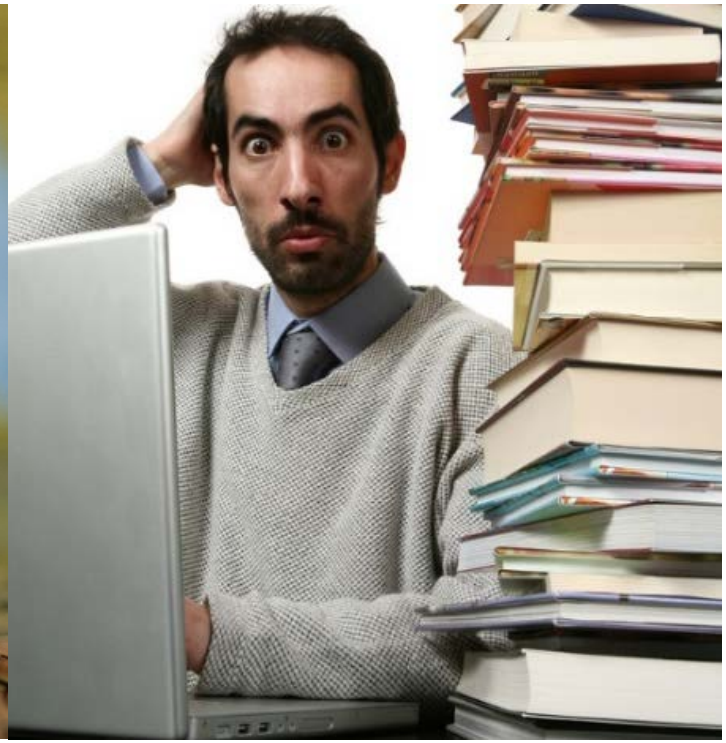
KCE REPORT 284As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

NAAR EEN AANPASSING VAN DE KCE RICHTLIJNEN AAN DE BEHOEFTEN VAN GEBRUIKERS





KCE REPORT 284As
METHOD

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

NAAR EEN AANPASSING VAN DE KCE RICHTLIJNEN AAN DE BEHOEFTEN VAN GEBRUIKERS

NADIA BENAHMED, JEF ADRIAENSSENS, WENDY CHRISTIAENS, DOMINIQUE PAULUS

VOORWOORD

Het KCE dat zichzelf als studieonderwerp heeft: ziehier een toch wel ongewone situatie. De aanzet hiertoe was een bijna existentiële kwestie bij onze onderzoekers, die hun bezorgdheden hadden geuit over de reële impact van hun praktijkrichtlijnen. Bedoeling van het onderzoek was dan ook om, zoals gewoonlijk, de resultaten te gebruiken om onze werkmethoden aan te passen. Maar daarvoor hadden we wel eerst de input van de gebruikers van onze guidelines op het terrein nodig. We lanceerden een grote online enquête bij onze belangrijkste doelgroepen, zijnde de artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en kinesitherapeuten, en verspreidden deze op grote schaal. De respons was groot, in die mate zelfs dat ook andere zorgberoepen te kennen gaven dat ze aan de enquête wensten deel te nemen.

We vonden het dan ook belangrijk om ons niet te beperken tot een introspectie, maar om iedereen, die zich de moeite heeft getroost om op onze vragen te antwoorden, op de hoogte te brengen van de resultaten.

Ondertussen besliste onze minister van Volksgezondheid Maggie De Block om een ‘EBP-plan’ op te zetten. Het doel hiervan is om de ontwikkeling, verspreiding en implementatie van richtlijnen – die vandaag inderdaad een beetje versnipperd zijn - samen te brengen en te coördineren binnen één enkel coherent netwerk dat ‘Evidence-Based Practice*’ promoot. Daarbij werd er een specifiek verzoek gericht aan het KCE: het plan op de rails zetten en vervolgens coördineren. Deze vooruitzichten gaven onze aan de gang zijnde denkoefening uiteraard nog een bijkomende ‘boost’.

Ons voorstel voor het EBP-plan zal binnen een paar maanden worden afgerond, maar de grote lijnen zitten reeds verweven in dit rapport. De teneur is dat een guideline alleen, hoe nauwkeurig ook, absoluut niet volstaat om een gedragswijziging te bewerkstelligen. Bij de ontwikkeling van een guideline moet in parallel ook alles in het werk worden gesteld om het terrein voor te bereiden en de aanvaarding te vergemakkelijken. Dit houdt in dat er meer moet worden gewerkt in een geest van co-ontwikkeling met de wetenschappelijke verenigingen, waarin de practici zich kunnen terugvinden, en met de patiënten. En met gebruik van alle nieuwe mogelijkheden van de informatietechnologie: voor de nieuwe generaties zijn ICT- tools immers onontbeerlijk.
Maar dit alles vergt andere vaardigheden, andere spelers, andere tools, andere stimulansen.

Kortom, Evidence-Based Practice gaat een nieuw tijdperk in.

** het concept van Evidence-Based Practice vervangt geleidelijk aan dat van Evidence-Based Medicine, door de toenemende tendens naar een multidisciplinaire zorgverlening.*

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD **1**
SYNTHESE **2**
1. CONTEXT **4**
2. ONDERZOEKSVRAGEN EN METHODES **6**
3. VAN BEWIJS NAAR PRAKTIJK **7**
3.1. VAN HET ONTSTAAN VAN KENNIS NAAR KENNISOVERDRACHT 7
3.2. DE VERSCHILLENDE STAPPEN IN DE KENNISOVERDRACHT 8
3.2.1. Ontwikkeling van de kennis 10
3.2.2. Disseminatie van de kennis 10
3.2.3. Gebruik en adoptie van de kennis 10
3.2.4. Implementatie van de kennis in de praktijk 10
3.3. IMPLEMENTEERBAARHEID VAN DE RICHTLIJNEN 10
4. AANPASSING VAN HET ONTWIKKELINGSPROCES VAN RICHTLIJNEN **12**
4.1. BESCHRIJVING VAN DE ONDERWERPEN DIE MOETEN WORDEN BEHANDELD IN EEN RICHTLIJN 12
4.1.1. Verzamelen van de onderwerpen waarvoor de ontwikkeling van een richtlijn nodig is 12
4.1.2. Prioritering van de onderwerpen voor richtlijnen 13
4.1.3. Selectie van de onderwerpen voor richtlijnen 13
4.2. ONTWIKKELING VAN DE RICHTLIJNEN 14
4.2.1. Samenstelling en organisatie van de Guideline Development Groups (GDG's). 14
4.2.2. Selectie van de onderzoeksvragen in elke richtlijn (scoping) 15
4.2.3. Overzicht en analyse van de wetenschappelijke literatuur (evidence) 16
4.2.4. Deliberatie en contextualisatie van de evidence 16

4.2.5. Formulering van de aanbevelingen 16
4.3. VALIDERING EN GOEDKEURING VAN DE RICHTLIJNEN 17
4.3.1. Validering 17
4.3.2. Goedkeuring van de KCE-richtlijnen 17
4.4. PRESENTATIE VAN DE RICHTLIJNEN 18
4.4.1. Formaat van de rapporten 18
4.4.2. Producten specifiek bestemd voor eindgebruikers 18
4.5. DISSEMINATIE, COMMUNICATIE EN PRAKTISCHE TOEPASSING 19
5. CONCLUSIES 19
5.1. VOORSTELLEN VOOR DE AANPASSING VAN DE ORGANISATORISCHE PROCEDURES VAN HET KCE 21
5.1.1. Organisatie en werking van de GDG's 21
5.1.2. Productie, validering en goedkeuring van de richtlijnen 21
5.1.3. Communicatie, disseminatie en implementatie van de richtlijnen 22
5.2. AANDACHTSPUNTEN VOOR HET EBP-PLAN 22
5.2.1. De omschrijving van de reikwijdte van het plan 22
5.2.2. De selectie van de onderwerpen van de richtlijnen 22
5.2.3. De disseminatie van de richtlijnen 23
■ **REFERENTIES 24**

1. CONTEXT

Evidence-Based Medicine (EBM) is een concept dat de voorbije twintig jaar aan belang gewonnen heeft en ondertussen goed bekend is bij alle zorgverleners - met wisselende appreciatie. We danken de EBM aan David Sackett, die het concept in 1996 als volgt definieerde[a]: "Het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal bij het nemen van beslissingen over de zorg voor de individuele patiënt". Voor een zorgverlener betekent EBM toepassen, het dagelijks combineren van drie aspecten:

- de eigen klinische kennis en ervaring,
- de 'bewijzen' of 'aantoonbare gegevens' (= evidence) geleverd door de wetenschappelijke literatuur en
- de voorkeuren en waarden van elke individuele patiënt.

De laatste jaren werd steeds meer nadruk gelegd op een multidisciplinaire benadering van de medische zorg. De term EBM heeft dan ook een semantische verschuiving ondergaan, naar die van *Evidence-Based Practice* (EBP).

De concepten EBM en EBP berusten dus op twee 'subjectieve' pijlers - de kennis en ervaring van de zorgverlener en de voorkeuren van de patiënt - en op één 'objectieve' pijler - de kennis uit de wetenschappelijke literatuur. Deze laatste is per definitie uitgebreid, complex en genuanceerd, en kan dus niet zonder meer toegepast worden. Er zijn hulpmiddelen nodig om ze te structureren, samen te vatten en ze geschikt te maken voor de praktijk. Deze hulpmiddelen worden 'aanbevelingen voor goede praktijk', 'richtlijnen voor klinische praktijk' of 'guidelines' genoemd.

De doeltreffendheid van richtlijnen is ver van optimaal.

Tegenwoordig worden richtlijnen overal ter wereld beschouwd als één van de fundamenten van de verbetering van de zorgkwaliteit. Maar ondanks grote investeringen in hun ontwikkeling en disseminatie wijst onderzoek uit dat hun doeltreffendheid ver van optimaal is, en dit geldt ook voor België. In een KCE[1]-studie van 2013 werd onderzocht waarom onze zorgverleners zo terughoudend zijn tegenover richtlijnen. Vervolgens stelden de onderzoekers vier grote pistes voor, om de situatie te verbeteren (zie kader).

De door het KCE voorgestelde pistes voor de verbetering van de disseminatie van richtlijnen (KCE Rapport 212)

- Een uniek platform voor de disseminatie van richtlijnen onder de zorgverleners.
- Duidelijke boodschappen in verschillende formaten, waarmee de aanbevelingen in de praktijk en in real time kunnen geconsulteerd worden.
- Nagaan of nationale richtlijnen nodig zijn, om de middelen efficiënter te verdelen tussen de ontwikkeling en de disseminatie van de richtlijnen in België.
- Een kwaliteitslabel voor de richtlijnen, door een erkende Belgische of buitenlandse instantie.

Het landschap van de Belgische richtlijnen is zeer versplinterd.

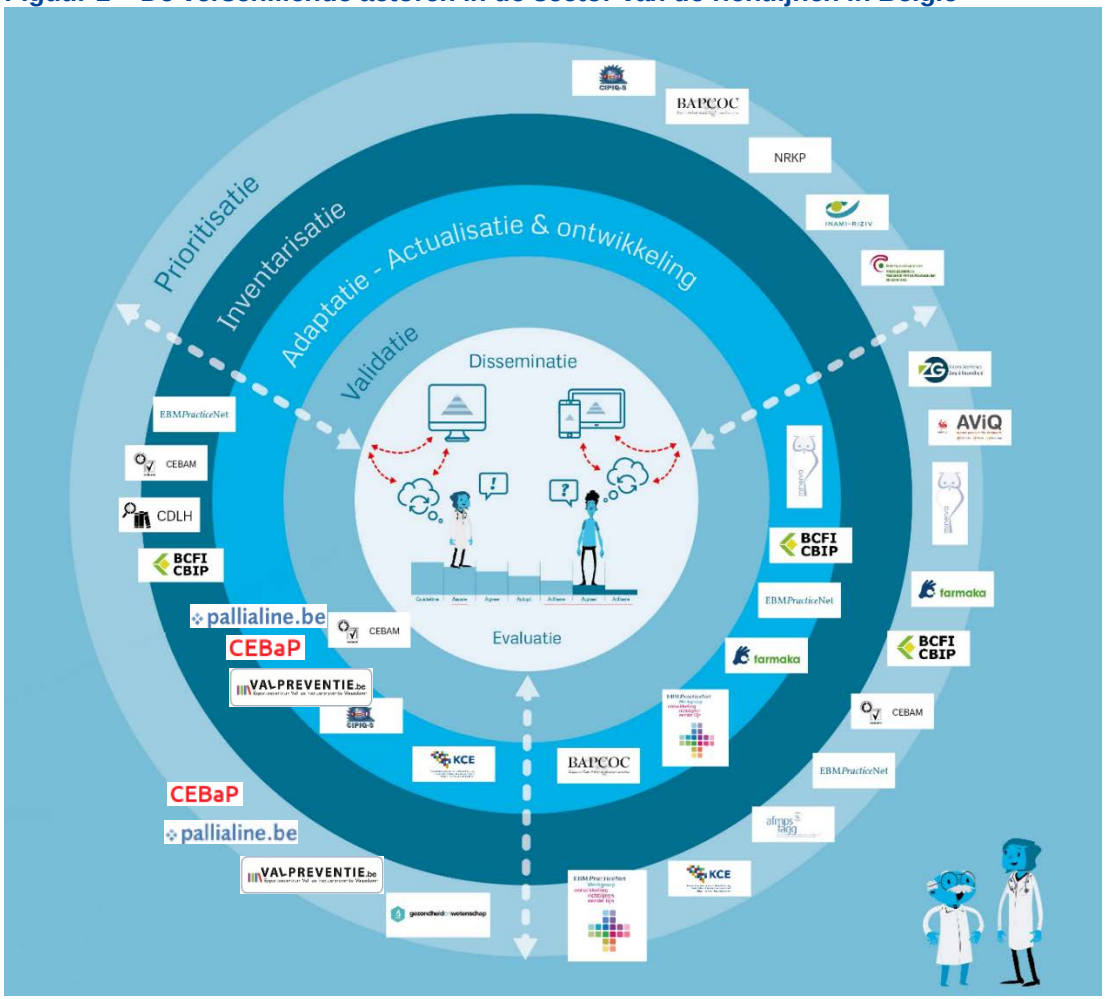
Het KCE is één van de vele actoren in ons land (zie figuur 1) die richtlijnen produceren[b]. Het waren de onderzoekers van het KCE zelf, die zich in het kader van een zelfevaluatieprocedure (*Common Assessment Framework* of CAF[c]) afvroegen of deze richtlijnen wel voldoende beantwoorden aan de behoeften van de eindgebruikers. Zoals aanbevolen in het KCE rapport van 2013 gingen ze daarom na hoe hun richtlijnen worden verspreid en onthaald.

a "the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients"

b Sinds 2009 werden door het KCE 31 richtlijnen ontwikkeld, waarvan 21 specifiek voor oncologie

c http://www.eipa.eu/en/topic/show/&tid=191 een tool die in de openbare sector wordt gebruikt om de prestaties te verbeteren.

Figuur 1 – De verschillende actoren in de sector van de richtlijnen in België



Bron: adapted from EBMPracticeNet, 2015.

Opstart van een nationaal EBM-plan

Sinds de opstart van onze studie werd er nog een nieuw initiatief genomen: het 'EBP-plan' van minister Maggie De Block. Het doel van dit plan is het samenbrengen en coördineren van alle bestaande initiatieven rond richtlijnen in België in één samenhangend netwerk. Daarnaast zal het zelf richtlijnen ontwikkelen waarvan de kwaliteit zal worden verzekerd door een centraal organisme, en zal het tools, die de toepassing in de praktijk moeten verbeteren, evalueren.

Het EBP-plan berust op twee reeds bestaande initiatieven, EBMPracticeNet en CEBAM. EBMPracticeNET is een netwerk van 'ontwikkelaars' en 'verspreiders' van richtlijnen. Ze willen een platform bieden voor de centralisatie van alle Belgische richtlijnen, de aanpassing van de buitenlandse richtlijnen aan de Belgische context, en de integratie van alle aanbevelingen in de elektronische medische dossiers (*contextual aids*, *evidence linkers*). EBMPracticeNet wordt gefinancierd door het RIZIV en is toegankelijk voor alle zorgverleners die werken in België. CEBAM (*Belgian Centre for Evidence-Based Medicine*) staat in voor de coördinatie en de methodologische supervisie, in samenwerking met de Belgische producenten van richtlijnen en de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP).
Aan het KCE werd gevraagd om een voorbereidende studie voor de ontwikkeling van het EBP-plan uit te voeren. De resultaten worden verwacht tegen juni 2017, maar het verloop en de conclusies van de huidige studie werden er wel al door beïnvloed.

2. ONDERZOEKSVRAGEN EN METHODES

De vragen die werden geformuleerd tijdens het CAF werden omgezet in vier onderzoeksvragen:

1. Hoe worden de richtlijnen (van het KCE) ervaren door de zorgverleners?
2. Wat zijn de verwachtingen en behoeften van die verschillende zorgverleners op het vlak van inhoud en presentatie?
3. Wat kan worden verbeterd op het vlak van inhoud, presentatie en disseminatie van de KCE-richtlijnen, om te voldoen aan de verwachtingen en behoeften van de zorgverleners?
4. Met welke methodes en hulpmiddelen kunnen de perceptie, de inhoud en het formaat van de richtlijnen worden verbeterd, om te voldoen aan de verwachtingen en de behoeften van de zorgverleners?

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, ontwikkelden we een **multimodale benadering**, met een combinatie van:

- Een zoektocht in de **internationale literatuur**, om ons onderzoek een theoretisch kader te geven en eventuele nieuwe hulpmiddelen te identificeren voor het omzetten en de verspreiding van de kennis. Dit domein maakt momenteel revolutionaire ontwikkelingen door. We hebben ons onderzoek beperkt tot de laatste vijf jaar. De methodologische details en de volledige, gedetailleerde resultaten van dit onderzoek kunt u terugvinden in Hoofdstuk 3 van het Wetenschappelijke rapport.
- Een enquête bij **Europese producenten van richtlijnen**, om hun procedures en hulpmiddelen te leren kennen. De methodologische details en de volledige, gedetailleerde resultaten van deze enquête kunt u terug vinden in Hoofdstuk 4 van het Wetenschappelijke rapport.

- Een enquête bij de **eindgebruikers** van richtlijnen, om hun perceptie over de bestaande richtlijnen en hun behoeften en verwachtingen in kaart te brengen. Deze online enquête werd uitgevoerd bij **vier gezondheidszorgberoepen voor wie het KCE reeds richtlijnen ontwikkelde**: artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en vroedvrouwen. De methodologische details en de volledige, gedetailleerde resultaten van deze enquête kunt u terugvinden in Hoofdstuk 5 van het Wetenschappelijke rapport.
- Een enquête bij vier vroegere deelnemers aan GDG's (*Guideline Development Groups*) van het KCE, over de organisatie van de GDG's.
- Op basis van deze vier stappen werden de KCE- procedures opnieuw grondig bekeken. De verschillende punten van deze kritische herziening werden vervolgens besproken **in een interne werkgroep van het KCE en** uiteindelijk verwerkt in het huidige rapport.

3. VAN BEWIJS NAAR PRAKTIJK

3.1. Van het ontstaan van kennis naar kennisoverdracht

Op het vlak van gezondheidszorg blijkt duidelijk dat het enkel genereren van kennis (via primaire klinische studies), om deze vervolgens te 'distilleren' (in de vorm van systematische reviews of richtlijnen) en te communiceren naar het doelpubliek (bv. via presentaties op congressen) niet volstaat om de praktijken op het terrein te doen evolueren. Er zijn veel specifiekere geïntegreerde processen voor kennisoverdracht nodig, en richtlijnen vormen daarvan de hoeksteen.

De ontwikkeling van richtlijnen is de voorbije jaren enorm geëvolueerd, naar een gedetailleerd uitgeschreven, nauwkeurige en gestructureerde methode. De keerzijde van deze medaille is echter dat het uiteindelijke resultaat van dit lange proces vaak volumineuze rapporten zijn, met een analyse van alle relevante publicaties en methodologische elementen. Dit is zeer belangrijk om de kwaliteit van de richtlijn te evalueren, maar het is allesbehalve gebruiksvriendelijk voor de eindgebruiker, zijnde de zorgverlener op het terrein.

We zijn ons ervan bewust dat o.a. de snelheid waarmee richtlijnen kunnen worden geraadpleegd of hun gebruiksvriendelijkheid cruciaal zijn voor een goede kennisoverdracht. Zorgverleners moeten de informatie op elk moment kunnen vinden, waar ze zich ook bevinden. Alleen dan zullen ze er bij hun klinische besluitvorming dagelijks gebruik van maken. Het gebrek aan 'implementeerbaarheid' van de huidige richtlijnen is één van de zwakke punten van het hele kennisoverdrachtproces. Het verklaart gedeeltelijk het relatieve gebrek aan succes van richtlijnen.

Een andere cruciale factor is het vertrouwen in de organisatie die de richtlijn ontwikkelde. We stellen namelijk vast - en dit werd bevestigd door de enquête onder de Belgische zorgverleners - dat zorgverleners geneigd zijn om de voorkeur te geven aan richtlijnen van hun eigen beroepsorganisatie (lokaal, nationaal of internationaal). Daarom zou voor de ontwikkeling van richtlijnen een nauwere samenwerking moeten komen tussen experten in methodologie en beroepsorganisaties.

Een derde kritische factor is de toegang tot tools voor het vergemakkelijken van de communicatie met patiënten. Het concept van *'shared decision making*' houdt in dat de patiënt zelf goed op de hoogte moet zijn van de gevolgen van zijn keuze. Dit vraagt van de zorgverlener bijkomende communicatievaardigheden. Om gezondheidswerkers in dit proces te ondersteunen, zijn beslissingshulpmiddelen en patiënteninformatie nodig, allemaal gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.

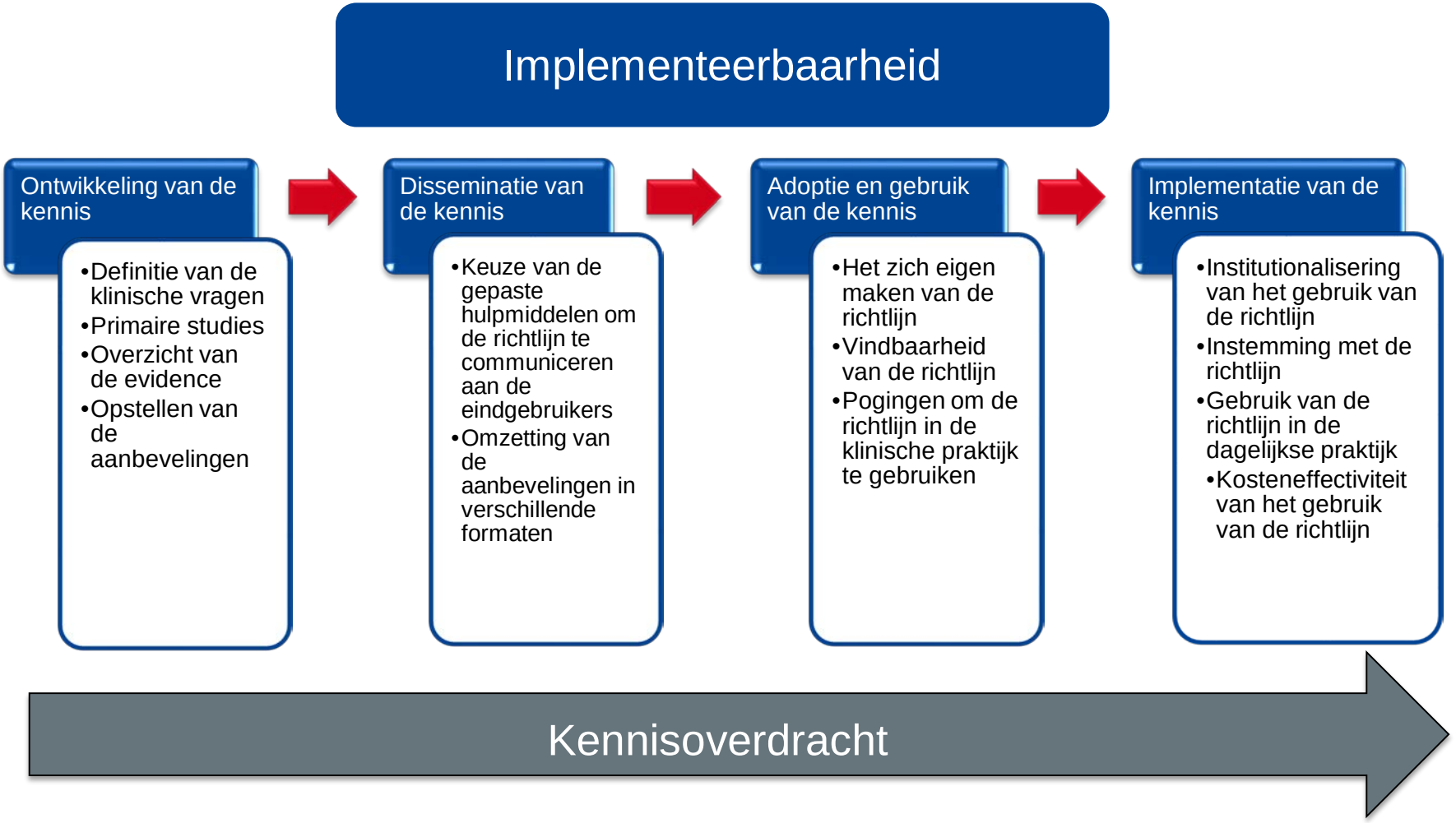
De waarden en voorkeuren van de patiënt moeten vroeg bij de ontwikkeling van een richtlijn worden meegenomen. Zij zijn niet alleen essentieel voor de ontwikkeling en het formuleren van richtlijnen, maar ook voor het ontwerpen van hulpmiddelen voor gedeelde besluitvorming.

De verschillende succesfactoren maken dus dat bepaalde maatregelen moeten genomen worden **vanaf het begin van het proces,** wat verregaande wijzigingen van de procedure met zich mee kan brengen.

3.2. De verschillende stappen in de kennisoverdracht

In Figuur 2 vindt u een overzicht van de verschillende stappen in de kennisoverdracht, van de ontdekking van nieuwe kennis tot de implementatie ervan. De vier opeenvolgende stappen (ontwikkeling, disseminatie, adoptie en gebruik, en implementatie van de kennis) zijn onderling nauw met elkaar verbonden. Elke stap kan de uiteindelijke de impact van het proces beïnvloeden.

Figuur 2 – Model van het globale Evidence-Based Practice- proces



3.2.1. *Ontwikkeling van de kennis*

De ontwikkeling en distillatie van de kennis vormt het nauwgezette, strikte proces voor het opstellen van een richtlijn op basis van evidence. Dit laatste wordt gehaald uit primaire studies, die een antwoord moeten bieden op duidelijk gedefinieerde onderzoeksvragen. De methoden voor deze eerste stap worden uitgebreid beschreven in het KCE *process book*.[2]

3.2.2. *Disseminatie van de kennis*

Bij 'disseminatie' wordt de kennis actief gedeeld met een vooraf bepaald doelpubliek (in tegenstelling tot 'diffusie', wat verwijst naar een spontane verspreiding van de informatie). Volgens de EPOC-classificatie (*Cochrane Effective Practice and Organisation of Care*), die het KCE toepaste in het rapport van 2013 over de disseminatie en de toepassing van richtlijnen in België, heeft geen enkele strategie een bewezen grote impact (bv. verspreiding van didactisch materiaal, onafhankelijke artsenbezoekers, lokale opinion leaders, …). Multifactoriële interventies lijken interessanter, maar het is moeilijk de optimale combinatie te bepalen.

3.2.3. *Gebruik en adoptie van de kennis*

In deze fase wordt de bruikbaarheid van de aanbevelingen getest. Dit houdt o.m. verband met de praktische haalbaarheid van de aanbevelingen en hun formaat. Daarnaast zijn er ook factoren die vanaf het begin van het proces moeten worden meegenomen, zoals het betrekken van de actoren en aandacht voor de waarden en voorkeuren van zorgverleners en patiënten.

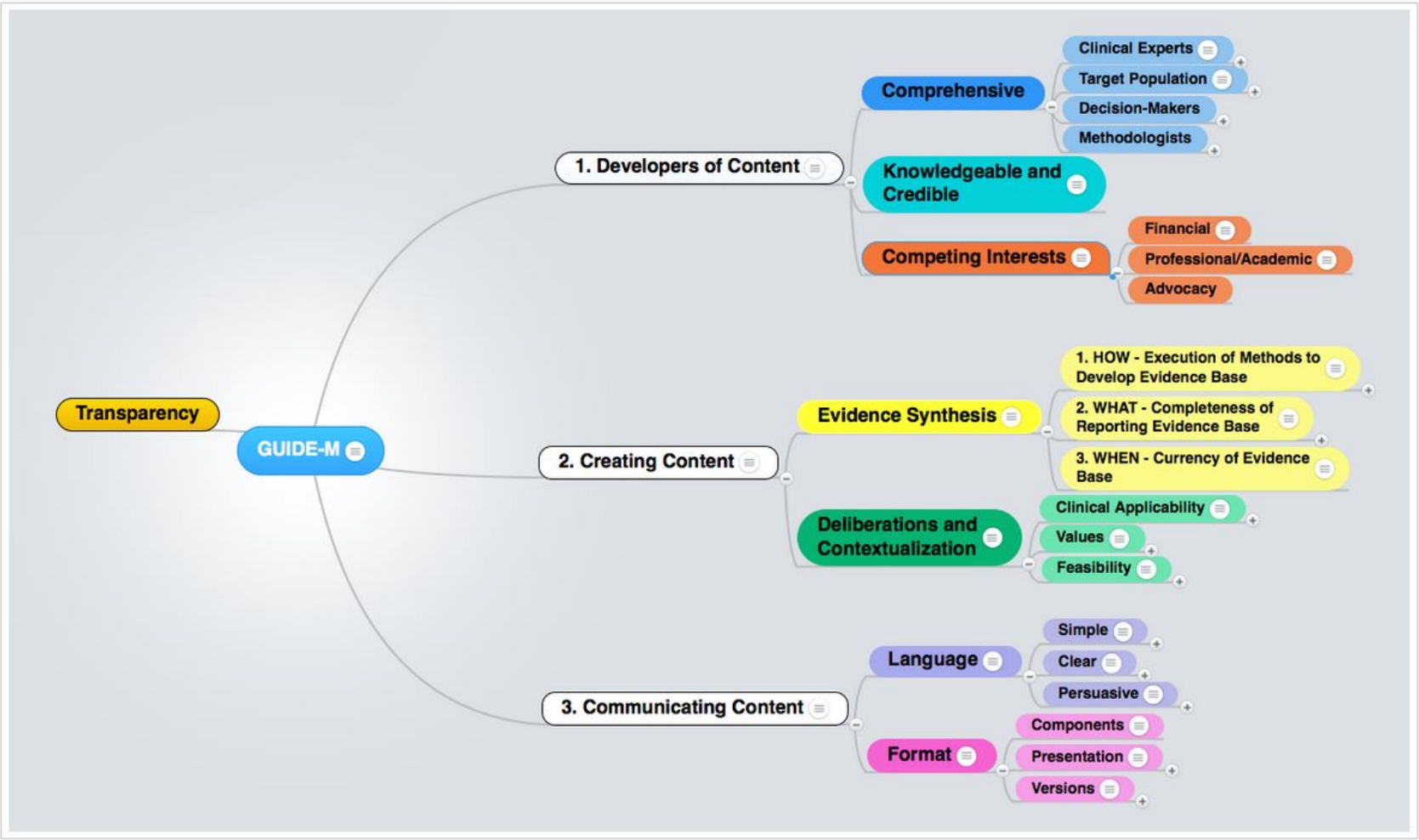
3.2.4. *Implementatie van de kennis in de praktijk*

De implementatie is het sluitstuk van de levenscyclus van een richtlijn. Ze wordt gemeten aan de hand van audits en feedback op het terrein.

3.3. Implementeerbaarheid van de richtlijnen

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om te 'voorspellen' hoe gemakkelijk (of moeilijk) een richtlijn zijn publiek zal bereiken en het zal motiveren om zijn praktijk te veranderen. We lichten die modellen hier niet verder toe (de geïnteresseerde lezer kan een beschrijving van drie van deze modellen vinden in Hoofdstuk 2.2 van het Wetenschappelijk rapport). Het recentste model, de GUIDE-M (*Guideline Implementability for Decision Excellence Model*), ontwikkeld door Brouwers & Bhattacharyya, is gebaseerd op 7 aandachtspunten waarmee rekening gehouden moet worden in de drie belangrijke fasen van het proces: wie ontwikkelde de inhoud? Hoe werd de inhoud ontwikkeld en hoe werd deze gecommuniceerd?

Figuur 3 – Schematische weergave van het GUIDE-M-model



Bron: Brouwers et al., 2015

4. AANPASSING VAN HET ONTWIKKELINGSPROCES VAN RICHTLIJNEN

4.1. Beschrijving van de onderwerpen die moeten worden behandeld in een richtlijn

4.1.1. Verzamelen van de onderwerpen waarvoor de ontwikkeling van een richtlijn nodig is

Volgens de enquête bij Belgische zorgverleners is meer dan een derde (37%) van oordeel dat ze niet genoeg richtlijnen ter beschikking hebben. Dit geldt vooral voor de verpleegkundigen (51%) en de kinesitherapeuten (45%). Ook de literatuur bevestigt dat er een nood is aan richtlijnen die tegemoet komen aan de specifieke behoeften van gebruikers en patiënten. Verder blijkt er vraag te zijn naar nieuwe onderwerpen (bv. het gebruik van externe defibrillatoren).

De onderwerpen die in aanmerking komen voor de ontwikkeling van richtlijnen worden meestal gekozen na een brede consultatie van het terrein. Daarbij worden de behoeften aan een *de novo* ontwikkeling, of aan een update van verouderde richtlijnen nagegaan.

Bij het KCE worden de onderwerpen geselecteerd via een publieke oproep, bij het opstellen van het jaarprogramma. Elke burger kan een voorstel van onderwerp indienen voor de ontwikkeling of een update van een richtlijn. Die voorstellen doorlopen vervolgens een vrij strenge selectie, volgens vooraf vastgelegde criteria (zie verder). Belangrijk daarbij is dat de oproep tot onderwerpen van het KCE niet enkel richtlijnprojecten betreft, maar ook HSR- (*Health System Research*) en HTA-projecten (*Health Technology Assessment*). Tijdens de interne selectieprocedure worden de ingediende onderwerpen ingedeeld in één van deze drie onderzoekscategorieën. Deze indeling kan afwijken van wat de indiener aanvankelijk had voorgesteld.

De enquête bij andere Europese ontwikkelaars van richtlijnen wijst uit dat deze fase - het verzamelen van onderwerpen - op zeer verschillende manieren kan worden georganiseerd. Sommige ontwikkelaars gebruiken een open consultatie, zoals het KCE, andere werken met vooraf opgestelde lijsten met onderwerpen. Die lijsten worden opgesteld in samenwerking met de beroepsorganisaties of op basis van een bibliotheek van gezondheidsdoelstellingen en kwaliteitsnormen die moeten worden gehaald. In België is een dergelijke bibliotheek nog niet beschikbaar, maar momenteel voert het KCE wel een studie uit naar de gezondheidsdoelstellingen (cf. project 2016-51-HSR-Health (care) objectives).

Voor het updaten van de bestaande richtlijnen hebben bepaalde instellingen zoals NICE[d] of NHG[e] een proactief proces ontwikkeld. Een dergelijk proactief proces bestaat niet bij het KCE, maar de interne werkgroep heeft wel aangedrongen op de ontwikkeling ervan.

In de toekomst, en met het oog op de komst van het EBP-plan, zal het verzamelen van onderwerpen voor richtlijnen centraal moeten gebeuren, op nationaal niveau, om een overmaat aan initiatieven over hetzelfde thema te vermijden. Een nationale oproep tot voorstellen zou gericht moeten worden aan een zo breed mogelijk publiek (bv. beroepsorganisaties, patiëntenverenigingen, beleidsmensen, RIZIV, ontwikkelaars van nationale en internationale richtlijnen, zorgverleners…).

De behoeften aan updates van reeds bestaande richtlijnen zouden d.m.v. een systematisch en gecentraliseerd onderzoek in kaart moeten worden gebracht. De onderwerpen die in aanmerking komen voor een update, kunnen dan worden toegevoegd aan de lijst van onderwerpen voor een richtlijn. De procedures van NICE of NHG kunnen als voorbeeld dienen voor dergelijke systematische opsporing. Experten in literatuuronderzoek (*information specialists*) kunnen bij dit proces een meerwaarde bieden.

---

[d] National Institute for Health and Care Excellence (https://www.nice.org.uk/)

[e] Nederlands Huisartsengenootschap (https://www.nhg.org)

4.1.2. Prioritering van de onderwerpen voor richtlijnen

Zodra de onderwerpen zijn verzameld, gaat NICE in het Verenigd Koninkrijk over tot een prioritering. Dit wordt gedaan door commissies bestaande uit vertegenwoordigers van de gezondheidsautoriteiten, de beroeps-organisaties, de organisaties van gebruikers van diensten en hun familie, en de zorgverleners.

Volgens de KCE-procedure gebeurt een eerste classificatie van de onderwerpen voor het werkprogramma, waaronder de ontwikkeling van richtlijnen, door de experten en de directie, op basis van de volgende criteria (indien van toepassing):

- Politieke relevantie ter ondersteuning van de besluitvorming;
- Frequentie van de pathologie of het gezondheidsprobleem;
- Ernst van de pathologie of het gezondheidsprobleem;
- Mogelijkheid tot verbetering van de huidige behandeling;
- Haalbaarheid van het onderzoek.

Bij het KCE wordt de prioritering van onderwerpen voor oncologische richtlijnen traditioneel gedaan in samenwerking met het College voor Oncologie.

De *short list* van onderwerpen wordt vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan de Raad van Bestuur van het KCE.

Met uitzondering van de *Haute Autorité de Santé*[f] (HAS), die geen geformaliseerde procedure voor de selectie van onderzoeksonderwerpen gebruikt, maken alle bevraagde ontwikkelaars van richtlijnen hun selectie op basis van criteria die vergelijkbaar zijn met die van het KCE. De selectie wordt meestal gedaan door groepen van experten, waarvan de samenstelling varieert in functie van de ontwikkelaar. Uitzondering hierop zijn NICE en SIGN[g], waar de beleidsmakers de definitieve selectie maken.

4.1.3. Selectie van de onderwerpen voor richtlijnen

Om coherent te blijven met de voorgaande punten, zou de definitieve selectie van de onderwerpen voor richtlijnen ook centraal moeten gebeuren. Voor de eerste selectie kunnen de hierboven vermelde criteria gebruikt worden. Volgens de KCE-werkgroep moet ook rekening worden gehouden met de volgende drie elementen:

- Er bestaat nog geen recente en kwaliteitsvolle richtlijn over hetzelfde onderwerp
  - Op Belgisch niveau

    Vooraleer een richtlijn wordt ontwikkeld moet worden nagegaan wat er reeds in België bestaat, zowel op federaal als op het niveau van de deelstaten. Daarnaast moet de database van de onderzoeksprojecten die lopende of gepland zijn bij de verschillende partners van het Health Research System (*Planned and Ongoing Projects* – POP databank), worden geraadpleegd. Het EBP-plan zou ook een voorafgaande consultatie van de vertegenwoordigers van de patiënten en beroepsorganisaties moeten voorzien. De keuze van deze organisaties moet afhangen van de onderwerpen die werden verzameld na de centrale oproep. Ten slotte moet ook een eventuele update van de Belgische richtlijnen besproken worden.
  - Op internationaal niveau

    Vooraleer een Belgische richtlijn wordt ontwikkeld moet ook worden nagegeaan of er al buitenlandse richtlijnen over hetzelfde onderwerp bestaan. Dit kunnen richtlijnen zijn die werden opgesteld door beroepsorganisaties of door ontwikkelaars van richtlijnen. Het EBP-plan moet dus een procedure uitwerken voor een systematische controle en kwaliteitsmeting van de internationale richtlijnen. GIN (*Guidelines International Network*) biedt bijvoorbeeld een bibliotheek aan van 6400 richtlijnen, ontwikkeld en goedgekeurd door de leden van deze internationale

[f] http://www.has-sante.fr/portail/

[g] Scottish Intercollegiate Guidelines Network, http://www.sign.ac.uk

organisatie. Als men beslist om buitenlandse richtlijnen te gebruiken, moeten deze nog wel worden aangepast aan de Belgische context. De enquête bij de Belgische zorgverleners wijst er immers op dat de aanpassing van een buitenlandse richtlijn van hoge kwaliteit, het gebruik van deze richtlijn bevordert.

- De mogelijkheid tot internationale samenwerking
  - Het EBP-plan kan ook een procedure voor Europese en/of internationale samenwerking voorzien, waardoor eventuele onderwerpen en werkprogramma's van andere ontwikkelaars kunnen worden vergeleken. Op die manier kan onderzoek naar onderwerpen, waarover andere ontwikkelaars spoedig zullen publiceren, worden vermeden. Bovendien kan dit de kosten voor de ontwikkeling van *de novo* richtlijnen verlagen (tenminste, als de ontwikkelaars kwaliteitsnormen hanteren die vergelijkbaar zijn met de Belgische).
- Overeenstemming met de gezondheidsdoelstellingen en de behoeften van de zorgverleners
  - De onderwerpen waarvoor een *de novo* richtlijn moet worden ontwikkeld (dus geen update, een aanpassing of een internationale samenwerking) zouden moeten worden geprioriteerd volgens een duidelijk afgelijnde procedure binnen het EBP-plan. Dit kan gebeuren op basis van een lijst met vooraf vastgelegde gezondheidsdoelstellingen en (onvervulde) behoeften, waarbij rekening wordt gehouden met de standpunten van de wetenschappelijke verenigingen, patiënten, burgers[3], en de federale en gefedereerde beleidsmakers.

Het governance platform van het EBP-plan kan de geselecteerde onderwerpen vervolgens toekennen aan de Belgische ontwikkelaars van richtlijnen op basis van nog vast te leggen criteria. De definitieve lijst van de richtlijnen die aan het KCE worden toegewezen zou vervolgens ter goedkeuring worden voorgelegd aan zijn Raad van Bestuur.

4.2. Ontwikkeling van de richtlijnen

4.2.1. Samenstelling en organisatie van de Guideline Development Groups (GDG's).

- Samenstelling van de GDG

De literatuur benadrukt het belang van de manier waarop de GDG is samengesteld. Deze moet zo breed mogelijk zijn, en bestaan uit vertegenwoordigers van de zorgverleners en experten in methodologie. Ook met het standpunt van de patiënt moet rekening worden gehouden.

Voor de samenstelling van zijn GDG's volgt het KCE de voorschriften van de literatuur[4].

De vertegenwoordigers van de **beroepsorganisaties** van zorgverleners moeten worden uitgenodigd om deel te nemen aan de GDG. Het is belangrijk om hen van bij het begin bij het proces te betrekken, zodat ze zich volledig engageren bij de uitwerking van de richtlijn. Het is een absolute voorwaarde om de adoptie en het gebruik door hun leden te bevorderen. Volgens de enquête bij de Belgische zorgverleners hechten de zorgverleners veel belang aan het feit dat een richtlijn werd gepubliceerd of goedgekeurd door hun beroepsorganisatie. Maar zoals de interne werkgroep van het KCE benadrukt, moet een evenwicht gevonden worden tussen de meerwaarde van die steun van de beroepsorganisaties en anderzijds een werkbaar aantal GDG-leden. Met te grote groepen is het heel moeilijk om kwaliteitsvol werk af te leveren. Dit is bijvoorbeeld een probleem voor de multidisciplinaire richtlijnen, waarbij soms een brede waaier van beroepsorganisaties worden betrokken.

De **patiënten** en hun **vertegenwoordigers** spelen een belangrijke rol bij de bepaling van de onderzoeksvragen, bij de deliberatie en de contextualisatie, en bij de formulering van de aanbevelingen. Hun deelname brengt echter ook een aantal praktische uitdagingen met zich mee. Zo is er het aspect van de taal (de vergaderingen verlopen vaak in het Frans/Nederlands of in het Engels) maar ook het technisch niveau van de besprekingen. Het zou dus nuttig zijn om specifieke modaliteiten te ontwikkelen om hen te laten deelnemen aan de debatten op een nuttige manier, zonder hen te ontmoedigen. Zo kunnen bv. individuele patiënten geraadpleegd worden

door eentalige groepen bij het begin (bepaling van de onderzoeksvragen) en op het einde van het project (contextualisatie, aanbevelingen). Deze raadplegingen kunnen een aanvulling zijn op de bijeenkomsten van de stakeholders die nu al georganiseerd worden, en kunnen afzonderlijk worden gerapporteerd aan de GDG.

- Organisatie van de vergaderingen van de GDG

  Meerdere ex-GDG-leden benadrukten hun sterke intrinsieke motivatie om aan een GDG deel te nemen, ondanks de hoge werklast van de voorbereiding van deze vergaderingen. Ze vinden wel dat ook extrinsieke motivatie-elementen – buiten de financiële compensatie – nuttig kunnen zijn, zoals de toekenning van accreditatiepunten (credit points).

  De interne werkgroep van het KCE stelt voor om vergadermethodes uit te testen met nieuwe communicatietechnologieën. Ze haalden hun inspiratie uit de methodes van internationale organisaties[5], telegeneeskunde[6-8] of afstandsonderwijs[9]. Ze suggereren om de GDG's soepeler te organiseren, door vergaderingen met fysieke aanwezigheid af te wisselen met asynchrone consultaties online en synchrone besprekingen via videoconferentie. Criteria zoals het aantal deelnemers, hun individuele technische competenties, de frequentie van de vergaderingen, de afstanden, het behoud van een aangename sfeer tijdens de debatten enz... moeten daarbij worden geëvalueerd. Deze innovatieve modaliteiten kunnen worden uitgetest bij de volgende richtlijnprojecten van het KCE.

- Rol van de GDG bij de disseminatie van de richtlijnen

  De GDG speelt een doorslaggevende rol bij de disseminatie van de richtlijnen. Maar volgens de bevraagde ex-GDG-leden is die rol niet expliciet genoeg en wordt hij ook niet voldoende benut. In een geest van co-creatie kunnen de leden van de GDG die de beroeps-organisaties vertegenwoordigen, de rol opnemen van rapporteurs bij hun organisatie en de goedkeuring van de definitieve richtlijn door hun collega's bevorderen.

4.2.2. Selectie van de onderzoeksvragen in elke richtlijn (scoping)

Het doel van de eerste vergadering van een GDG is de bepaling van de onderzoeksvragen (*scoping*). Daarbij spelen de beschikbare middelen vaak een belangrijke rol. Zoals reeds vermeld in het vorige punt, wordt ook best rekening gehouden met informatie, overwegingen en getuigenissen van individuele patiënten.

Met de procedures van NICE als inspiratie[10], kunnen in deze *scoping*fase de twee bijkomende elementen in aanmerking worden genomen:

- De gegevens verzamelen die nodig zijn voor de economische contextualisatie van de klinische vragen. De ex-GDG-leden stelden immers dat de economische context voor de patiënt, zoals de persoonlijke kost, te weinig aandacht krijgt, in vergelijking met de economische contextualisatie van NICE (waar elke vraag ook wordt bekeken vanuit een economisch, individueel en sociaal oogpunt). Daarom moet in het EBP-plan vooraf gedefinieerd worden welke plaats de economische contextualisatie in de Belgische richtlijnen zal krijgen.

- Zodra de scope van de richtlijn door de GDG is bepaald, moet die scope worden geïntegreerd in een cartografie van alle bestaande of in ontwikkeling zijnde nationale richtlijnen. De reikwijdte van bepaalde onderzoeksvragen kan hierdoor worden beperkt, in functie van andere richtlijnen, en de resultaten van bepaalde onderzoeksvragen kunnen op hun beurt gebruikt worden voor andere richtlijnen. Die cartografie wordt best gecentraliseerd binnen het EBP-plan. Voor de uitwerking kan men zich laten inspireren door de NICE-procedure.

De keuze van de term *Evidence Based Practice* (EBP) in plaats van *Evidence Based Medicine* (EBM) heeft een grote impact op de *scoping*. Het doel van deze conceptuele verschuiving is om de productie van richtlijnen uit te breiden naar alle gezondheidszorgberoepen, i.p.v. ze te beperken tot enkel de artsen. Voor de toekomstige richtlijnen impliceert dit vaak een meer holistische kijk, waarbij ook interventies die eerder psychosociaal dan medisch zijn (levensstijl, terugkeer naar het werk, enz.) zullen worden meegenomen. Dit kan het aantal onderzoeksvragen sterk doen toenemen, waarbij ook domeinen aan bod komen waarvoor er veel minder hoogkwalitatieve studies bestaan. In het vooruitzicht van een nationaal netwerk van richtlijnen, gecoördineerd door het EBP-plan, zal een nauwkeurige omschrijving van het type interventie dat onder de noemer '*Practice*' valt, dan ook van cruciaal belang zijn.

4.2.3. Overzicht en analyse van de wetenschappelijke literatuur (evidence)

De manier waarop wetenschappelijke gegevens worden samengevat in een wetenschappelijk rapport[4] is volgens de literatuur belangrijk voor een betere aanvaarding en implementatie van een richtlijn. Dit overzicht moet de methodologie beschrijven, alle pertinente evidence bevatten en de periode vermelden voor dewelke deze werd verzameld.

De procedures die het KCE toepast voor de analyse en het overzicht van de evidence, worden beschreven in het *process book*[10] en voldoen aan dezelfde normen als die van de andere ontwikkelaars van richtlijnen die deelnamen aan onze enquête. Volgens de interne werkgroep kunnen die processen worden versneld met behulp van technische hulpmiddelen, voor de selectie van artikelen en de extractie van de evidence (bv. : n GRADEPro GDT[11, 12] Magic App[13], Covidence[14]…).

4.2.4. Deliberatie en contextualisatie van de evidence

In de deliberatie en contextualisatie van de evidence spelen klinische en economische elementen een rol, net als de waarden en voorkeuren van de patiënt (die beter moeten worden ingezameld, zie sectie 4.2.1). In het KCE gebeurt deze fase, net als bij de andere bevraagde ontwikkelaars, door raadpleging van de stakeholders. Sommige ontwikkelaars leggen echter meer nadruk op de economische aspecten. Ze voeren ook een studie uit naar de hulpmiddelen voor de implementatie van de aanbevelingen, een kostenanalyse voor gezondheidssysteem en patiënt, en een kosteneffectiviteitsstudie van de aanbevolen interventies uit.

De omvang van het economische gedeelte moet reeds vanaf de *scoping* van het project worden gedefinieerd. Daarbij moet rekening worden gehouden met de beslissingen op nationaal vlak (EBP-plan). Daarom moet een gezondheidseconoom deel uitmaken van het team dat de richtlijnen ontwikkelt.

4.2.5. Formulering van de aanbevelingen

De formulering van de aanbevelingen volgt de strenge redactionele regels van het *process book* van het KCE[2]. Deze regels zijn vergelijkbaar met die van de andere bevraagde richtlijn-ontwikkelaars.

NICE stelt zijn aanbevelingen op in samenwerking met de leden van de GDG, die zijn opgeleid in de schrijfregels. Per richtlijn worden 2 tot 15 vergaderingen georganiseerd, in een streven naar co-creatie. De evidence wordt besproken in deze vergaderingen, die één of twee opeenvolgende dagen duren. De instemming van de leden van de GDG met de geformuleerde aanbevelingen en hun betrokkenheid bij de latere disseminatie via hun beroepsorganisatie staan in verhouding tot de mate waarin de leden betrokken waren bij hun uitwerking.[10, 15]

Deze NICE-strategie kan moeilijk zomaar worden toegepast in België, door de meertalige context van ons land en de fundamentele verschillen in de modaliteiten voor de terugbetaling van prestaties. Bij het KCE wordt een eerste versie (in het Engels) van de aanbevelingen, samen met de evidence, online besproken met de leden van de GDG. Vervolgens worden in een face-to-face meeting de verschillende opmerkingen van de leden behandeld. Enkel de definitieve versie van de aanbevelingen wordt vertaald naar het Nederlands en het Frans.

Het gebruik van gestandaardiseerde hulpmiddelen zou de online raadpleging van de GDG-leden kunnen vergemakkelijken. Een voorbeeld is de DECIDE[h] tool, die werd ontwikkeld door de GRADE-groep[i].[12] Deze tool maakt het mogelijk om:

- de leden van een panel te informeren over de voor- en nadelen van elke bestudeerde interventie;
- na te gaan of alle factoren die noodzakelijk zijn voor de besluitvorming in aanmerking genomen werden;
- een beknopte samenvatting van de evidence te geven, waarmee het advies van het panel kan worden gedocumenteerd;
- de discussies binnen het panel te structureren en de redenen voor meningsverschillen te identificeren;
- de transparantie bij de besluitvorming te vergroten voor de gebruikers of de beleidsmakers.

4.3. Validering en goedkeuring van de richtlijnen

4.3.1. Validering

De validering van de KCE-richtlijnen voor de eerste lijn verloopt in twee fasen: een methodologische validering door CEBAM en een inhoudelijke validering door externe validatoren. Deze validering is belangrijk voor een grotere geloofwaardigheid, aanvaardbaarheid en transparantie, wat volgens de literatuur belangrijke factoren zijn voor een betere implementatie[4, 16, 17].

In het kader van het toekomstige EBP-plan zou een validering door CEBAM een uniforme kwaliteit voor alle Belgische richtlijnen moeten garanderen.

Zoals hierboven vermeld, gaven de zorgverleners in de enquête aan dat er vraag is naar een uniek platform waar alle Belgische richtlijnen beschikbaar zijn, met een kwaliteitsgarantie. EBMPracticeNet, dat al als centraal verspreidingsplatform werd vermeld in KCE-rapport 212[1], zou deze taak kunnen opnemen, temeer omdat huisartsen het al courant gebruiken. Momenteel is er een uitbreiding voor de andere beroepen aan de gang.

4.3.2. Goedkeuring van de KCE-richtlijnen

De KCE-richtlijnen moeten worden goedgekeurd door zijn Raad van Bestuur, voordat ze gepubliceerd worden op de KCE-website (met communicatie naar de media) en door de beroepsorganisaties onder de eindgebruikers verspreid worden. Maar deze strategie is vaak weinig uitgewerkt en daarom weinig doeltreffend.

Om bij de ontwikkeling van richtlijnen meer samenwerking te verkrijgen, zou de goedkeuring door de deelnemende beroepsorganisaties een grote troef zijn. Eventuele belangenconflicten zullen dan wel goed moeten worden beheerd. Deze goedkeuring kan geformaliseerd worden door het logo van de organisatie duidelijk en zichtbaar op de cover van de richtlijnen te plaatsen. Op die manier wordt tegemoetgekomen aan de vraag van de zorgverleners naar richtlijnen die afkomstig zijn van (en goedgekeurd door)

h **D**eveloping and **E**valuation **C**ommunication strategies to support **I**nformation **D**ecisions and practice based on **E**vidence

i **G**rading of **R**ecommendations **A**ssessment, **D**evelopment and **E**valuation

hun beroepsorganisatie. De combinatie van de methodologische knowhow van het KCE en de terreinervaring van de beroepsorganisaties zou een bijkomende kwaliteitsgarantie zijn voor alle eindgebruikers.

De KCE-werkgroep stelt voor om het beleid van het KCE m.b.t. de auteurs van de richtlijnen (*authorship*) niet te wijzigen, maar de beroepsorganisaties die de richtlijn hebben goedgekeurd, samen met hun logo duidelijk te vermelden bij de naam van de KCE-onderzoekers en de leden van de GDG.

4.4. Presentatie van de richtlijnen

4.4.1. Formaat van de rapporten

Het huidige formaat van de wetenschappelijke rapporten van de KCE-richtlijnen is zeer goed afgestemd op hun methodologische validering. De volgorde van de structuur is logisch en geeft duidelijk het ontwikkelingsproces weer.

Vanuit een wetenschappelijk standpunt is deze manier van structureren adequaat, maar op communicatief vlak blijkt dat niet het geval te zijn. De volgorde waarin de elementen worden voorgesteld, stemt namelijk niet overeen met de prioriteiten van de zorgverlener, en dat bleek ook uit de enquête. De volgorde beantwoordt evenmin aan de voorschriften van de literatuur over de communicatie van evidence-based informatie aan eindgebruikers[16-22].

Vandaag bestaan er informaticatools (bv. Magic App) waarmee informatie uit richtlijnen snel kan worden gereorganiseerd, voor de ontwikkeling van verschillende communicatiehulpmiddelen. Het gebruik van deze hulp-middelen op nationaal niveau kan een zekere standaardisatie mogelijk maken om richtlijnen van uiteenlopende oorsprong aan de zorgverleners te communiceren en de opname van de aanbevelingen in elektronische dossiers te vergemakkelijken. Dit zou een aandachtspunt kunnen zijn voor het EBP-plan.

4.4.2. Producten specifiek bestemd voor eindgebruikers

Uit de enquête bij de zorgverleners blijkt dat de samenvatting van de aanbevelingen, hun bewijskracht en -niveau als de meest belangrijkste elementen van een richtlijn worden beschouwd. Dit alles wordt nu al in de synthese bij elke KCE-richtlijn vermeld.

De enquête bracht echter ook aan het licht dat er vraag is naar praktische hulpmiddelen op basis van de richtlijnen. Voorbeelden hiervan zijn hulpmiddelen bij de besluitvorming van de zorgverlener, zoals klinische beslissingsbomen, brochures en andere tools voor communicatie tussen zorgverleners en patiënten. Het KCE werkte reeds een aantal tools uit, als begeleiding bij zijn richtlijnen (bv. app voor smartphone, tablet en PC om preoperatieve testen te bepalen[23], hulpmiddelen voor de besluitvorming bij artsen, en vereenvoudigde fiches voor patiënten waanneer ze vragen om te worden gescreend op prostaatkanker[24], informatie bij het maken van een geïnformeerde keuze bij borstkankerscreening[25])... Maar deze worden nog niet algemeen gebruikt.

De literatuur bevestigt dat de ontwikkeling van dergelijke tools de disseminatie en implementatie van de richtlijnen bevordert[26, 27]. NICE heeft dat trouwens goed begrepen. Het organiseert de online toegang tot zijn richtlijnen aan de hand van een navigatiesysteem. Dat geeft de bezoeker de keuze tussen de meest eenvoudige informatie (de gids bestemd voor de patiënt) en steeds meer gespecialiseerde tools en documenten. Het volledige wetenschappelijke document wordt op het einde van de keten aangeboden. Opgemerkt moet wel worden dat NICE en NHG een specifieke afdeling hebben met communicatie- en marketingspecialisten, die deze tools en hun disseminatiekanalen ontwerpen. De ontwikkeling van een NICE- richtlijn gaat trouwens altijd gepaard met een communicatieplan.

Het EBP-plan moet dus zeker een strategie ontwikkelen voor de disseminatie van de richtlijnen, met behulp van tools die de adoptie van deze richtlijnen door de eindgebruikers bevorderen. De ontwikkeling van deze tools zou moeten worden toevertrouwd aan specialisten in communicatie en sociale marketing. Zij moeten nauw samenwerken met de Belgische richtlijn-ontwikkelaars en met de structuur die verantwoordelijk is voor de gecentraliseerde verspreiding van de richtlijnen. In de literatuur zijn talrijke voorbeelden van tools beschikbaar.[16, 17, 19, 21, 22, 26, 28-36]. Er kan een

werkgroep binnen het KCE worden opgericht om de middelen die nodig zijn voor de ontwikkeling van deze tools te identificeren.

4.5. Disseminatie, communicatie en praktische toepassing

De Belgische zorgverleners willen kunnen beschikken over een uniek toegangspunt tot richtlijnen, waarvan de kwaliteit gegarandeerd wordt. Dit toegangspunt moet eenvoudig te gebruiken en gemakkelijk toegankelijk zijn, en gemeenschappelijk voor alle ontwikkelaars. Een centrale disseminatie is dan ook een taak voor het toekomstige EBP-plan.

In de enquête verklaarde slechts een derde van de zorgverleners geïnformeerd te worden over de publicatie of update van richtlijnen. De informatiekanalen die ze het vaakst vermeldden, waren conferenties en mailings. De beroepsorganisaties die een richtlijn hebben goedgekeurd en voorzien van hun label, moeten dus worden aangemoedigd om conferenties of andere evenementen te organiseren voor de disseminatie. Mailings, die het KCE al gebruikt voor de verspreiding van zijn eigen richtlijnen, zijn zeer eenvoudig, op voorwaarde dat de zorgverleners zich hiervoor inschrijven op het systeem.

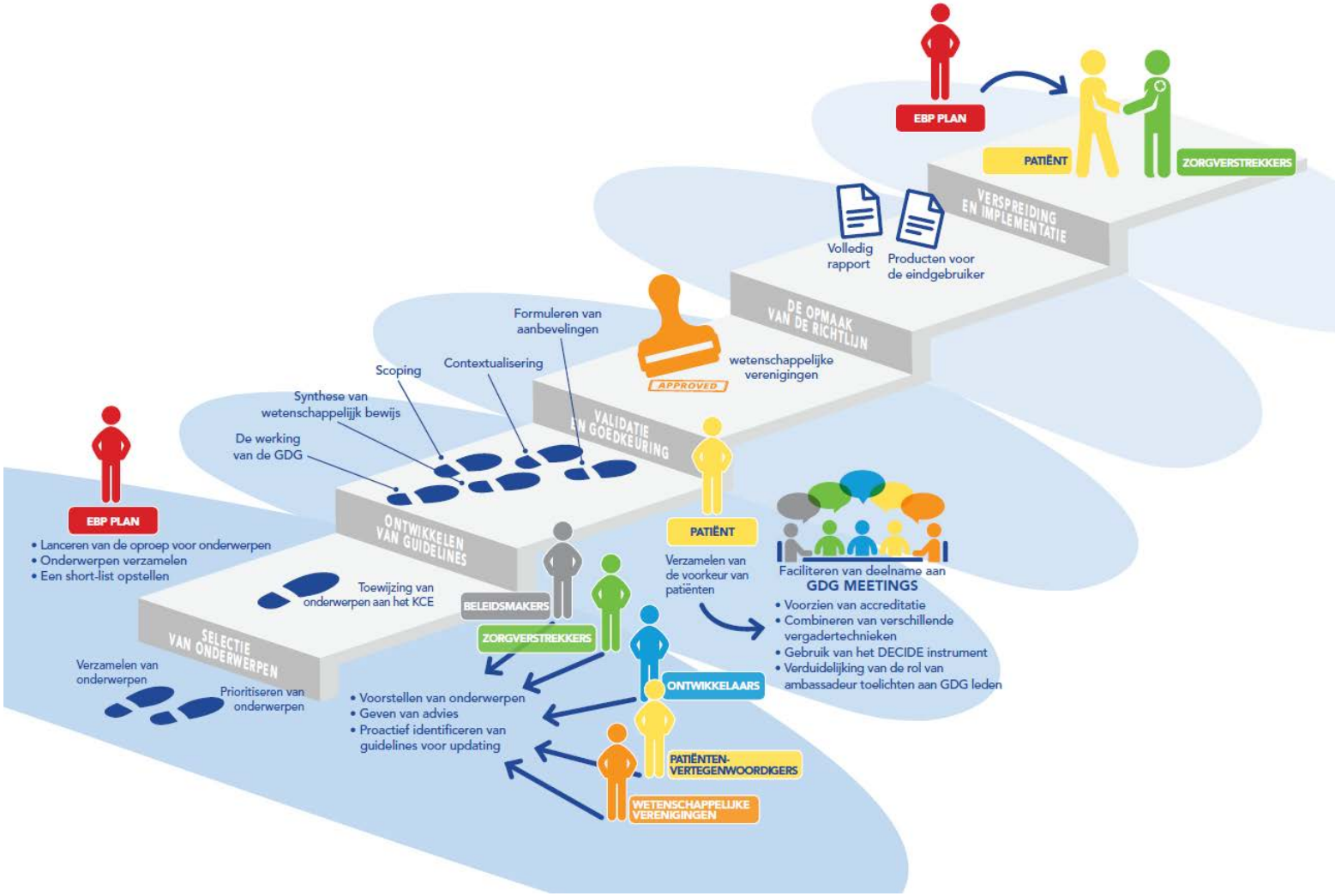
De deelnemers aan de enquête vonden het ook essentieel dat aan de richtlijnen een implementatieplan voor de aanbevelingen wordt toegevoegd (de middelen die nodig zijn voor de implementatie van de aanbevelingen). De KCE-richtlijnen bevatten dergelijk plan al in beknopte vorm, maar het zou nog verder kunnen worden uitgewerkt. Het is logisch dat een nationaal implementatieplan, ontworpen en gecoördineerd door het EBP-plan, voor alle Belgische richtlijnen wordt ingevoerd.

De enquête bracht voor de zorgverleners die in een ziekenhuis werken (vooral voor verpleegkundigen en vroedvrouwen) een bijkomende belemmering aan het licht: de ziekenhuisprotocollen primeren op het gebruik van richtlijnen. Een gecentraliseerd implementatieplan kan een snelle en automatische vertaling van de richtlijnen naar de ziekenhuisprotocollen vergemakkelijken, zodat dit obstakel wordt weggewerkt.

5. CONCLUSIES

Het aanpassen van de KCE-richtlijnen aan de behoeften van de eindgebruikers zal organisatorische wijzigingen binnen het KCE en op nationaal niveau vergen. Alle proceswijzigingen worden schematisch weergegeven in Figuur 4.

Figuur 4 – Schematische weergave van de procesaanpassingen bij de ontwikkeling van de KCE-richtlijnen



5.1. Voorstellen voor de aanpassing van de organisatorische procedures van het KCE

5.1.1. Organisatie en werking van de GDG's

De deelname van experten aan de vergaderingen van de GDG is niet alleen essentieel voor de deliberatie en contextualisatie van de evidence, maar ook voor de disseminatie en de implementatie van richtlijnen[4]. Om deze deelname te vergemakkelijken en aan te moedigen, kunnen de volgende maatregelen worden overwogen:

- Accreditatiepunten / credit points aanbieden als aanvulling op de financiële compensatie voor deelname aan de GDG-vergaderingen;
- Alternatieve methodes voor de organisatie van vergaderingen, zoals een combinatie van vergaderingen met fysieke aanwezigheid, asynchrone online raadplegingen en synchrone discussies tijdens videoconferenties.

Momenteel heeft de GDG meerdere opdrachten. Voorbeelden zijn de bepaling van de klinische vragen, de identificatie van de belangrijkste *outcomes*, de deliberaties over de selectie en de inhoud van de evidence en het opstellen en contextualiseren van de aanbevelingen[2]. De volgende aspecten kunnen de opdrachten van de GDG ondersteunen:

- Bij de beschrijving van de klinische vragen zouden de gegevens die noodzakelijk zijn voor de economische contextualisatie moeten worden gedefinieerd met de hulp van een gespecialiseerd econoom van het KCE. Deze expert kan ook actief deelnemen aan de economische contextualisatie van de aanbevelingen van de richtlijn.
- Het verzamelen van de voorkeuren van de patiënten kan worden verbeterd door de individuele patiënten in eentalige groepen te raadplegen. De resultaten van deze consultaties kunnen gerapporteerd worden aan de GDG door de vertegenwoordigers van de patiënten en/of door de KCE-onderzoekers.
- De formulering van de aanbevelingen kan worden vergemakkelijkt door het gebruik van gevalideerde elektronische tools zoals DECIDE. Deze tool kan worden getest en eventueel gebruikt voor alle KCE-richtlijnen.

De rol van de GDG en de stakeholders bij de ontwikkeling, disseminatie en implementatie van de richtlijnen zou moeten evolueren naar een meer collaboratief model door:

- de deelname van de beroepsorganisaties aan de GDG's te versterken en door hun vertegenwoordigers te vragen de rol van rapporteurs bij hun organisaties te zijn, zodat we aan deze organisaties de goedkeuring van de definitieve versie van de richtlijnen kunnen vragen.
- de communicatie over de richtlijnen tijdens conferenties en congressen aan te moedigen.

5.1.2. Productie, validering en goedkeuring van de richtlijnen

Om de productie van richtlijnen te verhogen, kunnen technische hulpmiddelen bij de selectie van artikelen en de extractie van evidence worden gebruikt.

Het huidige formaat van het wetenschappelijke rapport over de richtlijnen zou moeten worden gehandhaafd om de validering ervan te vergemakkelijken, maar een denkoefening over de implementatie moet verder plaatsvinden. Daarbij zou het gebruik van technische hulpmiddelen, om de informatie om te zetten in tools voor de zorgverleners, moeten worden bestudeerd (bv Magic App, DECIDE). De bestaande technische mogelijkheden kunnen worden geïdentificeerd en getest door een werkgroep binnen het KCE.

Daarnaast kan er een formele goedkeuring van de definitieve versie van de richtlijnen of een label worden gevraagd aan de beroepsorganisaties die hebben deelgenomen aan de GDG. Deze goedkeuring, in combinatie met de validering door CEBAM, moet het vertrouwen van de eindgebruikers vergroten en hun naleving van de richtlijnen verbeteren. De naam en het logo van de organisaties moet zichtbaar worden aangebracht op de cover van de richtlijn.

5.1.3. *Communicatie, disseminatie en implementatie van de richtlijnen*

Momenteel bestaat de communicatie over de KCE-richtlijnen vooral uit de verspreiding van het volledige rapport en zijn synthese. De behoeften van de zorgverleners evolueren echter naar meer prioritering van de informatie, met communicatiehulpmiddelen zoals klinische beslisbomen, hulpmiddelen voor besluitvorming en communicatie. De ontwikkeling van deze hulpmiddelen vereist specifieke competenties en middelen.

5.2. Aandachtspunten voor het EBP-plan

Het hoofddoel van het EBP-plan is de coördinatie van de verschillende initiatieven op het vlak van evidence-based praktijken in België.

De punten hieronder sommen de verwachtingen van het KCE over dit plan op.

5.2.1. *De omschrijving van de reikwijdte van het plan*

Een voorwaarde voor de invoering van het EBP-plan is dat er een consensus wordt bereikt over het concept '*practice*'. Dit zal bepalend zijn voor de onderwerpen die in de richtlijnen aan bod zullen komen. Voorbeelden hiervan zijn de informatie die nodig is voor de economische contextualisatie, of de inclusie of exclusie van vragen over psychosociale interventies.

5.2.2. *De selectie van de onderwerpen van de richtlijnen*

De selectie van onderwerpen voor een richtlijn moet de volgende fasen doorlopen:

- Een gecentraliseerde oproep tot onderwerpen aan een zo breed mogelijk publiek (bv. beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, beleidsmakers, RIZIV, nationale en internationale ontwikkelaars van richtlijnen, zorgverleners,…).
- Daarnaast moet er systematisch worden gezocht naar bestaande richtlijnen die een aanpassing nodig hebben omdat ze verouderd zijn, wat hun implementatie sterk verhindert. Om deze richtlijnen op te sporen, kunnen de procedures van NICE of NHG als voorbeeld dienen.
- De selectie van de onderwerpen:

  De onderwerpen kunnen geselecteerd worden op basis van criteria in functie van de nationale prioriteiten. De criteria die door het KCE gebruikt worden, zijn dezelfde als diegene van andere bevraagde, internationale ontwikkelaars. De volgende elementen worden hierbij in aanmerking genomen:

  - Politieke relevantie ter ondersteuning van de besluitvorming
  - Frequentie van de pathologie of het gezondheidsprobleem;
  - Ernst van de pathologie of het gezondheidsprobleem;
  - Mogelijkheid om de huidige behandeling te verbeteren;
  - Haalbaarheid van het onderzoek.

- De weerhouden onderwerpen zouden vervolgens moeten worden onderzocht in functie van:
  - het reeds bestaan van een recente en kwaliteitsvolle richtlijn over hetzelfde onderwerp;
  - de opportuniteit van een internationale samenwerking voor de ontwikkeling van een richtlijn;
  - de overeenstemming met de gezondheidsdoelstellingen en de behoeften van de zorgverleners.
- De toewijzing van de onderwerpen aan de verschillende ontwikkelaars van richtlijnen zou eveneens moeten gebeuren op basis van criteria die moeten worden gedefinieerd in het kader van het EBP-plan.
- Elke ontwikkelaar moet de scope van elk van zijn richtlijnen bepalen en deze meedelen aan een gecentraliseerde structuur (POP database). Doel hiervan is om alle toekomstige richtlijnen en hun integratie in het netwerk van bestaande richtlijnen in kaart te brengen. De hiervoor door NICE ontwikkelde pathways kunnen daarbij als voorbeeld worden gebruikt.

Om deze opdracht tot een goed einde te brengen, kan in het kader van het EBP-plan een platform worden georganiseerd, met vertegenwoordigers van de overheid, Belgische richtlijn-ontwikkelaars en vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties en de patiënten. Deze structuur moet bovendien een beroep kunnen doen op experten in literatuuronderzoek (*information specialists*), om de behoeften op het vlak van updating en prioritering in kaart te brengen.

5.2.3. De disseminatie van de richtlijnen

Het EBP-plan zou de centralisatie van de ontwikkeling van communicatiehulpmiddelen moeten organiseren. Die hulpmiddelen zijn nodig voor de disseminatie van de richtlijnen en voor het gebruik ervan door de zorgverleners. De ontwikkeling van deze hulpmiddelen vereist specifieke competenties. Die kunnen worden gebundeld om richtlijnen met eenzelfde formaat en presentatie te produceren. De communicatie over alle richtlijnen kan ook worden gecoördineerd door het EBP-plan, in nauwe samenwerking met de ontwikkelaars.

Tot slot zou het EBP-plan de disseminatie van de richtlijnen bij alle eindgebruikers kunnen organiseren via een centraal platform, dat gemakkelijk en snel toegankelijk is. Het kan ook hulpmiddelen voor de implementatie beschikbaar stellen. Het moet bovendien de kwaliteit van de richtlijnen garanderen voor de eindgebruikers. Hiervoor kan een coördinatie van de valideringsprocedures worden voorzien, zowel vanuit methodologisch als vanuit inhoudelijk oogpunt.

REFERENTIES

1. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, et al. Dissémination et mise en œuvre des guides de pratique clinique en Belgique - Synthèse. . Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). : 2013. Health Services Research (HSR). Reports 212Bs. D/2013/10.273/87
2. KCE process book online [Web page].Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center;2012 [updated 28/11/2016; cited 9/02/2017]. Available from: http://processbook.kce.fgov.be/
3. Cleemput I, Devriese S, Christiaens W, Kohn L. Multi-criteria decision analysis for the appraisal of medical needs: a pilot study. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 06/2016. 272 (D/2016/10.273/68) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_272_Unmet_needs_Report2.pdf
4. Brouwers MC, Makarski J, Kastner M, Hayden L, Bhattacharyya O, Team G-MR. The Guideline Implementability Decision Excellence Model (GUIDE-M): a mixed methods approach to create an international resource to advance the practice guideline field. Implementation Science. 2015;10(36).
5. Chalon PX, Kraemer P. EUnetHTA Information Management System: Development and Lessons learned. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2014;30(5):514-20.
6. James RL, S G. Use of videoconferencing to enhance care and improve health-care efficiency. Br J Hosp Med (Lond). 2016 77(5):272-7.
7. Rosen JM, Kun L, Mosher RE, Grigg E, Merrell RC, Macedonia C, et al. Cybercare 2.0: meeting the challenge of the global burden of disease in 2030. Health Technol (Berl). 2016;6:35-51.
8. Stalfors J, Björholt I, Westin T. A cost analysis of participation via personal attendance versus telemedicine at a head and neck oncology multidisciplinary team meeting. J Telemed Telecare. 2005;11(4):205-10.

9. U.S. Department of Education OoP, Evaluation, and Policy Development, Evaluation of Evidence-Based Practices in Online Learning: A Meta-Analysis and Review of Online Learning Studies. 2010.
10. NICE. Developing NICE guidelines: the manual. National Institute for Health and Care Excellence; 2014. Process and methods guides Available from: https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf
11. Munn Z, Porrit K, Lockwood C, Aromataris E, A P. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. BMC Med Res Methodol. 2014;14(108).
12. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group. ; 2013 Available from guidelinedevelopment.org/handbook
13. MAGIC App. Making GRADE the irresistible choice [Web page].2001 [cited 19/02/2017]. Available from: http://magicproject.org/
14. Covidence. A Cochrane technology platform [Web page].2016 [cited 19/02/2017]. Available from: https://www.covidence.org/
15. Armstrong MJ, Rueda JD, Gronseth GS, Mullins CD. Framework for enhancing clinical practice guidelines through continuous patient engagement. Health Expectations. 2016;20:8.
16. Kastner M, Versloot J, Hayden L, Chatterjee A, Bhattacharyya O. Enhancing the uptake of clinical practice guidelines: The development of a guideline implementability tool (GUIDE-IT). BMJ Quality and Safety. 2013;22((Kastner M.; Versloot J.; Hayden L.; Chatterjee A.; Bhattacharyya O.) Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, Canada):A32.
17. Sahota IS, Kostaras X, Hagen NA. Improving access to cancer guidelines: feedback from health care professionals. Curr. oncol. 2015;22(6):392-8.
18. CEBAM. Gezondheid en Wetenschap [Web page]. CEBAM;2016 [cited March 10]. Available from: www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen
19. Gagliardi AR, Brouwers MC. Do guidelines offer implementation advice to target users? A systematic review of guideline applicability. BMJ Open. 2015;5(2):e007047.
20. Morville P. User experience design [Web page]. Semantic Studios;2004 [cited February 22]. Available from: http://www.semanticstudios.com/publications/semantics/000029.php
21. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;CD009401.pub2.
22. NICE. Measuring the uptake of nice guidance [Web page].2015 [cited March 27]. Available from: https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/measuring-the-uptake-of-nice-guidance
23. Vlayen Joan BN, Robays Jo. KCE App. Examens préopératoires de routine pour la chirurgie non cardio-thoracique planifiée [Web page].Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE);2017 [cited 19/02/2017]. Available from: http://preop.kce.be/
24. Mambourg F, Kohn L, Robays J, Janssens S, Albertijn M, Ronsmans M, et al. A decision aid for an informed choice when patient asks for PSA screening. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. KCE Reports
25. Kohn L, Mambourg F, Robays J, Albertijn M, Janssens J, Hoefnagels K, et al. Informed choice on breast cancer screening: messages to support informed decision. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. KCE Reports 216. D/2014/10.273/03
26. Agoritsas T, Fog-Heen A, Brandt L, alonso-Coello P, Kristiansen A, akl EA, et al. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. BMJ Open. 2015;350:5.

27. Brouwers MC, Bhattacharyya O. GUIDE-M - Guideline Implementability for Decision Excellence Model [Web page]. GUIDE-M research team;2014 [cited March 01]. Available from: http://guide-m.ca/

28. Boxwala AA, Rocha BH, Maviglia S, Kashyap V, Meltzer S, Kim J, et al. A multi-layered framework for disseminating knowledge for computer-based decision support. Journal of the American Medical Informatics Association. 2011;18(SUPPL. 1):132-9.

29. Brouwers EP, Garcia K, Makarski J, Daraz L. The landscape of knowledge translation interventions in cancer control: What do we know and where to next? A review of systematic reviews. Implementation Science. 2011;6.

30. Dolan JG, Qian F, Veazie PJ. How well do commonly used data presentation formats support comparative effectiveness evaluations? Medical Decision Making. 2012;32(6):11.

31. Elwyn G, Quinlan C, Mulley A, Agoritsas T, Vandvik PO, Guyatt G. Trustworthy guidelines - excellent; customized care tools - even better. BMC Medicine. 2015;13(199).

32. Haynes R, Devereaux P, Guyatt G. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. Evidence-Based Medicine. 2002;7:3.

33. Hilbink MA, Ouwens MM, Burgers JS, Kool RB. A new impetus for guideline development and implementation: construction and evaluation of a toolbox. Implement Sci. 2014;9(1):34.

34. Peleg M. Computer-interpretable clinical guidelines: a methodological review. J Biomed Inform. 2013;46(4):744-63.

35. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw JM, Schunemann HJ, Eccles MP. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. Implementation Science. 2012;7(62).

36. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011.

COLOFON

Titel:	Naar een aanpassing van de kce richtlijnen aan de behoeften van gebruikers – Synthese
Auteurs:	Nadia Benahmed (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Dominique Paulus (KCE)
Project coordinator:	Dominique Paulus (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE); Nadia Benahmed (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Pascale Jonckheer (KCE), Geneviève Veereman (KCE), Raf Mertens (KCE)
Stakeholders:	Jan Bosteels (CEBAM – Centre for Evidence-Based Medecine Cochrane Belgium), Gudrun Briat (KCE), Patrice Chalon (KCE), Sam Cordyn (Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité (dans le domaine de la) Santé – CIPIQs), Leen De Coninck (Ergotherapie.be), Geert De Loof (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie), Nicolas Delvaux (Domus Medica, EBMPracticeNet), Alfons De Schutter (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse kinesitherapeuten, Pro-Q-Kine), Anja Desomer (KCE), Estelle Di Zenzo (Union Professionnelle des sages-femmes belges – UpSfb), Nicolas Fairon (KCE), Benjamin Fauquert (EBMPracticeNet), Siegfried Geens (CEBAM Digital Library for Health), Régine Goemaes(Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen – VBOV), Martine Goossens (CEBAM), Germaine Hanquet (KCE), Ana Hernandez (Office de la naissance et de l'enfance), Pascale Jonckheer (KCE), Marlène Karam (Université catholique de Louvain, CEBAM), Didier Martens (Farmaka), Marlene Reyns (VBOV), Ward Rommel (Kom op tegen Kanker), Karin Rondia (KCE), Hans Van Brabandt (KCE), Thierry Van der Schueren (Société Scientifique de Médecine Générale – SSMG), Didier Vander Steichel (Fondation contre le cancer), Michel Vanhalewyn (SSMG), Inez Vanoverschelde (EBMPracticenet), Geneviève Veereman (KCE), Leen Verleye (KCE), Mieke Vermandere (Katholieke Universiteit Leuven, CEBAM, EBMPracticeNet), Joan Vlayen (KCE), Patrick Wérrion (Association de défense professionnelle de la kinésithérapie – AXXON), Vanessa Wittvrouw (UpSfb)
Acknowledgements:	Jako Burgers (Nederlands Huisartsen Genootschap – NHG, Nederland), Chris Connell (National Institute for Health and Care Excellence – NICE, Verenigd Koninkrijk), Brigitte Gijsen (Integraal Kankercentrum Nederland – IKNL, Nederland), Roberta James (Scottish Intercollegiate Guideline Network – SIGN, Schotland), Sonja Kersten (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland – V&VN, Nederland), Jorma Komulainen (DUODECIM, Finland), Tom Kuijpers (NHG), Michel Laurence (Haute Autorité de Santé – HAS, Frankrijk), Jane Moore (NICE), Alke Nijboer (V&VN) Alle artsen, verpleegkundigen, verloskundigen en therapeuten die anoniem aan de online enquête hebben deelgenomen en Olivier Camaly (Möbius), Thomas Haspeslagh (Möbius), Ellen Van Caillie (Möbius) voor de dataverzameling.
Andere gemelde belangen:	Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Nicolas Delvaux (Domus Medica, EBMPracticeNet), Marlène Karam (Cebam, CDLH), Mieke Vermandere (Domus

	Medica), Patrick Werrion (Association de défense professionnelle de la kinésithérapie – AXXON), Vanessa Wittvrouw (Union Professionnelle des sages-femmes belges – UpSfb) Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Nicolas Delvaux (Domus Medica, Richtlijnen) Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Régine Goemaes (Onderzoeker PhD-Studie « Advanced Midwifery Practice » - Maatschappelijke Gezondheidkunde – Universiteit Gent), Inez Vanoverschelde (EBMPracticeNet: coordinator FOD-project voor ontwikkeling EBMplatform), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet: coordinator FOD-project voor ontwikkeling EBMplatform) Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Nicolas Delvaux (EBMPracticeNet, Domus Medica), Marlène Karam (Opleidingen Cebam betreffende EBP en gebruik van CDLH) Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Nicolas Delvaux (EBMPracticeNet, Domus Medica), Inez Vanoverschelde (Coordinateur d'EBMPracticeNet), Mieke Vermandere (Coordinateur d'EBMPracticeNet), Patrick Werrion (Président d'Axxon Qualité en kinésithérapie asbl), Vanessa Wittvrouw (UpSfb) Andere mogelijke belangen die kunnen leiden tot een potentieel of reëel belangenconflict: Mieke Vermandere (Postdoc wetenschappelijk wedewerker aan Academish Centrum Huisartsgeneseeskunde – Katholieke Universiteit Leuven)
Layout:	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	25 april 2017
Domein:	Method
MeSH:	Practice Guidelines; Information Dissemination; Survey

NLM classificatie: W84.4

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2017/10.273/15

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.



Hoe refereren naar dit document? Benahmed N, Adriaenssens J, Christiaens W, Paulus D. Naar een aanpassing van de kce richtlijnen aan de behoeften van gebruikers – Synthese. Method. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 284As. D/2017/10.273/15.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.