak kan grondig verschillen van organisatie tot organisatie. Alvorens een veranderingsproces aan te vatten moet daarom een goede strategie uitgetekend worden. Een belangrijk aandachtspunt is de combinatie van een *bottom-up* en een *top-down*-benadering. Een opgelegde innovatie heeft in dat geval weinig kans op slagen. Mensen moeten overtuigd zijn van het nut van de innovatie. Vanaf het begin van het veranderingsproces moet elke stakeholder in het EBP-proces worden betrokken.

Waar mogelijk kunnen ad-hocwerkgroepen, met verpleegkundigen van de werkvloer, worden opgestart waarin deelfacetten van het project worden verwezenlijkt. Elke stakeholder moet goed geïnformeerd blijven over de vordering van het veranderingsproces en hierover zijn mening kwijt kunnen. Mogelijk is ook een interne (media)campagne nodig om het nieuwe *evidence based* denken en de meerwaarde ervan te promoten. Belangrijk is dat de organisatie een competent persoon voorziet om het geheel in goede banen te leiden. Die persoon moet het proces van verandering strak aansturen van bovenuit, rekening houdend met de basisregels van veranderingsmanagement.

Belangrijk is ook om na te gaan in welke mate de organisatie klaar is voor een veranderingsproces (*change readiness*). Hiervoor bestaan meerdere theorieën, strategieën en instrumenten. Zowel vóór als tijdens en na de innovatie moet de kwaliteit van een veranderproces in kaart gebracht worden. Dat kan door verschillende medewerkersgroepen uit de organisatie te vragen naar hun persoonlijke mening en ervaring over de mate waarin het veranderproces qua aansturing, tempo, ondersteuning en borging verloopt. Enkel zo ontstaat er een draagvlak en kan zo nodig worden bijgestuurd.²³

Actiepunten (*Hoe willen we dit bereiken?*):

- databank van EBN, protocollen, *guidelines* bruikbaar en toegankelijk maken voor alle medewerkers in de dagelijkse praktijkvoering én in het onderwijs aan docenten en studenten;
- het uitbouwen van voldoende expertfuncties in de welzijns –en zorgvoorzieningen.

²³ Bespreking van deze methodieken valt echter buiten het bestek van deze tekst.

III.

ONDERZOEK (met interactie naar onderwijs en interactie naar werkveld)

ONDERZOEK Doelstellingen

7. Gezamenlijk detecteren van en anticiperen op onderzoeksnoden
8. Toepassen van praktijkonderzoek in werkveld en onderwijs



Strategie (Wat willen we bereiken?):

- onderzoek, werkveld en onderwijs gaan gestructureerde samenwerkingsverbanden aan;
- vertaling van onderzoeksresultaten naar de klinische praktijk en aandacht voor maatschappelijke valorisatie.

Doelstelling 7. Gezamenlijk detecteren van en anticiperen op onderzoeksnoden

Ook het onderzoeksveld kan positief bijdragen aan de vernauwing van de kloof tussen onderzoek, onderwijs en werkveld. Communicatie is een essentieel element in dit proces. Enerzijds moet het onderzoeksveld zijn resultaten op de juiste wijze vertalen naar het werkveld en het onderwijs. Anderzijds moet het onderzoeksveld ook goed op de hoogte zijn van de vragen, problemen en bezorgdheden van het onderwijs en het werkveld. Alleen zo kunnen onderzoeksresultaten nuttig aangewend en geïntegreerd worden in de dagelijkse zorgverlening. Dat is mogelijk door het uitwerken van meer en betere samenwerkingsverbanden tussen de verschillende onderzoeksgroepen en –instituten enerzijds, en door het werkveld mee de onderzoeksnoden te laten bepalen en actief te laten participeren aan onderzoek anderzijds.

7.1. Samenwerking en overleg tussen de verschillende onderzoeksgroepen en -instituten in Vlaanderen

Een eerste punt van aandacht is frequent overleg tussen de verpleegkundige onderzoeksgroepen en -instellingen in Vlaanderen. Voor de hogescholen is sinds 2010 de Associatiegroep, met afvaardiging van de onderzoekscellen van alle hogescholen in Vlaanderen, actief. Voor de universiteiten is vrij recent de Belgian Interuniversity Center of Evidence-based Practice (BICEP) opgericht, met afvaardiging van de Universiteit Antwerpen, KU Leuven, UGent en UCL. In beide organisaties is ook het Platform Wetenschap en Praktijk betrokken partij. Deze groepen dragen bij aan de afstemming tussen de verschillende onderzoeksinstituten, kunnen de aanzet zijn tot gezamenlijk onderzoek en bieden de mogelijkheid tot coöperatieve fondsenwerving. Verder nemen ze initiatieven om recente onderzoeksresultaten en lopende projecten te communiceren naar de werkvloer. Al deze inspanningen gebeuren tot op heden op vrijwillige basis en worden niet gefinancierd. Voor een degelijk uitgebouwd overleg tussen de instituten en groepen moeten echter structurele middelen en voldoende mankracht worden voorzien.

Een goed praktijkvoorbeeld is te vinden in de opleiding Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde, waar naast de samenwerking op het niveau van onderwijs en maatschappelijke dienstverlening, ook de samenwerking op het niveau van academisch wetenschappelijk onderzoek, praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek en het gezamenlijk aanvragen van onderzoeksfondsen wordt gestimuleerd.

7.2. Het werkveld bepaalt mee de onderzoeksnoden en participeert aan onderzoek

Nog te vaak zijn wetenschappelijke output (publicaties) en beschikbaarheid van fondsen (financiering) de belangrijkste drijfveren van onderzoek. Onderzoek moet echter ten dienste staan van de praktijk en continu streven naar oplossingen voor concrete problemen en noden waarmee het werkveld wordt geconfronteerd. Daarom is het belangrijk dat het onderzoeksveld weet wat er op de werkvloer leeft. Onderzoeksnoden en -prioriteiten vanuit het werkveld moeten worden gedefinieerd en opgelijst. Efficiënte en effectieve communicatie tussen werkveld en onderzoeksveld speelt daarin een sleutelrol. Het werkveld moet openstaan voor onderzoek bij zorgvragers en personeelsleden.

De opzet van een denktank met afvaardigingen van werkveld, onderzoeksveld en eindgebruikers moet de onderlinge communicatie ondersteunen. Binnen deze reflectiegroep kan worden gediscussieerd over concrete problemen in de zorg, kunnen projecten voorgesteld of bijgesteld worden en kan onderzoek worden aangestuurd en gepromoot. Tevens moet onderzoek gelinkt zijn aan gebruikersfora en focusgroepen die maatschappelijk verankerd zijn. Het is ook aan te bevelen dat de zorgorganisatie waar mogelijk (onder meer via *advanced nurse practitioners*) het onderzoek mee uitvoert, waardoor die op haar beurt competenter wordt in het opzetten en uitvoeren van bepaalde vormen van onderzoek (transfer van onderzoeksmethodologie). Enkel op die wijze kan maximale aansluiting ontstaan tussen onderzoek en praktijk.

De samenwerking tussen het onderwijs en het werkveld kan worden geïntensifieerd door het uitschrijven van een gezamenlijk ontwerp voor wetenschappelijk onderzoek. Vanuit het werkveld kunnen zo al dan niet praktijkgerichte onderwerpen voor verder onderzoek worden aangebracht aan het onderwijs. Zo wordt een win-winsituatie gerealiseerd. Het werkveld krijgt een antwoord op de door het werkveld gestelde vraag; in het onderwijsveld wordt onderzoekservaring opgedaan en kunnen expertisecentra en onderzoekslijnen in een specifiek onderzoeksdomein worden uitgebouwd.

Doelstelling 8. Toepassen van praktijkonderzoek in werkveld en onderwijs

De finaliteit van wetenschappelijk onderzoek is de praktische toepassing. Onderzoek moet bijdragen aan efficiëntere en effectievere zorg en aan de optimalisatie van de verschillende proces-

sen in de gezondheidszorg. Om deze doelstelling te bereiken is het onvoldoende om de resultaten van het onderzoek te publiceren in een wetenschappelijk tijdschrift of ze te presenteren op een (internationaal) congres. Zo wordt immers maar een zeer beperkt deel van het werkveld bereikt. Wetenschappelijke publicaties en congressen richten zich vaak zuiver op onderzoekers, waardoor de wetenschappelijke output vooral circuleert in een selecte groep.

Onderzoeksresultaten moeten ook maatschappelijk gevaloriseerd worden en een effectieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Daarom is het belangrijk dat wetenschappelijke resultaten zo goed mogelijk worden geïntegreerd in de bestaande (zorg)processen en de dagelijkse zorgverlening. Dat impliceert een vertaalslag van de nieuwe wetenschappelijke kennis naar een format dat bruikbaar, integreerbaar en begrijpbaar is voor het werkveld. Die laatste stap, die leidt naar de werkelijke aanwending van kennis, wordt nog te vaak overgeslagen of geminimaliseerd.

Om een betere aansluiting te verkrijgen tussen wetenschap en praktijk is het noodzakelijk dat onderzoekers zich samen met de stakeholders van een innovatie buigen over de beste manier om de vernieuwing te integreren. Dat kan door gebruikersfora en focusgroepen die maatschappelijk verankerd zijn mee te betrekken en te bevragen in het valorisatietraject. Daarbij spelen de *advanced nurse practitioners*, de verpleegkundige masters en de expertverpleegkundigen uit onderwijs en werkveld, een cruciale rol.

8.1. Vertaalslag van wetenschappelijke kennis naar implementatie, onderwijs en training

Een concrete manier om onderzoek klinisch toepasbaar te maken is de vertaling in praktijkrichtlijnen en in opleidings- en trainingspakketten. Nieuwe kennis en inzichten moeten zo concreet en praktisch mogelijk aangeboden worden aan de werkvloer, onder de vorm van beslissingsbomen, actiekaarten, (digitale) tools en *clinical evidence*. Het is een elementaire voorwaarde om deze zaken ingang te laten vinden in de dagelijkse zorgverlening.

Ook moet aandacht worden besteed aan de opleiding en training van de (toekomstige) eindgebruikers zodat ze kunnen omgaan met deze nieuwe inzichten en technieken. Daarvoor moeten pakketten en cursussen worden ontwikkeld, al dan niet onder de vorm van *e-learning*. Het is van belang dat de betrokken onderzoekers uit hogescholen en universiteiten, ondersteund door hun valorisatiedienst, ook actief betrokken zijn bij deze finale stap. Onderzoek eindigt namelijk niet bij de publicatie van de resultaten, maar wel bij de effectieve toepassing door de eindgebruiker.

Deze opleidings- en trainingspakketten, eventueel ontwikkeld via projectmatig wetenschappelijk onderzoek (PWO) binnen het onderwijs, moeten vervolgens vlot kunnen doorstromen vanuit het onderzoeksveld naar zowel het onderwijs als het werkveld. Docenten moeten de kans krijgen om zich de nieuwe inzichten eigen te maken en ze, via de aangeboden tools, op een correcte wijze over te brengen aan hun studenten. Meer nog, de docenten kunnen een meerwaarde zijn bij de opleiding en training van verpleegkundigen op het werkveld in het kader van *Life Long Learning*. De zorgorganisatie kan dit proces nog extra faciliteren door tijd en middelen te begroten voor implementatie en door te werken met *mentor coaches* die in de equipes de kennisoverdracht mee kunnen ondersteunen. Op die wijze grijpen de drie poten van het interactie-model – onderwijs, onderzoek en werkveld – maximaal op elkaar in.

Actiepunten (Hoe willen we dit bereiken?):

- samenwerking en overleg tussen de verschillende onderzoeksgroepen en -instituten verder operationaliseren;
- het werkveld bepaalt mee de onderzoeksnoden en participeert aan onderzoek;
- vertaalslag van wetenschappelijke kennis naar implementatie, onderwijs en training.

Conclusie

Een betere afstemming tussen onderwijs, onderzoek en werkveld werd al in 2009 in het tienpuntenplan van Zorgnet Vlaanderen voor de verpleegkunde naar voor geschoven.²⁴ Als het in die driehoek goed zit, als er een goede interactie is op het terrein, dan kan dat zorgen voor een nieuwe dynamiek in de sector.

Die wisselwerking is en blijft een voortdurend aandachtspunt, omdat er steeds nieuwe uitdagingen zijn (complexiteit van de zorg, ontschotting intra- en extramuraal, vergrijzing, innovatieve ontwikkelingen) waaraan het verpleegkundig beroep moet beantwoorden. Als de maatschappelijke context verandert, moeten we de zorginhoud en de zorgvormen ook durven te herdenken en aan te passen. Dat is ook vandaag het geval. Het is immers voor verpleegkundigen belangrijk om goed voorbereid te kunnen starten in het werkveld.

Evidence based protocollen en richtlijnen dienen bruikbaar en toegankelijk te worden voor alle zorgprofessionals, maar ook voor docenten en studenten. Docenten moeten weten hoe ze die up-to-date wetenschappelijke kennis kunnen vinden, beoordelen en integreren. Ze kunnen hun studenten hierover enthousiasmeren en ze overtuigen van het belang van *evidence based practice*. Rituelen en gewoontes mogen best in vraag gesteld worden. In het werkveld dienen de nodige inspanningen gedaan te worden (door ICT, maar ook door tijd vrij te maken) om kennis op zo een eenvoudig mogelijke manier in de dagelijkse praktijk te implementeren. Het werkveld moet ook mee de onderzoeksnoden bepalen en participeren aan onderzoek. Zowel onderzoek, onderwijs als werkveld dienen te helpen om een vertaalslag te maken van wetenschappelijke kennis naar implementatie, onderwijs en training. Zo is de cirkel, of beter gezegd de driehoek, 'rond'.

Er zijn een aantal zaken op te noemen die dit proces kunnen faciliteren: gecombineerde aanstellingen, meer masters in de verpleegkunde, praktijkgerelateerd wetenschappelijk onderzoek, werkplekleren, *learning communities*, *lifelong learning*...

Zorgnet Vlaanderen formuleerde in deze publicatie een aantal doelstellingen en actiepunten waarvoor we de komende jaren, met vereende krachten, een bijzondere inspanning zullen moeten leveren. Het is duidelijk dat mensen uit onderzoek, onderwijs en werkveld zich meer tot elkaar zullen moeten richten.

Voorzichtige eerste stappen worden gezet, getuige hiervan deze publicatie. We moeten echter streven naar een passionele, intense (driehoeks)verhouding die kan uitmonden in een lang en gelukkig huwelijk. Een relatie die de zorg, het verpleegkundig beroep, maar vooral de zorgvrager ten goede komt.

²⁴ *Zorg voor de zorgende, tienpuntenplan voor een toekomstig manpowerbeleid*. www.zorgnetvlaanderen.be (publicaties)

Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

