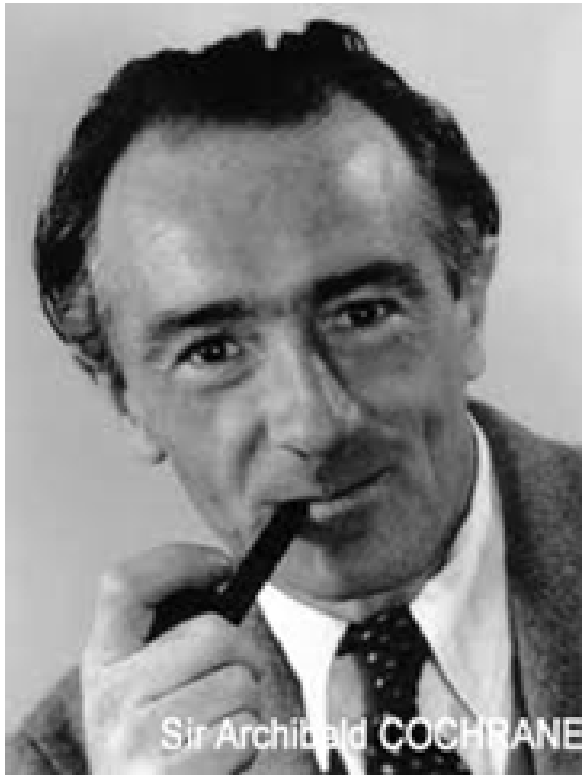
KCE REPORT 291As

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

SYNTHESE

NAAR EEN GEÏNTEGREERD EVIDENCE-BASED PRACTICE PLAN IN BELGIË – DEEL 1: BESTUURSPLAN



KCE REPORT 291As
HEALTH SERVICES RESEARCH

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

SYNTHESE

NAAR EEN GEÏNTEGREERD EVIDENCE-BASED PRACTICE PLAN IN BELGIË – DEEL 1: BESTUURSPLAN

JEF ADRIAENSSENS, MARIJKE EYSSEN, RAF MERTENS, NADIA BENAHMED, DOMINIQUE PAULUS, FILIP AMEYE, MARC BOSSENS, CARL CAUWENBERG, ANNELIES COOLS, KURT DOMS, ERIK EVERAERT, MACHTELD GHEYSEN, MARGARETA HAELTERMAN, MARLEEN LALOUP, HUGUES MALONNE, PASCAL MEEUS, WIM PENNINCKX, THIERRY ROISIN, MIEKE WALRAEVENS

2017 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

Als je het ons vraagt, mag je EBM-ontkenners gerust klasseren bij klimaatsceptici, creationisten en aanhangers van de miasmen-theorie. En dit is geen ambtshalve standpunt omdat evidence-based medicine nu eenmaal tot het DNA van het KCE behoort; dit is ook ingegeven door welbegrepen eigenbelang als (potentiële) patiënt vandaag of morgen. Dus, neen, EBM is niet passé, en zal dat ook niet snel worden, want het is de definitieve overwinning op alle vormen van kwakzalverij… Vijf-jaars-overleving als de ultieme test tegen alternatieve feiten, als het ware.

En EBP dan – evidence-based practice – hoe staat het daarmee, en wat is het verschil met EBM? Voor sommigen is het enige verschil dat men de op bewijzen gestoelde zorg opentrekt naar andere disciplines dan de geneeskunde beoefend door artsen. Voor anderen gaat het nog iets verder en wijst het woord 'praktijk' vooral op de stap tussen de genees'kunde' (of verpleeg'kunde', enz.) en het effectief toepassen van die kunde in de dagdagelijkse praktijk. Het lijkt een kleine stap meer, maar de consequenties zijn ingrijpend. Plots bevinden we ons niet uitsluitend meer op het competentiedomein van de geneeskunde, verpleegkunde, kinesitherapie, epidemiologie, noem maar op, maar op het terrein van de gedragsverandering, van de pedagogie, van de social marketing en van, godbetert, de reclamejongens.

In juli 2016 kreeg het KCE de opdracht van de minister om een omvattend EBP-plan uit te tekenen. Zo'n EBP-plan heeft uiteraard heel wat voeten in de aarde: wie doet wat, wanneer en hoe, met welke (evalueerbare) resultaten? Wie moet heel dit complexe proces in goede banen leiden? En hoe staat het met de financiering ervan? Vooral dat laatste belooft een heikel punt te worden: de opdracht luidde immers om meer samenhang te brengen en nieuwe accenten te leggen… maar binnen het huidige voor EBP gespendeerde budget. We lijken dus af te stevenen op enkele pijnlijke beslissingen om a met b te verzoenen. Hopelijk is het netto bilan uiteindelijk positief in termen van de kwaliteit van zorg voor de patient.

Dit rapport is nog maar het eerste luik van ons voorstel voor een omvattend EBP-plan. Omwille van de urgentie, focussen we prioritair op het beheer en de financiering van dit plan, om dan in het tweede luik, in oktober van dit jaar, dieper in te gaan op de meer inhoudelijke aspecten die nodig zijn om een evidence-based praktijk te implementeren. Dan zullen we ook een wetenschappelijk rapport publiceren dat de background van de voorstellen toelicht. Maar ook nog daarna blijft dit work in progress, waarbij in discussie met alle partners, dit EBP plan moet uitkristalliseren tot een breed gedragen EBP programma op langere termijn.

Bij deze reflecties over de bestuursaspecten van een netwerk, konden we bouwen op de deskundige hulp van de Technopolis Group en de Antwerp Management School. Wij danken hen van harte voor hun zeer waardevolle inbreng.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur

SYNTHESE
INHOUDSTAFEL

■ **VOORWOORD** **1**
■ **SYNTHESE** **2**
1. CONTEXT **5**
1.1. EVIDENCE-BASED PRACTICE 5
1.1.1. Wat is Evidence-Based Practice (EBP)? 5
1.1.2. Guidelines en andere hulpmiddelen voor evidence synthesis 6
1.1.3. EBP en het gezondheidsbeleid 6
1.2. DOELSTELLINGEN VAN DIT ONDERZOEK 7
2. DE STAPPEN VAN EVIDENCE-BASED PRACTICE **8**
2.1. KENNIS GENEREREN EN DISTILLEREN 8
2.2. DIFFUSIE EN DISSEMINATIE 9
2.3. ADOPTIE, IMPLEMENTATIE EN INSTITUTIONALISERING 9
2.4. DE MISSING LINKS IN HET AHQR-MODEL: PRIORITEITEN STELLEN, VALIDATIE EN EVALUATIE 11
2.4.1. Prioritering 11
2.4.2. Validatie 11
2.4.3. Evaluatie 11
2.4.4. De feedbacklus 12
3. KRITISCHE ANALYSE VAN DE SITUATIE IN BELGIË **13**
3.1. DE STAP VAN PRIORITERING 14
3.2. DE STAP VAN ONTWIKKELING 14
3.3. DE STAP VAN VALIDATIE 15

3.4. DE STAP VAN DE DISSEMINATIE ... 15
3.5. DE STAP VAN IMPLEMENTATIE ... 16
3.6. DE STAP VAN DE EVALUATIE ... 16
3.6.1. Evaluatie van de effectiviteit van de promotie-, disseminatie en implementatie-acties voor EBP-producten ... 16
3.6.2. Positionering van het EBP Plan ten opzichte van andere initiatieven voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg ... 17
4. ANALYSE VAN ENKELE BUITENLANDSE MODELLEN ... 18
4.1.1. Indienen van onderwerpen ... 18
4.1.2. Selectie van onderwerpen ... 18
4.1.3. Financiering ... 18
4.1.4. Communicatie naar de eindgebruikers en professionele groepen ... 18
4.1.5. De disseminatie van guidelines ... 19
4.1.6. Activiteiten rond implementatie ... 19
5. STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN VAN HET BELGISCHE EBP-PLAN ... 19
6. WELK BESTUURSMODEL VOOR HET BELGISCHE EBP-PLAN? ... 20
6.1. NETWERKBESTUURSMODELLEN ... 20
6.2. FASERING VAN HET BESTUURSMODEL VOOR HET EBP-PLAN ... 22
6.2.1. Fase 1: netwerk met lead organisation, eerste stap naar een nieuw bestuursmodel ... 22
6.2.2. Fase 2: bestuur door de NAO ... 23
6.3. EEN BESTUURSMODEL GEBASEERD OP DE 'LEVENSCYCLUS' VAN EBP ... 24
7. OPERATIONALISERING: VAN EEN PLAN NAAR EEN EBP PROGRAMMA ... 27
7.1. UITGANGSPUNTEN EN EERSTE STAPPEN ... 27
7.1.1. Prioritering ... 27

7.1.2. Ontwikkeling ... 28
7.1.3. Validatie ... 28
7.1.4. Diffusie en disseminatie ... 28
7.1.5. Implementatie ... 29
7.1.6. Evaluatie ... 30
7.1.7. Om de cirkel rond te maken ... 30
7.2. FINANCIERING ... 31
7.2.1. Naar een betere structurering en onderlinge afstemming van de momenteel zeer gefragmenteerde financiering ... 31
7.2.2. Nieuwe accenten… maar binnen een gesloten budget ... 32
7.2.3. Financiering van taken versus van projecten ... 35

1. CONTEXT

1.1. Evidence-Based Practice

1.1.1. Wat is Evidence-Based Practice (EBP)?

'Evidence-Based Medicine' (EBM) en 'Evidence-Based Practice' (EBP) kunnen we definiëren als “het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen over de zorg voor individuele patiënten”. Voor een zorgverlener betekent het toepassen van EBP dat hij altijd drie elementen combineert: 1/ de **eigen klinische ervaring**, 2/ de ‘bewijzen’ of ‘**aantoonbare gegevens**’ (= evidence) geleverd door **richtlijnen** uit de wetenschappelijke literatuur en 3/ de **voorkeuren en waarden van elke individuele patiënt**. Daar komt nog een vierde dimensie bij: de **'contextuele factoren'** (zoals kosten en de beschikbaarheid van middelen). Op deze laatste factoren hebben we weinig vat, maar ze kunnen wel de waarde van een richtlijn beïnvloeden en de uitvoering ervan belemmeren. Een ideale klinische praktijk is dus een combinatie van vier elementen, in tegenstelling tot een praktijk die zich *enkel* baseert op wetenschappelijk gegevens... of op het buikgevoel van de zorgverlener.

Figuur 1 – Het concept van EBP

EBM of EBP?

Voor een goede leesbaarheid van dit rapport, gebruiken wij steeds de term EBP, omdat deze betrekking heeft op **alle professionele disciplines binnen de gezondheidszorg**. In het verleden was EBM vooral gericht op artsen en op de curatieve aspecten van de geneeskunde. Geleidelijk aan werd de term vervangen door de term EBP, wat voor een meer multidisciplinaire aanpak staat (ook verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, verloskundigen, ...) en verschillende facetten van de gezondheidszorg omvat, zoals medische voorgeschiedenis, preventie, diagnose, behandeling enz.

1.1.2. Guidelines en andere hulpmiddelen voor evidence synthesis

De **guidelines of klinische praktijkrichtlijnen** zijn onmisbare hulpmiddelen bij het implementeren van EBP. Ze vormen een **hulpmiddel** voor zorgverleners en patiënten, zodat ze een geïnformeerde beslissing kunnen nemen over zorg in bepaalde klinische omstandigheden. Daarnaast bestaat er een ruim aanbod aan 'afgeleide producten', om het gebruik van guidelines te ondersteunen, te vergemakkelijken en uit te breiden, zoals samenvattingen, tools voor risicoberekening, screening- en evaluatiemateriaal (vragenlijsten), ondersteuning voor gedeelde besluitvorming, interactieve algoritmes enz.

De nadruk van EBP ligt meestal op het gebruik van wetenschappelijke gegevens, maar toch **is ook de patiënt erg belangrijk**. Omdat elke medische interventie meestal zijn voor -en nadelen heeft, moeten patiënten en zorgverleners eerst overleggen over de verschillende opties, om dan samen een goed onderbouwde beslissing te nemen. Dit proces heet **'gedeelde besluitvorming'** en treedt de laatste jaren steeds meer op de voorgrond. Deze aanpak is niet evident voor de zorgverlener, die hiervoor over bepaalde vaardigheden moet beschikken: hij moet de patiënt duidelijk en objectief kunnen informeren, hem vertrouwen inboezemen, hem in zijn keuzes begeleiden en zijn beslissing respecteren. Specifieke hulpmiddelen voor dit proces zijn daarom geen overbodige luxe.

1.1.3. EBP en het gezondheidsbeleid

EBP is ook belangrijk voor het gezondheidsbeleid omdat het **een belangrijk middel is om de effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren,** en het kan de kosten voor gezondheidszorg onder controle helpen houden. Het toepassen van EBP op nationaal niveau is dus een belangrijke politieke doelstelling voor een land. Om alle reeds bestaande initiatieven te structureren en te stroomlijnen, moeten er wel een aantal maatregelen worden genomen. Zo kunnen we hun efficiëntie verbeteren, ze beter op elkaar laten inspelen en hun werking harmoniseren. Vooral de verspreiding van guidelines vereist een voortdurende inspanning, omdat de zorgverleners op het terrein EBP niet altijd gemakkelijk aannemen.

In België zijn er, zoals reeds vermeld in KCE-rapport 212 (2013), vele organisaties die guidelines ontwikkelen en verspreiden. Dit zorgt voor een complex landschap waardoor de gebruikers vaak door de bomen het bos niet meer zien en de overheidsfinanciering weinig coherent is. Toch is er al verbetering: er is nu een werkgroep met ontwikkelaars van guidelines voor eerstelijnszorg (**Werkgroep 'Ontwikkeling richtlijnen eerste lijn'**) en een platform dat zorgt voor een centrale verspreiding van deze guidelines (**EBMPracticeNet**). Toch blijft de toepasbaarheid van de guidelines, hun verspreiding onder de eindgebruikers en hun implementatie problematisch. Onder 'toepasbaarheid' verstaan we het geheel aan kenmerken waardoor guidelines gemakkelijk of moeilijk in de praktijk kunnen worden toegepast. Een **globaal bestuursplan** om dit proces te coördineren (incl. het rangschikken van prioriteiten en financieringsstromen) ontbreekt eveneens. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verstuurde in juni 2016 een conceptnota naar KCE die de basis vormt voor een **Federaal EBP-Plan**:

Het 'Federaal EBP-Plan België' moet de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van de gezondheidszorg door Belgische zorgverleners verbeteren met behulp van het proces van Evidence-Based Practice (prioritering, ontwikkeling, validatie, verspreiding, implementatie en evaluatie) en door Evidence-Based Practice (EBP) beter aan te sturen. Het 'Federaal EBP-Plan België' wil de activiteiten van de verschillende partijen binnen Evidence-Based Practice identificeren, harmoniseren, integreren en valideren. Daarnaast wil het een globaal bestuursplan op federaal niveau ontwikkelen en installeren.

Volgens deze conceptnota moet het federale plan zich richten op de **algemene aansturing van EBP-activiteiten** in België en op de **effectiviteit van het gebruik van EBP in België** (adoptie en toepassing in de praktijk door eindgebruikers). De conceptnota geeft aan:

- (1) dat de strategische beslissingen van het EBP-Plan zullen worden genomen door een **stuurgroep** die bestaat uit leden van het kabinet, de betrokken overheidsdiensten en het KCE;
- (2) dat de operationele activiteiten voor het EBP-Plan worden uitgevoerd door een **coördinator**, namelijk het KCE;
- (3) dat de nadruk moet worden gelegd op het **versterken van de implementatie-strategieën** (het effectieve gebruik van guidelines) en op het invoeren van een **strategie** om hun effectiviteit te **evalueren**.

1.2. Doelstellingen van dit onderzoek

Het doel van dit onderzoeksproject is het **identificeren van de elementen die nodig zijn voor de ontwikkeling van een federaal plan voor de uitrol van EBP**, dat door één coherente benadering alle bestaande initiatieven op federaal niveau samenbrengt. Dit EBP-Plan richt zich in een eerste fase op de zorg in de eerste lijn, en na evaluatie zal een uitbreiding naar de tweede lijn worden overwogen.

Om zo'n EBP-Plan uit te voeren, moet men allereerst de **algemene bestuursstructuur** vastleggen die het werk van alle EBP-partijen moet stroomlijnen. Daarbij hoort de selectie van onderwerpen, de financiering en de naleving van deadlines en kwaliteitsvereisten, zodat EBP effectiever wordt voor de eindgebruikers (op het vlak van verspreiding, aanvaardbaarheid, toepasbaarheid, adoptie en gebruik van de guidelines).

Het uiteindelijke doel van dit plan is:

- elke zorgverlener toegang geven tot actuele, gevalideerde wetenschappelijke gegevens via een unieke toegangspoort;
- een systeem invoeren voor de structurering, coördinatie, financiering en opvolging van EBP in België;

Met de bestaande actieplannen in België werd zoveel mogelijk rekening gehouden.

Het succes van het EBP Plan zal geëvalueerd worden door na te gaan of de EBP producten daadwerkelijk geïmplementeerd werden. Het is belangrijk hier te benadrukken dat deze evaluatie in het kader van het EBP Plan zich focust op geaggregeerde en geanonimiseerde data van groepen van zorgverleners, en niet op de individuele zorgverstrekker.

Het huidige rapport is de eerste stap in het EBP-Plan. Het focust zich voornamelijk op het **bestuurs- en financieringsmodel** waarmee het Plan op de rails kan worden gezet. Voor de lancering wordt er een overgangsfase voorzien.

2. DE STAPPEN VAN EVIDENCE-BASED PRACTICE

Het ontwikkelen van een guideline (of een ander EBP-product) omvat veel meer dan het doorlopen van een aantal onderzoeksfasen en het opstellen van een rapport. Eigenlijk is het een cyclus van opeenvolgende stappen, die elk hun rol spelen om het uiteindelijke doel van EBP te bereiken: de effectieve toepassing in de reële praktijk van het beste, meest recente wetenschappelijke bewijs.

In dit rapport namen we het conceptuele kader van de *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) over. Dit kader is een synthese van wetenschappelijke concepten voor kennisoverdracht, social marketing, innovatie op sociaal en organisatorisch vlak en gedragswijziging. Het EBP-proces bestaat uit drie fasen: (1) kennis genereren en distilleren, (2) de resultaten van de vorige stap verspreiden, en (3) de adoptie, implementatie en institutionalisering van de nieuwe verworven kennis.

2.1. Kennis genereren en distilleren

Tijdens deze eerste fase wordt de wetenschappelijke literatuur doorzocht, en wordt er vervolgens een strenge filter- en integratieprocedure doorlopen. Op die manier maakt men de resultaten relevant voor de gebruikers, zodat de kans hoger is dat ze worden gevonden en toegepast. Dit selectieproces heet 'kennisdistillatie'.

Het kennisdistillatieproces moet goed onderbouwd zijn, maar ook beoordeeld worden door een **groot aantal eindgebruikers**. Daarom moeten de (toekomstige) gebruikers vanaf het begin worden betrokken bij de ontwikkeling, bv. wanneer de klinische vragen worden geformuleerd en het toepassingsgebied wordt afgelijnd (*scoping*). Deze kernwerkgroep wordt ***Guideline Development Group*** **(GDG)** genoemd**.**

Het is ook belangrijk om een relevante **multidisciplinaire groep van experten en belangrijke stakeholders, waaronder** de **patiënten** (of hun vertegenwoordigers) te betrekken bij de onderzoeksvragen. Voordeel hiervan is dat het de validiteit (en waarde), de aanvaardbaarheid en de haalbaarheid van het product (ook financieel) verhoogt, en dat de groepen waarvoor de guideline relevant is, zich meer betrokken voelen.

Een EBP-guideline moet voldoen aan een aantal **kwaliteitscriteria.** Dit is nodig om zijn onafhankelijkheid en exhaustieve karakter te garanderen, om relevante en nuttige informatie te bieden aan zorgverleners en patiënten en voor het vertrouwen en de aanvaarding van de eindgebruikers. Deze criteria worden beschreven in het validatie-instrument van de groep *Appraisal of Guidelines, REsearch and Evaluation, version two* (**AGREE II**). De tool werd ontwikkeld op basis van zeer strenge eisen en werd internationaal gevalideerd. AGREE II wordt vooral gebruikt bij de validatie van een afgewerkte guideline, maar toch wordt het sterk aanbevolen om reeds **vanaf de ontwikkelingsfase** met deze criteria rekening te houden.

- **Aanpassing van guidelines uit het buitenland**

Het is niet altijd nodig om een *de novo* guideline op te stellen. Buitenlandse guidelines zijn vaak van zeer goede kwaliteit en hun hergebruik is in veel opzichten 'besparend' en efficiënter, en het bevordert de internationale samenwerking. Voorwaarde is wel dat ze worden aangepast aan de Belgische context, volgens vastgelegde methodes (meestal **ADAPTE**). Dit vereist een grondige kennis van de praktische context van de betrokken gezondheidszorg. Daarom moeten de Belgische ontwikkelaars en de stakeholders/eindgebruikers samenwerken, zodat de wetenschappelijke gegevens en lokale context zo goed mogelijk op elkaar worden afgestemd.

De aanpassing van kwaliteitsvolle buitenlandse guidelines draagt bij tot een betere aanvaarding en implementatie en kan leiden tot belangrijke veranderingen in de praktijk op het terrein.

2.2. Diffusie en disseminatie

De tweede fase in het model is die van het verspreiden (diffusie en disseminatie). Diffusie betekent het spontaan doorsijpelen van kennis, disseminatie is het bewust en doelgericht verspreiden van informatie onder een specifiek publiek. Daarbij wordt o.a. **sociale marketing** gebruikt, om de meest geschikte distributiekanalen te bepalen.

Het KCE bestudeerde reeds in een vroeger rapport de efficiëntie van disseminatiestrategieën. Hierbij baseerde het zich op het *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care* (**EPOC**). De hoofdconclusie was dat **de oprichting van een uniek platform** opportuun zou zijn voor de verspreiding van alle Belgische EBP-producten in verschillende formaten en met een gegarandeerde hoge kwaliteit. Dit unieke platform moet de spil vormen van het EBP-Plan. De wetgever erkende ondertussen de website van EBMPracticeNet[a] reeds als referentieplatform voor minstens vijf gezondheidszorg-beroepen. Het KB definieert niet welke vijf gezondheidszorg-beroepen dit zijn.

Er is ook bewijs dat **aangepaste boodschappen (en formaten)** voor bepaalde doelgroepen de kans verhoogt dat de informatie wordt gebruikt. **Partnerships** met professionele organisaties en opiniemakers vergemakkelijken eveneens de implementatie.

2.3. Adoptie, implementatie en institutionalisering

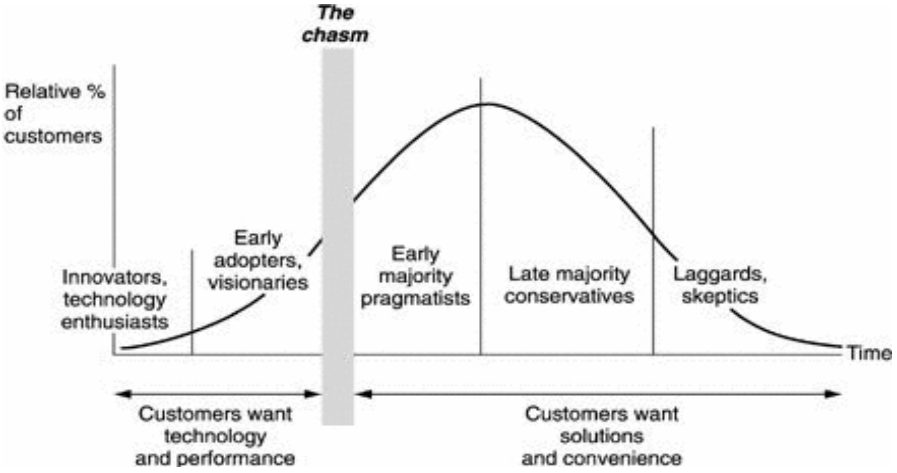
De laatste fase van het AHRQ-model is die van de adoptie, implementatie en institutionalisering door de eindgebruikers. De implementatiefase is het deel van de levenscyclus waarin de guidelines in de praktijk worden geïntroduceerd en ze het gedrag van de clinici veranderen.

Bepaalde agentschappen doen een beroep op **kennistransferteams** (ook wel **kennismakelaars** genoemd). De ontwikkelaars van EBP-producten concentreren zich immers vooral op de wetenschappelijke aspecten, terwijl de gebruiker vaak ook wordt beïnvloed door andere factoren, zoals efficiëntie, comfort, gebruiksgemak of financiële voordelen, net als door angst, wantrouwen, tijdsgebrek en weerstand tegen verandering. Dit noemt men de 'kloof van culturele tegenstellingen'. Met deze kloof moet rekening worden gehouden om de implementatiefase te doen slagen. De ontwikkelaars besteden hieraan vaak onvoldoende aandacht, omdat ze teveel focussen op de wetenschappelijke kant. Daarom kan het inzetten van specifieke expertise m.b.t. **gedragswijziging**, interessant zijn. Hiermee kan de complexe interactie tussen de innoverende EBP en de organisatorische structuren, overtuigingen, waarden van de praktijk, en de algemene context worden opgevolgd, en kunnen de implementatie-strategieën daaraan continu worden aangepast.

---

[a] Koninklijk besluit houdende toekenning van een toelage aan EBMpracticeNet vzw om het systematisch gebruik van Evidenced Based Practice in de beroepsuitoefening van de erkende gezondheidszorgbeoefenaars te stimuleren voor een kwaliteitsvollere zorg gedurende de periode van 1 september 2016 tot en met 31 augustus 2017 (K.B. 28.X.2016 - publicatie 22.12.2016)

Figuur 2 – De kloof van culturele tegenstellingen



Ook **sociaal-politieke en culturele factoren** kunnen een impact hebben op de adoptie van aanbevelingen in de praktijk. Sommige factoren kunnen worden aangepast, (vb. financiering), maar andere, zoals de economische, historische en culturele omstandigheden en het algemene politieke klimaat, niet. Om de kans op een succesvolle implementatie zo groot mogelijk te maken, kunnen de beïnvloedbare elementen worden aangepast. Met de niet-beïnvloedbare moet bij de ontwikkeling van een guideline echter rekening worden gehouden. Ook hier is een nauwe samenwerking tussen ontwikkelaars en eindgebruikers en hun organisaties van primordiaal belang. Daarbij moet er vooral een coherentie zijn tussen alle contextuele prikkels (vb. accreditering, nomenclatuur…) die invloed hebben op het gedrag dat we willen aanmoedigen op basis van EBP kennis.

Het gedrag veranderen: eerst de wortel, dan de stok…

Om gedrag te veranderen zijn er soms kleine duwtjes in de rug nodig. Gevalideerde strategieën bevelen aan om in eerste instantie een beroep te doen op de intrinsieke motivatie van zorgverleners. Door hen te wijzen op de voordelen van EBP, zullen zij er een positieve houding tegenover aannemen. In een tweede fase kan een beroep worden gedaan op de extrinsieke motivatie, d.m.v. prikkels (accreditatie, specifieke financiering ...). Naar de 'stok' van de controles en sancties dient enkel te worden gegrepen als laatste redmiddel.

Daarnaast moet het disseminatie- en implementatieproces worden **gemonitord** (bv. wat is het bereikte doelpubliek of welke veranderingen zijn er aan de praktijk gebeurd?), om na te gaan of het proces effectief is. Deze evaluatie mag wel niet verward worden met een controle op de praktijk van de individuele zorgverlener.

Uiteindelijk moet men beseffen dat het aanpassen van praktijken **een tijdrovend proces** is, dat soms aanzienlijke (mentale) inspanningen vereist. Dat **veranderingen weerstand oproepen** is nu eenmaal een gegeven feit: het adopteren van nieuwe ideeën vergt een langdurig overtuigingsproces van begeleiden, opleiden, informeren en zelfs educatie. Op termijn moeten die implementatiestrategieën er in theorie voor zorgen dat de innovatie (welke dan ook) de norm wordt en wordt 'geïnstitutionaliseerd'. Het EBP-Plan moet dit lange termijngegeven in zijn opzet integreren.

2.4. De missing links in het AHQR-model: prioriteiten stellen, validatie en evaluatie

Hoewel het AHRQ-model vrij compleet is en wereldwijd wordt gebruikt, vinden wij niet dat het volstaat voor het federale EBP-Plan. Er ontbreken namelijk drie essentiële aspecten voor de algemene werking en de duurzaamheid van een dergelijk Plan.

2.4.1. Prioritering

Een fase waarin **de prioriteiten worden gerangschikt**, is onmisbaar voor dit Plan. Voor een goed bestuur moeten de te ontwikkelen (en te financieren) EBP-activiteiten worden gekozen op basis van vooraf vastgelegde criteria en doelstellingen, en is de inbreng van overheidsinstanties en de betrokken partijen (waaronder burgers/patiënten) nodig. Het bepalen van die criteria en doelstellingen vormt al een voorbereidende stap op zich.

2.4.2. Validatie

Het is zeer belangrijk dat de algemene kwaliteit en methodologische nauwkeurigheid van de EBP-informatie gegarandeerd is. Weinig onderbouwde of dubbelzinnige informatie (of gebiast wegens belangenconflicten) kan het vertrouwen in en de aanvaarding van het hele systeem ernstig schaden. Daarom moet een guideline vóór publicatie absoluut worden geverifieerd door een **onafhankelijk en officieel erkend controleorgaan**. Die externe validatie focust zich vooral op **procedurele aspecten** (Is de aanpak methodologisch correct? Werd er rekening gehouden met mogelijke bronnen van bias?), maar doordat de methodes voor de ontwikkeling van een EBP product gedetailleerd moeten worden beschreven, is het ook mogelijk dat de validatoren tekortkomingen aan of belangrijke fouten in de **inhoud** ontdekken (bv. belangrijke wetenschappelijke bronnen die niet geraadpleegd werden). Ze gaan ook na **of de aanbevelingen in de guideline realistisch zijn** om in de praktijk toe te passen.

De meeste validatieorganen baseren zich op internationaal niveau op de AGREE II tool. Toch kunnen er tussen de buitenlandse instanties kleine verschillen bestaan. De betrouwbaarheid van de methodes volgens dewelke een buitenlandse guideline werd ontwikkeld, moet dan ook extern worden gevalideerd.
De ontwikkelaars van guidelines stellen zich soms terughoudend op tegenover een externe validatie, omdat dit een lang, veeleisend en duur proces is. Daarnaast houden ze er ook niet van dat hun werk, dat ze vaak vol toewijding en overtuiging hebben gemaakt, wordt geëvalueerd en bekritiseerd door externe partijen.

In België is er een officieel orgaan voor validatie, CEBAM (Belgian Centre for Evidence-Based Medicine), verbonden met de Cochrane Collaboration en de Joanna Briggs Collaboration.

2.4.3. Evaluatie

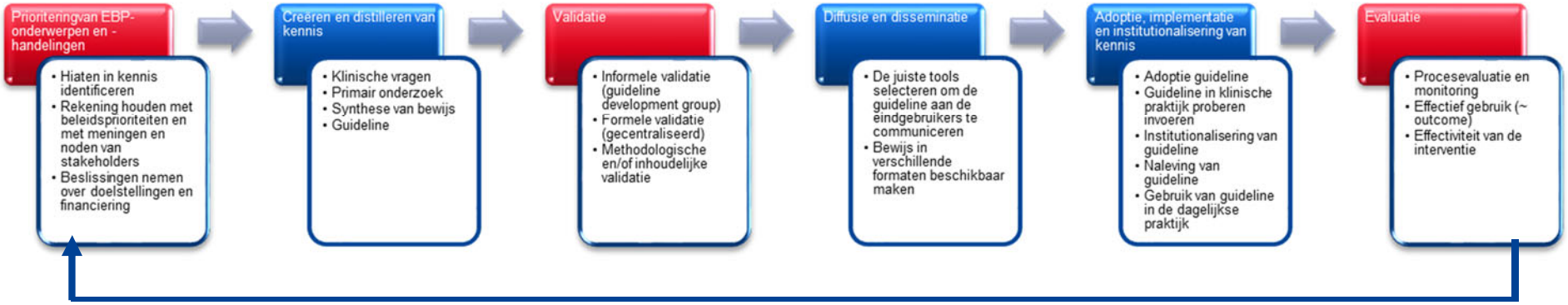
Een evaluatiefase, om de algemene kwaliteit en de effectiviteit van de implementatie na te gaan, moet het EBP proces afsluiten. Een groot deel van de huidige literatuur over EBP concentreert zich op het proces, zoals onderzoek of methodologische evaluatie. Er bestaat echter weinig onderzoek over de **evaluatie van de praktijkveranderingen**, hoewel ze het werkelijke eindresultaat vormen van het hele proces. Voor de evaluatie moeten gegevens over het aantal downloads, het lezen en het gebruik van de informatie (outcome) en een evaluatie van de effectiviteit van de interventie op de gezondheid (voordelen en risico's voor de patiënt = impact) worden verzameld. Hierbij moet benadrukt worden dat talloze andere factoren buiten EBP-informatie een invloed kunnen hebben op de impact op de gezondheidsuitkomsten.

De evaluatie van EBP interventies (ontwikkeling van de guideline, disseminatie en implementatie) mag ook niet worden verward met controles ('evaluatie van praktijk') waarbij incentives en begeleiding aangeboden worden, en zo nodig corrigerende maatregelen kunnen genomen worden om individuele zorgverleners tot het gewenste gedrag te bewegen.

2.4.4. De feedbacklus

Het model dat wij voor ogen hebben, is niet volledig zonder een feedbacklus, waarmee, op basis van een evaluatie van resultaten, verbeteringen en aanpassingen kunnen worden doorgevoerd.

Figuur 3 – Model voor het Belgische EBP-Plan



De elementen in het blauw maken deel uit van het AHRQ-model, de stappen in het rood hebben wij eraan toegevoegd.

3. KRITISCHE ANALYSE VAN DE SITUATIE IN BELGIË

Het gebruik van guidelines wordt vandaag overal ter wereld beschouwd als één van de fundamenten van de verbetering van de zorgkwaliteit. Maar ondanks grote investeringen in hun ontwikkeling en disseminatie, blijkt uit onderzoek dat hun doeltreffendheid ver van optimaal is. In onze studie uit 2013 ((KCE-rapport 212) kwamen wij tot dezelfde vaststelling. Daarin gingen we na waarom onze zorgverleners zo relatief weinig interesse in guidelines vertonen. Om de situatie te verbeteren stelden we vier grote maatregelen voor:

- Een **uniek platform** voor de disseminatie van de guidelines onder de zorgverleners;
- Duidelijke boodschappen in verschillende formaten, waarmee de **richtlijnen** in de praktijk **in realtime kunnen worden geraadpleegd**;
- Nagaan of er wel **nationale richtlijnen** nodig zijn, voor een efficiëntere verdeling van de middelen tussen de ontwikkeling en de disseminatie van guidelines;
- Een **kwaliteitslabel** door een erkende Belgische of buitenlandse instantie.

Behoeften van de eindgebruikers

In 2016 voerde het KCE een enquête bij bijna 3000 Belgische zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten) over hun gebruik van guidelines, hun behoeften op dit vlak en hun ideeën om ze te verbeteren. De belangrijkste resultaten kunnen we samenvatten als volgt:

- De kennis van EBP loopt sterk uiteen: 20% tot 70% van de zorgverleners verklaart dit goed te kennen.
- De moeilijke bereikbaarheid van de guidelines blijft een groot obstakel.
- Alle zorgverleners gaven de voorkeur aan elektronische versies (pdf), op de huisartsen na. Zij willen nog verder gaan en beslissingshulpmiddelen (decision support) gebruiken, die geïntegreerd zijn in de EPD's (elektronische patiëntendossiers).
- De zorgverleners waarderen samenvattingen in guidelines. Ze gebruiken liever een verkorte versie dan de volledige guideline.
- Alle zorgverleners toonden interesse in kwaliteitsvolle buitenlandse guidelines, als ze worden aangepast aan de Belgische context. De huisartsen waarderen ook guidelines van Belgische organisaties, terwijl de specialisten spontaner naar internationale (niet aangepaste) guidelines grijpen.
- De tools om informatie met patiënten te delen (klinische beslissingshulpmiddelen, beslisbomen, informatie over de voor- en nadelen van een interventie) worden erg gewaardeerd. De verpleegkundigen, verloskundigen en kinesitherapeuten zouden voor hun patiënten ook graag brochures gebruiken.

In het hogervermelde onderzoek vroegen we aan de ontwikkelaars en verspreiders van EBP-producten hoe guidelines in België worden verspreid en geïmplementeerd. Hieronder vindt u de belangrijkste punten van deze kritische analyse; de uitgebreide resultaten vindt u terug in het wetenschappelijke rapport.

Er zijn veel spelers in het Belgische EBP landschap en hun definitie van een guideline is soms erg uiteenlopend. De meesten vinden alleszins dat een guideline het resultaat moet zijn van een strikte methodologische procedure. Anderen hanteren weliswaar eveneens een strenge methodiek, maar leggen toch de nadruk op het praktische gebruik en ontwikkelen hulpmiddelen voor de gebruikers. Sommigen hebben dan weer minder ervaring en passen (nog) geen strenge procedure toe, maar zijn dit wel van plan. En enkelen, zoals BCFI en Farmaka, stellen dat hun 'producten' niet kunnen worden vergeleken met standaard guidelines.

3.1. De stap van prioritering

- Er bestaat **geen centrale selectie- en prioriteringsprocedure** voor onderwerpen voor guidelines. In de meeste gevallen leggen de ontwikkelaars intern hun prioriteiten vast (in consensus). Vaak gebeurt dit met inbreng van de eindgebruikers en soms ook met input van bepaalde federale overheden of deelstaten. Met uitzondering van de procedure voor oproepen tot het indienen van voorstellen van het KCE, bestaat er nog geen enkel initiatief om patiëntvertegenwoordigers te betrekken in de selectie van onderwerpen.
- De 'shortlists' die door het interne prioriteringsproces worden opgesteld, moeten vaak worden goedgekeurd door een toezichthoudende commissie van overheidsinstanties (begeleidingscomité). De werkgroep 'Ontwikkeling richtlijnen eerste lijn' voegt de shortlists van zijn leden samen in een nieuwe shortlist, die moet worden goedgekeurd (of aangepast) door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP).
- In enkele gevallen beïnvloeden mogelijke **samenwerkingen met buitenlandse ontwikkelaars** de keuze voor een bepaald onderwerp (bv. Domus Medica en NHG, KCE en IKNL, KCE en NICE).
- Er worden geen vaste **formele prioriteringscriteria gebruikt,** met uitzondering van de prioriteringscriteria van het KCE.

3.2. De stap van ontwikkeling

- De meeste ontwikkelaars volgen een **strenge en gedetailleerde methodiek**. Meestal is dit de handleiding (*process book*) van de werkgroep 'Ontwikkeling richtlijnen eerste lijn', dat op zijn beurt gebaseerd is op internationaal erkende procedures (GRADE, ADAPTE en AGREE II).
- De **(vroegtijdige) deelname van experten en betrokken partijen** aan het ontwikkelingsproces als co-auteurs of *peer reviewers* is in het algemeen goed uitgebouwd (GDG-vergaderingen, expertgroepen, gesprekken met stakeholders, ...).
- De deelname van **(vertegenwoordigers van) patiënten** aan de ontwikkeling van guidelines is onvoldoende. Het is nochtans cruciaal om informatie van 'ervaringsdeskundigen' te integreren, om de producten aanvaardbaar en gebruiksvriendelijk te maken. De patiëntenverenigingen zijn nochtans bereid mee te werken aan dit proces, op voorwaarde dat er hieraan enkele aanpassingen gebeuren.
- Het vooruitzicht van een **externe validatie door CEBAM**, vormt een bijkomende stimulans om kwalitatief hoogstaande procedures te volgen. Daarom zou het opstellen van een **onderzoeksprotocol** van voor de aanvang van het ontwikkelingsproces een goede zaak zijn. De kwaliteitscriteria van CEBAM en van de werkgroep 'Ontwikkeling richtlijnen eerste lijn' worden ook best op elkaar afgestemd.
- De publicatie van de guideline op EBMpracticeNet moet gebeuren in de vorm van een **samenvatting.** Dit lijkt voor vele ontwikkelaars een obstakel te vormen. Een **standaardisering van het ontwikkelingsproces** (verplichting van een samenvatting in de guideline) kan dit probleem oplossen.

- De ontwikkelaars hebben een groot aantal **documenten ter ondersteuning van zorgverleners en patiënten** ontwikkeld en verspreid. Deze initiatieven worden echter niet centraal gecoördineerd.
- De partijen die momenteel bij EBP betrokken zijn, beschikken bijna enkel over *evidence-based* vaardigheden, en amper over vaardigheden op het vlak van kennisoverdracht en gedragswijziging, en alles wat daarmee te maken heeft (psychologie, communicatie, change management, sociale marketing, ...).

3.3. De stap van validatie

- De meeste ontwikkelaars hanteren een vorm van **informele validatie** (*peer reviews* en consensusvergaderingen). Meestal is deze geïntegreerd in het ontwikkelingsproces.
- **CEBAM** is de enige **officieel erkende validatie-instantie** voor alle EBP-producten. Deze instantie gebruikt een **strenge methodiek** voor externe validatie (een validatieteam en specifieke validatieprocedures). Deze grondige procedure wordt door een aantal ontwikkelaars beschouwd als zwaar en stresserend, maar ze draagt wel aanzienlijk bij tot het stroomlijnen van de meeste lokaal ontwikkelde en aangepaste guidelines.
- Het zou goed zijn als de ontwikkelaars de mogelijkheden zouden onderzoeken om een **buitenlandse guideline aan te passen** vooraleer ze starten met de ontwikkeling van een nieuwe guideline. Aangepaste buitenlandse guidelines moeten immers enkel methodologisch worden gevalideerd, wat sneller gaat en minder energie vraagt.
- Op bepaalde EBP-producten, zoals transparantiefiches van het BCFI of beslissingshulpmiddelen, is de huidige validatieprocedure niet van toepassing. Voor deze producten moeten er **alternatieve procedures** worden ontwikkeld.
- Momenteel bestaan er **geen officiële criteria** om als **lid van een validatiecommissie** te worden erkend. Niettemin past CEBAM een reeks criteria toe voor inhoudelijke en methodologische validatoren.
- De goedkeuring door een validatiecomité van CEBAM is een **voorwaarde voor de publicatie** van een samenvatting van een guideline op **EBMPracticeNet**.
- De goedkeuring van een validatiecomité is een voorwaarde om de **laatste storting van een eventuele financiering** te ontvangen voor de ontwikkeling van een guideline die goedgekeurd is in het kader van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn.

3.4. De stap van de disseminatie

- De meerderheid van de ontwikkelaars pleit voor de oprichting van een **centraal platform voor disseminatie van EBP**.
- **EBMPracticeNet** werd opgericht als **centraal verspreidingsplatform voor guidelines in België**. Tot nu toe is de inhoud ervan voornamelijk gericht naar huisartsen (door de link met de EPD's), maar het beleid wil de EBP referentiesite uitbreiden naar minstens vijf erkende gezondheidszorgberoepen (in een eerste fase).
- EBMPracticeNet wil ook de **samenwerking tussen guideline-ontwikkelaars** optimaliseren: het houdt contact met de meesten onder hen, vooral voor de standaardisering van de producten.
- Alle ontwikkelaars en professionele organisaties behouden daarnaast ook hun eigen kanalen en verspreidingsstrategieën. Er is dus **geen centrale coördinatie** van de disseminatie-activiteiten.
- Meestal werken **de ontwikkelaars en professionele organisaties rechtstreeks met elkaar samen**, wat iedereen een belangrijke troef vindt voor de aanvaardbaarheid en implementatie van de guidelines.

- De EBP-producten (digitaal of op papier) worden verdeeld in een **groot aantal formaten**, die allemaal afgeleid zijn van de oorspronkelijke guideline. De ontwikkelaars en professionele organisaties gebruiken vaak een multidimensionele aanpak om hun EBP-materiaal te verdelen, maar ze volgen **geen formele strategie**.
- Een aantal organisaties ontwikkelde **e-learningapplicaties**, maar deze zijn erg duur en kennen weinig succes. Sommige organisaties voorzien **onderwijs en opleiding** of opleidingsmateriaal ter ondersteuning van opleidingen door derden. Het toekennen van **accreditatiepunten** voor het volgen van opleidingen kan de implementatie vergemakkelijken.
- Een aantal organisaties plannen **face-to-face bezoeken** of nemen deel aan **LOKs** om evidence-based kennis te delen. Dit wordt vooral gedaan voor huisartsen. De meeste ontwikkelaars stellen ook nieuwe EBP-producten voor tijdens conferenties en nemen soms deel aan mediacampagnes. Er is geen duidelijke strategie voor het gebruik van sociale media of social marketing.
- Meerdere organisaties vinden het **coördineren en centraliseren van de communicatie over EBP-informatie nodig,** met behulp van medewerkers met **specifieke communicatievaardigheden** (sommige organisaties beschikken hier al over).
- Er zijn bijkomende inspanningen nodig om de **geletterdheid op gezondheidsvlak (health care literacy)** van de patiënten te verhogen en om EBP-boodschappen op te stellen in een voor iedereen begrijpelijke taal. Deze patiëntinformatie kan worden gelinkt aan EBMPracticeNet.

3.5. De stap van implementatie

- Er bestaat **geen centrale strategie voor de implementatie van EBP** in België, ook al zijn er wel enkele verspreide initiatieven. De klassieke disseminatie van guidelines is voor de meeste partijen het einde van hun taak. Er is onvoldoende kennis over begrippen zoals ‘weerstand tegen verandering’. De partijen weten meestal niet in hoeverre hun producten worden aanvaard en geïmplementeerd.
- Wel wordt gewerkt aan **ondersteunende tools**, o.a. decision support, hulpmiddelen bij het verantwoord voorschrijven op basis van het EPD van de voorschrijver (scripts – real-time voorschrijfhulpmiddelen) en de terbeschikkingstelling van onderzoeksresultaten in de EPD's.
- De eindgebruikers weten vaak te weinig over het concept van EBP of zijn er terughoudend over. Dit komt vaker voor bij oudere zorgverleners.
- Het gebrek aan stimulansen (financiële of in de vorm van accreditatiepunten) wordt ook genoemd als belemmering voor de implementatie van EBP producten.

3.6. De stap van de evaluatie

3.6.1. Evaluatie van de effectiviteit van de promotie-, disseminatie en implementatie-acties voor EBP-producten

- Er bestaat momenteel geen formeel, systematisch beleid om het gebruik en de effictiviteit van guidelines in de verschillende takken van de gezondheidszorg te evalueren.
- Een aantal ontwikkelaars proberen internationaal gevalideerde opvolgingstools te integreren in hun guidelines (monitoringtools voor downloads, meting van adoptie door gebruikers, tevredenheidsmetingen, enz).
- EBMPracticeNet kan bepaalde aspecten van zijn activiteiten opvolgen. Momenteel worden deze gegevens echter niet gebruikt voor evaluatiedoeleinden.

Een nieuw accreditatiesysteem voor zorgverleners

Parallel met de uitwerking van het EBP-Plan wordt er momenteel ook gewerkt aan een herziening van het huidige accreditatiesysteem voor zorgverleners. De accreditatie wordt vervangen door een systeem van 'permanente professionele ontwikkeling', dat de nadruk legt op de werkelijke opleidingsbehoeften van de zorgverlener, en op de verwachtingen van de overheid.

Het nieuwe systeem zal gebaseerd zijn op het principe van een **'kwaliteitscirkel'** die enkele gelijkenissen heeft met het AHRQ-model van EBP:

1/ PLAN - Plannen: Een opleidingsplan op basis van twee pijlers: de opleidingsbehoeften van de zorgverlener en de doelstellingen van volksgezondheid en de ziekteverzekering (verantwoord gebruik van middelen, multidisciplinaire aanpak, transmuraliteit, e-gezondheid, ...).

2/ DO - Doen: Opleidingen via verschillende moderne leermethodes (e-learning, artsenbezoekers, ...) wat overeenkomt met de **disseminatiefase** in het AHRQ-model.

3/ CHECK - Verifiëren: Het meten van de impact van de opleidingen op de individuele praktijk van de zorgverleners, wat overeenkomt met de **evaluatiefase** in het AHRQ-model (aangepast door het KCE). Belangrijk: de meeteenheid voor accreditatie is niet langer de gebruikte tijd, maar het behaalde resultaat.

4/ ACT - Reageren: Het opleidingsplan aanpassen op basis van de resultaten van de evaluatie.

Het nieuwe systeem zou **stimulansen** kunnen bevatten die de toepassing van EBP belonen (= **implementeringsfase**) op basis van kwaliteits- en efficiëntie-indicatoren, die zijn opgesteld op basis van de activiteit van (groepen) zorgverleners (*benchmarking*).

In 2011 werd een gelijkaardig systeem ingevoerd in Frankrijk in de vorm van een nieuwe 'vergoeding gebaseerd op het behalen van doelstellingen in de gezondheidszorg' (ROSP).

3.6.2. Positionering van het EBP Plan ten opzichte van andere initiatieven voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Tot nu toe lijkt het al dan niet gebruiken van EBP-guidelines in de praktijk geen gevolgen te hebben (op het vlak van accreditatie, stimulansen of financiële sancties) voor de zorgverleners op het terrein.

Recent werden binnen de overheidsadministraties gezondheidszorg meerdere initiatieven opgestart om kwaliteit, doelmatigheid en efficiëntie van zorg te versterken, zoals de hervorming van de accreditering, de herijking van de nomenclatuur, het “Actieplan handhaving in de gezondheidszorg” (met de maatregelen doelmatige zorg) en de hervorming van de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Het EBP Plan focust op structureren, coördineren, financieren en opvolgen van EBP in België, maar het is eveneens belangrijk dat het zich optimaal positioneert ten opzichte van bovengenoemde initiatieven.

4. ANALYSE VAN ENKELE BUITENLANDSE MODELLEN

In maart 2016 stuurde het KCE een online vragenlijst naar 18 buitenlandse guideline-agentschappen. Dit gebeurde in het kader van zijn onderzoek (KCE-rapport 284) waarbij het de eigen guidelines beter wilde aanpassen aan de behoeften van de gebruikers. Zeven organisaties antwoordden uitgebreid en wilden hun werkprocedures delen. De voor dit rapport relevante bevindingen worden hieronder kort samengevat (een meer uitgebreide beschrijving vindt u in het wetenschappelijke rapport).

De organisaties die deelnamen aan de vragenlijst van het KCE

- Haute Autorité de Santé (HAS), Frankrijk
- Duodecim, Finland
- Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Nederland
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), Nederland
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederland
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Schotland
- National Institute for Health and Care excellence (NICE), Verenigd Koninkrijk

4.1.1. Indienen van onderwerpen

Sommige agentschappen lanceren regelmatig oproepen om onderwerpen in te dienen, bij andere kunnen onderwerpen vrij worden ingediend, en nog andere stellen vooraf een thematische lijst op, die ze voorleggen aan zorgverleners of professionele organisaties.

4.1.2. Selectie van onderwerpen

Alle ondervraagde ontwikkelaars (met uitzondering van HAS) hebben een **formele procedure** om de (voorgestelde) onderwerpen te selecteren. In Engeland en Schotland voert de overheid de selectie uit. Andere agentschappen doen hiervoor een beroep op expertgroepen. De samenstelling van deze groepen loopt evenwel sterk uiteen: sommige bevatten zorgverleners, bij andere instituten zijn de competenties ruimer (vertegenwoordigers van de overheid en ziekenhuizen, primaire gezondheidszorg en andere stakeholders, met uitzondering van de industrie).

Alle agentschappen gebruiken **criteria** zoals de mogelijkheid om de bestaande aanpak te verbeteren, de haalbaarheid van de guideline of het verschijnen van nieuw wetenschappelijk bewijs. Bepaalde agentschappen verbreden naar andere criteria, zoals de huidige afwezigheid van een guideline, het aantal betrokken patiënten of de ernst van de aandoening.

4.1.3. *Financiering*

Alle ondervraagde agentschappen worden gefinancierd door de overheid. NHG wordt daarnaast gesteund door een private, niet-commerciële financiering.

4.1.4. Communicatie naar de eindgebruikers en professionele groepen

Bijna alle ondervraagde agentschappen schakelen **communicatiespecialisten** in om te garanderen dat de aanbevelingen eenvoudig en duidelijk zijn en dat in de richtlijnen een positieve en overtuigende stijl gebruikt wordt.

De meesten hebben medewerkers (of doen een beroep op een extern kantoor) voor de communicatie over guidelines naar zorgverleners. De samenstelling van deze teams loopt sterk uiteen: NHG heeft een marketing- en communicatieteam met ongeveer 25 mensen; NICE heeft een communicatieteam met 40 medewerkers, waaronder een team in het veld en ondersteunende teams voor de implementatie, met vaardigheden in

communicatie, media, gezondheidszorg en management. Bij SIGN is er slechts één persoon verantwoordelijk voor de disseminatie.

Alle respondenten, op HAS na, volgen een specifiek plan voor de communicatie: SIGN heeft een standaardplan voor alle guidelines, Duodecim en V&VN maken een plan op maat voor elke guideline. NICE heeft een globaal strategisch communicatieplan en specifieke communicatieplannen voor bepaalde belangrijke publicaties. De verschillende communicatieplannen richten zich tot nationale gezondheidsinstanties, algemene en gespecialiseerde media, patiëntgroepen en lokale gezondheidsdiensten.

Voor de communicatie met patiënten hebben alle agentschappen intern personeel of doen ze een beroep op een extern kantoor.

4.1.5. De disseminatie van guidelines

De guidelines van de ondervraagde agentschappen zijn vooal beschikbaar via niet-commerciële, gecentraliseerde databases (GIN of *National Guideline Clearinghouse*).

Vier agentschappen (IKNL, NHG, NICE en SIGN) hebben een disseminatiespecialist in hun team en werken ook samen met internationale partners.

De klassieke verspreidingskanalen zijn de website van de organisatie, verzending per e-mail, gedrukt materiaal en sociale media. NICE kan beroep doen op een team in het veld en organiseert conferenties.

4.1.6. Activiteiten rond implementatie

Sommige agentschappen hebben een guideline-implementeringsspecialist. De strategieën zijn uiteenlopend: IKNL ontwerpt een nieuw implementeringsplan voor elke guideline. NHG gebruikt educatief materiaal, organiseert conferenties en stelt materiaal online beschikbaar, zoals video's. NICE heeft een team van acht implementeringsadviseurs en gebruikt verschillende onderwijstools en studieprogramma's. Verschillende agentschappen betrekken de GDG's bij de implementatiesfase.

5. STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN VAN HET BELGISCHE EBP-PLAN

De **strategische doelstellingen** van het EBP-Plan kunnen als volgt worden geformuleerd:

Het "Belgische Federale EBP-Plan" heeft tot doel de kwaliteit, efficiëntie en doelmatigheid van de gezondheidszorg door de Belgische zorgverleners te verbeteren, door het optimaliseren van het gehele EBP-proces (prioritering, ontwikkeling, validatie, disseminatie, implementatie en evaluatie) en door EBP op federaal niveau aan te sturen. Het Plan wil de acties van de verschillende EBP stakeholders identificeren, aligneren, integreren en valideren en wil een globaal bestuursplan ontwikkelen en implementeren op federaal niveau.

Op basis van buitenlandse best practices, de analyse van de behoeften van eindgebruikers en een kritische evaluatie van de huidige situatie in België, kan dit vertaald worden naar de volgende **operationele doelstellingen**:

- Opstellen van een governance plan dat de procedures en beleidslijnen in een globaal EBP-Plan stroomlijnt en dat zorgt voor een opvolging van de activiteiten van de verschillende partners;
- Het budget rationaliseren: de federale overheidsmiddelen die in EBP worden geïnvesteerd, effectiever gebruiken met een gesloten budget;
- De EBP-acties uitbreiden naar een multidisciplinaire aanpak, waarbij niet alleen huisartsen, maar ook artsen in de tweede lijn en andere zorgverleners worden betrokken: ergotherapeuten, kinesisten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, logopedisten, ...;
- Meer inzetten op implementatie met behulp van verschillende tools:

  - *Evidence-linker*: een 'pull'-systeem waarmee men gevalideerde guidelines (op EBMPracticeNet) kan bekijken vanuit het EPD;
  - Beslissingshulpmiddelen: een 'push'-systeem met waarschuwingen en herinneringen;
  - disseminatie van EBP-kennis via erkende effectieve strategieën voor gedragswijziging;
- EBP meer integreren als basiscompetentie voor zorgverleners en in aanvullende opleidingen;
- EBP integreren in alle relevante e-learningapplicaties;
- Een coderingssysteem homologeren om gegevens uit EBP-richtlijnen aan patiëntengegevens te koppelen;
- Van EBMPracticeNet een uniek en centraal portaal maken;
- Huidige gedrukte EBP publicaties evalueren; gaan naar één enkel(e) tijdschrift/publicatie/nieuwsbrief;
- Een evaluatie van het EBP-beleid organiseren, gebaseerd op evaluatieprocedures en feedback van partners en eindgebruikers;
- Evaluatie van de implementatie van de EBP producten.

6. WELK BESTUURSMODEL VOOR HET BELGISCHE EBP-PLAN?

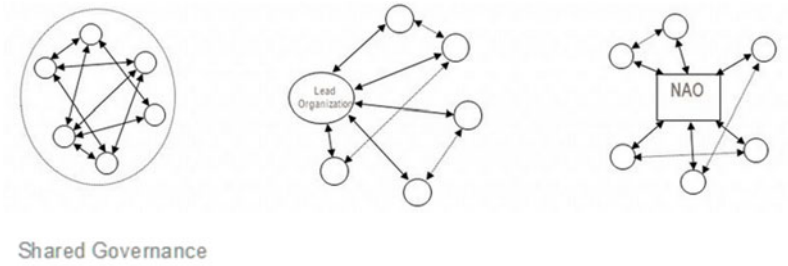
6.1. Netwerkbestuursmodellen

Een federaal plan voor zoiets ambitieus als een EBP-Plan, dat de bestaande partijen en netwerken mobiliseert, moet ondersteund worden door een robuust en doordacht bestuursmodel.

Een essentieel kenmerk van organisatienetwerken is dat er geen hiërarchische controle is over de verschillende partners. Er zijn drie grote netwerkorganisatiemodellen: netwerken met gedeeld bestuur (participatief), netwerken die worden bestuurd door een leidinggevende organisatie (*lead organisation*) en netwerken met een onafhankelijke administratieve organisatie (network administrative organisation of NAO) (Provan & Kenis 2008).

- Bij **participatief bestuur** ligt de nadruk op het collectieve karakter: alle partners communiceren met elkaar en nemen collegiaal strategische en operationele beslissingen. Hiervoor moeten ze intensief formeel en informeel met elkaar communiceren;
- In netwerken met een **lead organisation** staat één van de betrokken organisaties in voor de strategische beleidslijnen en neemt ze de leiding over de andere partners;
- In netwerken met een **network administrative organisation** of **NAO** neemt een onafhankelijke organisatie, die geen banden heeft met de andere partners van het netwerk, de bestuurstaken op zich. De NAO werkt als een katalysator voor de werking van het volledige netwerk.

Figuur 4 – De drie netwerkbestuursmodellen



Het vertrouwen tussen de netwerkpartners, de (a)symmetrie van dit vertrouwen, het aantal partners in het netwerk, de duidelijkheid van en consensus over de doelstellingen en de behoefte aan competenties binnen het netwerk, spelen een beslissende rol bij het kiezen van het meest geschikte bestuursmodel.

Tabel 1 – Belangrijkste voorspellers van de efficiëntie van bestuursmodellen

Bestuursmodel	Vertrouwen tussen de partners	Aantal deelnemers	Consensus over doelstellingen	Nood aan competenties binnen het netwerk
Participatief bestuur	Sterk	Laag	Sterk	Laag
Lead organisation	Laag en erg gecentraliseerd	Gemiddeld	Matig/laag	Matig
Network Administrative organisation (NAO)	Er is een matig vertrouwen tussen de partners	Gemiddeld tot hoog	Matig/hoog	Hoog

Bron: Provan & Kenis 2008

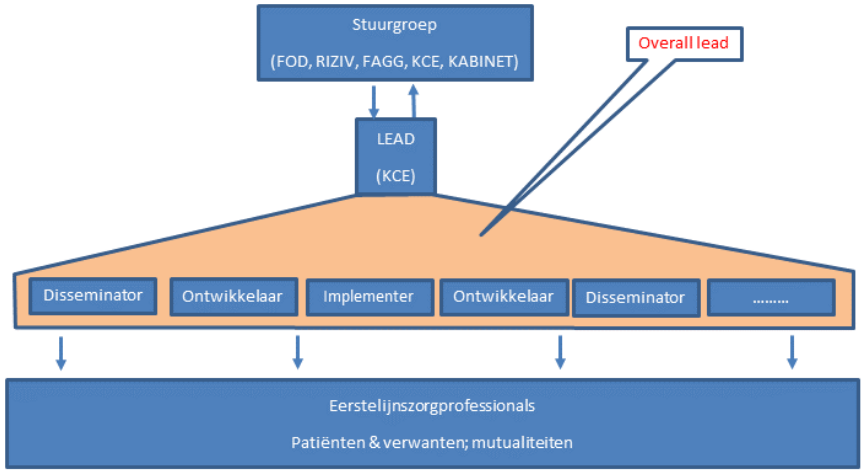
Uit het onderzoek naar de verschillende netwerkbestuursmodellen komt wel duidelijk naar voor dat het oprichten of versterken van een netwerk aanvankelijk het vertrouwen kan verhogen, maar meestal niet de efficiëntie.

6.2. Fasering van het bestuursmodel voor het EBP-Plan

De Antwerp Management School en Technopolis Group ontwikkelden een voorstel voor een bestuursmodel in twee fasen, op basis van de conceptnota van de minister van Volksgezondheid. Dit model stelt **twee opeenvolgende bestuurstypes voor: eerst een lead organisation, en vervolgens een NAO.**

6.2.1. Fase 1: netwerk met lead organisation, eerste stap naar een nieuw bestuursmodel

Figuur 5 – Start: leiderschap KCE

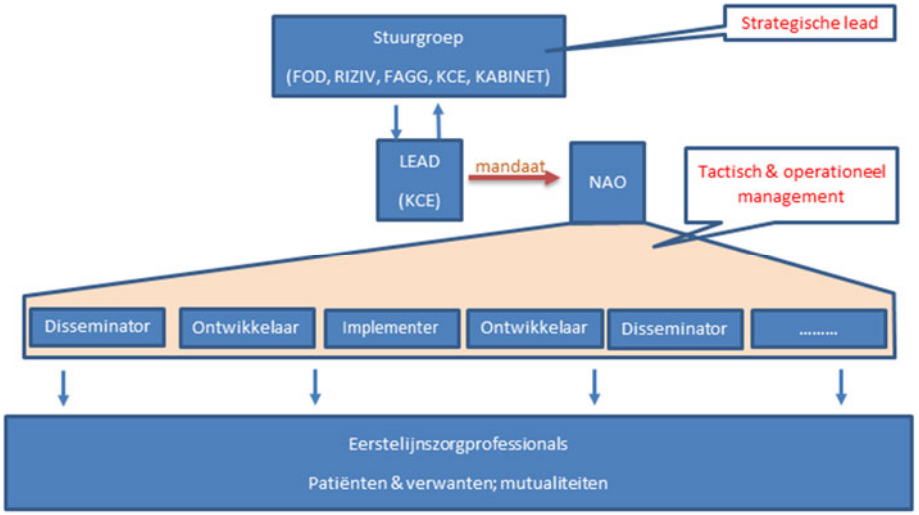


Het doel van deze eerste fase is het versterken en, indien mogelijk, structureren van de relaties tussen de min of meer onafhankelijke organisaties, die momenteel deel uitmaken van het netwerk van het toekomstige federale EBP-Plan. Dit is m.a.w. een overgangsfase om het federale EBP-Plan op poten te zetten.

Een **centrale stuurgroep (*steering group*),** bestaande uit vertegenwoordigers van de toezichthoudende administraties en het kabinet, zal een **meerjarenplan voor de implementatie van EBP in België** ontwikkelen en neemt de algemene leiding van het netwerk op zich tijdens deze startfase. Door de aanwezigheid van vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het FAGG, is deze groep een relevant platform voor de afstemming van de activiteiten van de drie administraties.

In haar conceptnota heeft de minister het KCE aangesteld om de operationele leiding van het netwerk als "primus inter pares" op te nemen en de uitrol van het EBP-Plan te coördineren.

Figuur 6 – Overgang: van de lead organisation structuur naar een NAO en de aanstelling van een EBP-adviescomité



In de eerste fase richt het KCE in naam van de federale stuurgroep een **NAO (*Network Administrative Organization*)** op, een aparte **onafhankelijke** organisatie. Deze NAO neemt het operationele beheer van het federale EBP-Plan over. De stuurgroep zal zich dan alleen nog bezighouden met de **strategische planning**, terwijl de **tactische en operationele verantwoordelijkheden worden overgedragen aan de NAO**.

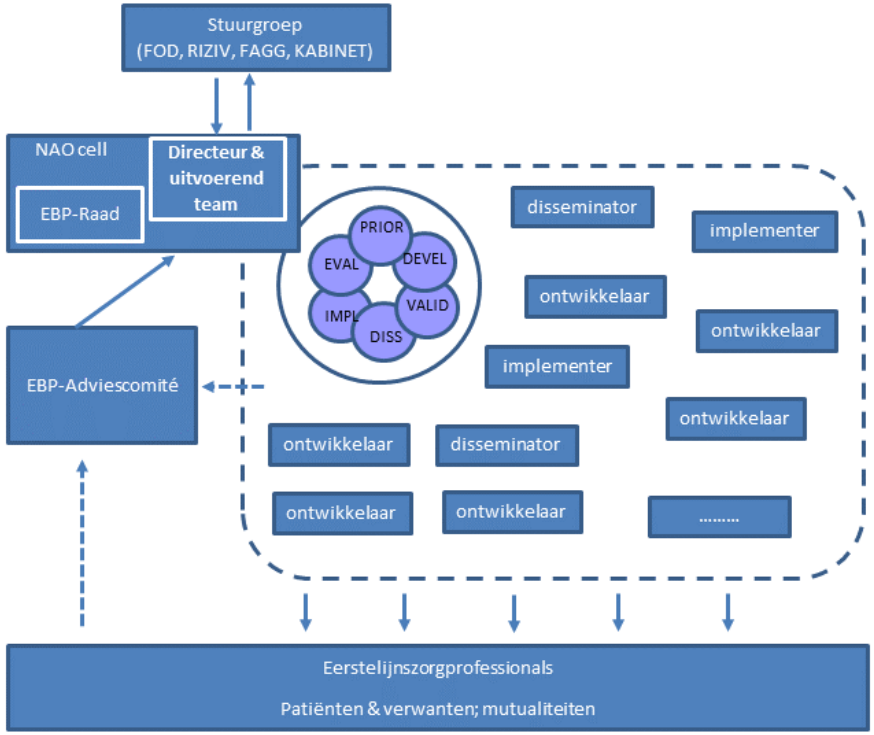
Deze NAO zal **onafhankelijk** zijn van de uitvoerende EBP-leden. Ze zal bestaan uit een kleine cel van vier personen, die samen een grondige kennis hebben van procesbeheer en programma's en bewezen vaardigheden hebben in 'network management'. Deze cel wordt **onder het gezag van de federale stuurgroep** geplaatst, maar zal bij voorkeur een onafhankelijke juridische vorm krijgen (vb VZW) om de vertrouwensband met de leden van het netwerk te vergemakkelijken.

Via een **'EBP-adviescomité'** (*EBP Advisory Committee*) zullen alle partners van het EBP-Plan (inclusief gebruikers, patiënten en mutualiteiten) kunnen reageren op het Plan (taak van de feedback-lus). Hun reacties en opmerkingen komen in de eerste fase rechtstreeks terecht bij de federale stuurgroep, en vervolgens (in fase 2) bij de bestuurders van de NAO.

6.2.2. Fase 2: bestuur door de NAO

Zodra de NAO operationeel is (voorziene planning: midden 2018), verdwijnt het netwerk met de lead organisation en neemt het KCE zijn plaats weer in tussen de andere partners in het netwerk. Vanaf dan staat de NAO in voor de tactische en operationele aansturing van het (bestaande) ontwikkelings-, validatie- en verspreidingssysteem voor guidelines. De NAO legt de nadruk op de implementatie en **ontwikkelt stap voor stap een volledige levenscyclus**, zoals beschreven in ons model (prioritering, ontwikkeling, validatie, verspreiding, implementering en evaluatie).

Figuur 7 – Bestuur door de NAO



Binnen de directie van de NAO wordt een **EBP-raad (*EBP Board*)** opgericht, die bestaat uit vertegenwoordigers van elke operationele cel in de levenscyclus van de guideline (zie hieronder), een vertegenwoordiger van de federale stuurgroep, een vertegenwoordiger van de eindgebruikers, één van de patiënten en één van de mutualiteiten. De EBP-raad moet worden geraadpleegd voor alle belangrijke thematische kwesties waarvoor een grondige kennis van de (wetenschappelijke) EBP-methodes nodig is.

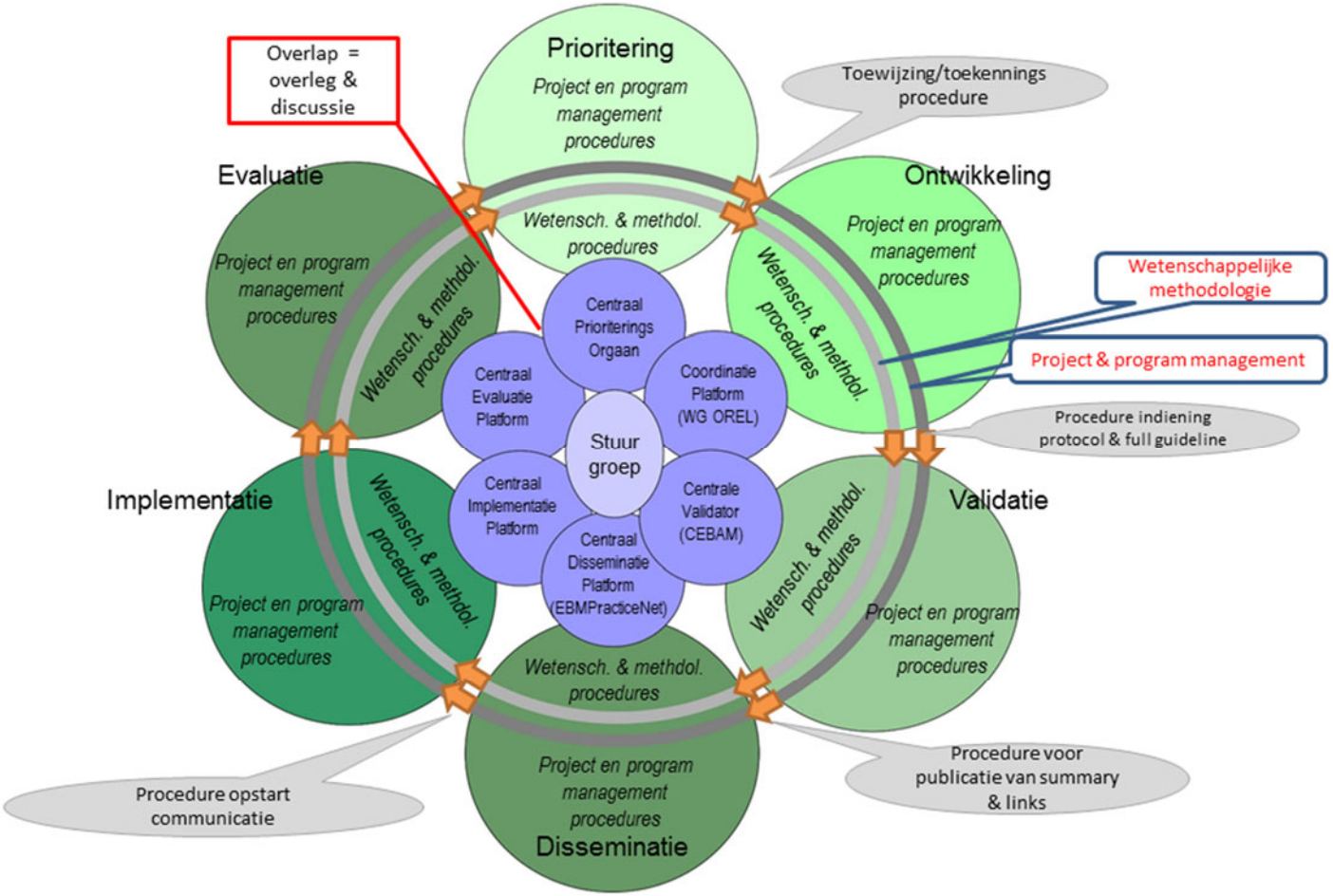
Het is belangrijk dat niet alleen de operationele en programmatische, maar ook de wetenschappelijke en methodologische procedures en doelstellingen altijd op elkaar afgestemd zijn.

Het mandaat van de NAO wordt indien nodig om de (twee of drie) jaar aangepast door de federale stuurgroep, aan de hand van voorstellen van stakeholders en expertcomités uit verschillende cellen binnen de levenscyclus. De formele contacten die elk kwartaal plaatsvinden tussen de federale stuurgroep, de EBP-raad en de NAO-directie vormen de pijlers en controlepunten voor de strategische planningscyclus van dat jaar in het EBP-Plan.

6.3. Een bestuursmodel gebaseerd op de 'levenscyclus' van EBP

In dit deel beschrijven we de procedures, processen en informatiestromen in het organisationele bestuursmodel. De levenscyclus van EBP geldt als vertrekpunt voor deze operationalisering. Deze levenscyclus bestaat uit zes opeenvolgende stappen, die reeds werden vermeld (prioritering, ontwikkeling, validatie, verspreiding, implementering en evaluatie). Deze zes stappen zijn onderling verbonden: het resultaat van een fase is het vertrekpunt van de volgende fase. De overgang tussen de stappen moet formeel gebeuren via procedures (oranje pijlen).

Figuur 8 – Bestuursmodel gebaseerd op de 'levenscyclus' van EBP



Elke cel in de levenscyclus hanteert twee verschillende processen: (1) wetenschappelijke processen (genereren van bewijs, validatie) en gepaste, efficiënte en gevalideerde methodes en manieren van aanpak (prioritering, disseminatie, implementatie, evaluatie) en (2) processen voor het beheer van het project en het programma.

Het **beheer van de wetenschappelijke methoden en processen** zal worden toevertrouwd aan **zes specifieke cellen of platformen** voor elke fase van de levenscyclus, en waarvan de leden worden geacht experts te zijn in het specifieke domein. Hun rol zal zijn om de coördinatie te voeren van de identificatie, de ontwikkeling, het up-to-date houden van de wetenschappelijke methoden en procedures en gevalideerde instrumenten die specifiek zijn voor de respectieve activiteiten, en de verspreiding en uitvoering te waarborgen van deze methoden en instrumenten bij de partners van het EBP-netwerk. Er wordt gesproken over een **platform**, als het gaat om het verzamelen en aligneren van verschillende actoren binnen een domein (vb. de "Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn"), of **een cel**, als een enkele speler alle activiteiten van het domein coördineert (bv CEBAM voor de validatie). Momenteel wordt deze rol al min of meer opgenomen op drie gebieden

- De rol van coördinatieplatform van ontwikkeling kan verder worden ingevuld door de werkgroep 'Ontwikkeling richtlijnen eerste lijn'
- CEBAM kan de rol blijven opnemen van validatiecel.
- En de rol van centraal disseminatieplatform kan in eerste instantie verder opgenomen worden door de Raad van Bestuur van EBMPracticeNet.

Op dit moment bestaan er geen centrale cellen voor prioritering, communicatie en evaluatie. Deze worden opgericht bij de lancering van het Plan in 2018.

De **beheerprocessen van het project** vallen dan weer onder de verantwoordelijkheid van de NAO als operationeel verantwoordelijke. Figuur 8 hierboven geeft de complementariteit weer van deze twee rollen gedurende het hele ontwikkelingsproces van een guideline of ander EBP-product: het **projectbeheer** (donkergrijze cirkel) omvat de start, planning, uitvoering, controle en finalisering van een bepaalde taak, door een bepaald team dat binnen een vastgelegde termijn moet werken, terwijl de **taak van de cellen of platformen** (lichtgrijze cirkel) is om erover te waken dat er een strenge methodiek en wetenschappelijke procedures worden toegepast. Deze twee rollen zijn dus erg verschillend, maar vullen elkaar perfect aan. Samen kunnen ze garanderen dat het werk wordt voltooid zonder kwaliteitsverlies en binnen de voorziene termijn en budget.

Voor elke activiteit van een cel of platform wordt er **een specifieke reeks methodes en hulpmiddelen uitgewerkt en verspreid**. Deze zal worden goedgekeurd/gevalideerd door de EBP-raad en aan iedereen ter beschikking worden gesteld op het portaal EBMPracticeNet voor 01/07/2018. De procedures zullen gebaseerd worden op beschrijvende lijsten met processen en aandachtspunten. Voor deze taak worden werkgroepen opgericht binnen elke cel of platform. Uit ons onderzoek blijkt dat veel van deze processen reeds beschikbaar en zo goed als gebruiksklaar zijn.

Een belangrijke uitdaging in het model voor het EBP-Plan is dat de **samenwerking tussen de cellen en de overgang tussen de fasen in de levenscyclus vlot en efficiënt moeten gebeuren**. Dit betekent dat er specifieke procedures moeten worden ontwikkeld voor de coördinatie van de overgang van de ene naar de volgende fase. Deze procedures staan onder toezicht van en worden gecoördineerd door de NAO. Er is bijvoorbeeld een procedure nodig voor de toewijzing van een EBP-project (ontwikkeling, verspreiding of implementering) na het prioriteringsproces. Deze samenwerking/communicatie tussen cellen en platformen is ook noodzakelijk om te vermijden dat zich conflicten voordoen tijdens de overgang van de ene naar de volgende cel. Bijvoorbeeld: de procedures van het ontwikkelingsplatform en die van de centrale validatiecel moeten op elkaar afgestemd zijn, zodat er geen problemen kunnen ontstaan op het moment van de validatie (zoals weigering of majeur bezwaar tegen een guideline). De EBP-raad zal waken over de stroomlijning van deze processen tussen de stappen.

7. OPERATIONALISERING: VAN EEN PLAN NAAR EEN EBP PROGRAMMA

7.1. Uitgangspunten en eerste stappen

7.1.1. Prioritering

- De **voorstellen van de onderwerpen** voor het EBP-Plan zullen vooral afkomstig zijn van:
  - de overheid en de administraties (samen in de stuurgroep) zullen zich voor het stellen van prioriteiten baseren op de verklaringen van de regering, beleidsnota's, gezondheidsdoelstellingen ... of kunnen zich laten inspireren door het rapport over de performantie van het gezondheidssysteem, de gezondheidsenquête of andere relevante bronnen of indicatoren;
  - de groep van actoren in het EBP netwerk zullen ook voorstellen kunnen formuleren voor de prioritaire onderwerpen en thema's op basis van hun expertise en ervaring in het veld;
  - via een oproep tot voorstellen voor onderwerpen kunnen de (organisaties van) zorgverleners, de academische wereld en andere organisaties (waaronder patiëntenorganisaties) of individuele burgers onderwerpen voorstellen.
- Op dit ogenblik is niet bepaald op welk niveau en door wie de **keuze van de prioritaire thema's en activiteiten** binnen het EBP plan zal gebeuren. Binnen het kader van de hervorming van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen – het voormalige KB 78 – zou een Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg opgericht worden[b] met twee kamers, een Advieskamer en een Toezichtkamer. De Advieskamer zou als voornaamste taak het verlenen van advies hebben in allerlei gezondheidszorgmateries m.b.t. de kwaliteit van de gezondheidszorg, en het bepalen van de prioriteiten voor het EBP plan zou aan deze Raad kunnen worden toevertrouwd.
- Voor de 1e lijn is er op dit ogenblik de **Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP)** binnen het RIZIV, die o.a. betrokken is bij de finale keuze van de onderwerpen van guidelines voorgesteld door de "Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn". Deze procedure moet geherevalueerd en geherdefinieerd worden in het kader van het EBP Plan.
- In afwachting van een beslissing over deze kwestie, kan de **Stuurgroep** de prioriteringsstap coördineren.
- Als de thema's en onderwerpen geselecteerd zijn, zal een **tweede oproep** worden gelanceerd voor voorstellen voor de realisatie van de verschillende **producten en acties** (rekening houdend met de gehele levenscyclus EBP). Deze oproep richt zich tot **EBP actoren met expertise in de ontwikkeling, verspreiding en implementatie**. De mate van implementatie van guidelines blijft laag in ons land, ondanks de al geleverde grote inspanningen; en in haar conceptnota stelde de minister dat ze vooral deze fase wilde optimaliseren. Daarom zal er in de komende jaren speciale aandacht aan besteed worden, en een significant deel van de middelen voor het federaal EBP-Plan.
- De afstemming tussen de prioriteringsfase en de ontwikkeling-/disseminatie-/implementatie-fase en de modaliteiten voor de tweede oproep moeten nog binnen een werkgroep verfijnd worden.

---

b http://kb78.be/concepten/raad%20voor%20kwaliteitsvolle%20praktijkvoering%20in%20de%20gezondheidszorg.html

7.1.2. Ontwikkeling

- Belgische guidelines ontwikkelen zonder rekening te houden met hoog-kwalitatieve buitenlandse producten, zou niet efficiënt en geen voorbeeld van goede praktijk zijn (omdat het moderne EBP beleid internationale samenwerking aanmoedigt), vooral omdat het up-to-date houden van guidelines een toenemende werklast vormt. Daarom zal het ontwikkelproces van guidelines **bij voorkeur de adoptie en/of aanpassing van buitenlandse guidelines omvatten.** Elk ontwikkelproject zal daarom moeten voorafgegaan worden door een screening op internationale guidelines, om vergelijkbare producten van hoge kwaliteit te identificeren. Enkel nadat de ontwikkelaars dit effectief geverifieerd hebben, zullen ze een *de novo* guideline mogen ontwikkelen.
- Voordat een guideline wordt ontwikkeld (adoptie, adaptatie of *de novo*) zal er **een ontwikkelprotocol** met een duidelijk werkplan, deadlines, samenstellingen van GDG groepen,enz., moeten worden **geschreven en ingediend,** en worden goedgekeurd door CEBAM. De validatie van dit protocol zal een absolute voorwaarde zijn voor financiering van het project.
- Voor de ontwikkeling van EBP materiaal voor de eerste lijn wordt de "Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn" erkend als **platform met de opdracht de kwaliteit van de producten te bewaken** (wetenschappelijke methodologie, valide processen en hulpmiddelen…)

7.1.3. Validatie

- Het **validatieproces** van CEBAM wordt uitgebreid, indien relevant, **naar afgeleide producten van guidelines of andere EBP producten** (die niet passen in de standaard validatie van guidelines). Bepaalde validatieprocessen van afgeleide producten kunnen eventueel worden uitbesteed aan andere actoren. Een accrediteringsproces (en de onderliggende vereisten) van ontwikkelaars van dergelijke producten zou eveneens kunnen worden heroverwogen.
- Een absolute voorwaarde voor validatie is dat de aanbevelingen van een guideline worden samengevat in een vooraf vastgelegd formaat, dat kan gebruikt worden door EBMPracticeNet (zie verder).

7.1.4. Diffusie en disseminatie

- EBMPracticeNet moet bevestigd en versterkt worden als centraal disseminatiekanaal voor EBP in België. Zijn opdracht zal dan ook duidelijk moeten worden omschreven. De website **www.ebmpracticenet.be** zal het referentieportaal worden voor de verspreiding van alle beschikbare en gevalideerde EBP informatie voor alle zorgverleners en voor de patienten en hun familie en mantelzorgers. Voor elke guideline zal een samenvatting gepubliceerd worden op het portaal, samen met de links naar alle relevante informatiebronnen (bv de volledige guideline, patiëntenbrochures, beslisbomen, farmacologische informatie …). De publicatie van alle producten die gefinancierd worden met EBP-Plan middelen zal verplicht zijn. Elke EBP partner blijft echter vrij om deze ook te publiceren op zijn eigen of andere websites, maar deze disseminatie zal niet worden gefinancierd door het EBP-Plan.
- Bovendien zal EBMPracticeNet.be ook gekoppeld worden aan de electronische medische dossiers (EMD) van patienten via een electronisch belissingsondersteuningssysteem (*Electronic Clinical Decision Support*) en een *Evidence Linker (*zie hoger).
- De website van EBMPracticeNet zal ook gratis toegang verlenen tot alle beschikbare procedures en methodologische handleidingen, ontwikkeld en gebruikt in het kader van het Belgische EBP-Plan.
- Op dit ogenblik zijn er talrijke andere initiatieven voor disseminate, naast het centrale portaal van EBMPracticeNet. Er werd reeds besloten een aantal te laten bestaan: BCFI, BAPCOC en BELMIP. Daarom zijn ze niet betrokken bij de huidige herorganisatie door het EBP-Plan.
- Er zijn ook initiatieven voor permanente vorming, e-learning, brochures, tijdschriften… die van veraf of dichtbij betrokken zijn bij de verspreiding van EBP. Maar het meest actieve kanaal is waarschijnlijk dat van de LOKs (momenteel enkel voor artsen). Het zou nuttig zijn om op relatief

korte termijn, onder toezicht van de Stuurgroep, te onderzoeken hoe de disseminatie van het EBP-Plan kan worden gekoppeld aan de werking van de LOKs, in de huidige context van de hervorming van accreditatie.

- De CEBAM Digital Library for Health (CDLH) blijft een sleutelpartner voor gratis toegang tot de internationale EBP databanken.
- De rol van methodologisch en wetenschappelijk platform voor de coördinatie van de disseminatie kan in een eerste fase worden opgenomen door de Raad van Bestuur van EBMPracticeNet, waarvan de samenstelling zeer breed is. Op langere termijn moet de oprichting van een nieuw specifiek platform worden overwogen. Zijn samenstelling kan worden aangepast, om de kwaliteit van deze coordinerende functie te verbeteren.

7.1.5. Implementatie

- In de levenscyclus van EBP vormt de implementatie geen extra stap in het productieproces, maar is ze eerder een "aanvullende laag" die over de ontwikkelde producten moet worden gelegd, voor hun verspreiding. Het is daarom misschien logisch dat EBP-Plan zich richt op de mate van **implementeerbaarheid** van de producten, in plaats van op hun implementatie zelf, want de implementatie gebeurt bij de doelgroepen, en niet bij de acteurs. In essentie gaat het om een aantal communicatie-technische aspecten en technieken die kunnen bijdragen tot het behalen van de gewenste resultaten, in termen van kennis, attitude en gedrag.
- Idealiter zou bij elke activiteit binnen het EBP-Plan systematisch ook de implementatie moeten worden afgetoetst. Concreet zou dit kunnen inhouden dat men in de planning- en designfase en bij de voorbereiding van de disseminatie beroep doet op een expert, om de impact van de activiteit zo groot mogelijk te maken. Dit omvat een kritische analyse van de implementeerbaarheid[c] van het project en van de financiële prikkels die een eventuele implementatie van EBP kunnen belemmeren.
- Momenteel moet men vaststellen dat de hiervoor benodigde know-how nauwelijks of niet beschikbaar is binnen ons gezondheidssysteem, met uitzondering van de marketing- en lobby-activiteiten van de medisch-farmaceutische industrie. Bij de huidige EBP initiatieven doet men ook zelden een beroep op externe expertise terzake. Een van de prioritaire acties binnen het EBP-Plan is dan ook het uitbouwen van een **implementatie-expertise-cel**. In dit stadium van het onderzoek is het niet mogelijk om dit verder te specifiëren, maar in het tweede luik van deze studie zal hier dieper op ingegaan worden.
- Het is pas als de meting van de naleving (compliantie) van een totale doelgroep (geaggregeerd) gebeurt, dat men de impact van een EBP procedure evalueert.
- Het EBP-Plan moet eerst focussen op het verhogen van de intrinsieke motivatie van de zorgaanbieders, gevolgd door positieve prikkels (extrinsieke motivatie) en als laatste stap, gebruik te maken van een "corrigerende" benadering met negatieve gevolgen voor de *outliers*. Bij het uittekenen van het EBP-Plan hebben we ons vooral gericht op twee positieve benaderingen; maar het zoeken naar een correcte articulatie met de “controlerende” benadering is zeker een taak die de Stuurgroep onverwijld moet oppakken.

---

[c] Critères Guide-M (www.guide-m.ca)

7.1.6. Evaluatie

- Het uiteindelijke doel van het EBP-Plan is om het routine gedrag van zorgverleners te veranderen in de richting van meer respect voor de principes van EBP. Logischerwijs moet elke actie in het kader van dit plan ook specifieke doelstellingen formuleren. Afhankelijk van de omstandigheden zullen deze doelstellingen worden geformuleerd in termen van structuur (bv. in 2019 zal 85% van de artsen zijn uitgerust met een computersysteem waarmee ze real-time EBP informatie tijdens hun consultaties kunnen bekijken), in termen van proces (bv. ten minste 80% van de verpleegkundigen zal kennis hebben van het bestaan van guideline X) of qua resultaat (bv. in 2019 moet het voorschrijven van antibiotica gedaald zijn tot XX% en het gebruik van moleculen van het type YY moet kleiner zijn dan ZZ%).
- We benadrukken opnieuw dat het "resultaat" van dergelijke evaluatieformule het gedrag voorstelt van een doelgroep. Het is de **impact van de EBP interventie** die wordt geëvalueerd, niet het (goede of slechte) gedrag van de individuele zorgverlener, zelfs als de evaluatie van de EBP activiteiten mogelijk wordt door het verzamelen van gegevens over het individuele gedrag van een groep van zorgverleners.
- In dit stadium van het onderzoek werd de vraag naar de noodzaak om een **specifiek(e) cel / platform voor coördinatie** van deze stap niet geanalyseerd. Dit zou inderdaad kunnen vallen onder de taken van de NAO. Deze vraag zal worden onderzocht in het tweede deel van dit rapport.

7.1.7. Om de cirkel rond te maken

- De uitrol van het EBP-Plan is een reeks van eenmalige acties: de ontwikkeling van een governance-structuur, de ontwikkeling van procedures, de definitie en toewijzing van rollen en functies, enz. Zodra deze punten zijn opgelost en de prioritering en de erop volgende stappen zijn opgestart, spreekt men niet meer van een EBP-Plan, maar een **EBP-programma**, dat immers de intentie heeft om te lopen voor onbepaalde tijd.
- De **governance van het EBP-programma** zal rusten, zoals reeds beschreven, bij een NAO. Een belangrijk punt is de **locatie en de juridische structuur van de NAO**. In termen van efficiëntie is een locatie binnen de gezondheidsadministraties zeker te beschouwen als een mogelijk optie, omdat het de nodige cross-coördinatie tussen deze instanties zou vergemakkelijken. Dit weegt echter niet op tegen de fundamentele voordelen van de NAO als **onafhankelijke structuur**. Het eerste voordeel is het niveau van vertrouwen tussen partners, wat zoals we hebben gezien, een kritische succesfactor is voor het installeren van een iedereen geaccepteerd leiderschap. Voor een netwerk van vrijwel uitsluitend niet-gouvernementele actoren zal de plaats van de governance in de schoot van de administraties waarschijnlijk het vertrouwen aanzienlijk verminderen. Een onafhankelijke structuur geeft ook meer flexibiliteit dan een sterk hiërarchische administratieve structuur om nieuwe profielen aan te trekken en een resoluut vernieuwende aanpak van implementatie op te zetten. Eventuele extra kosten (vrij beperkt) voor de oprichting van een NAO moeten gezien worden als de prijs voor het niet hypothekeren van bij het begin van de kans tot slagen van het Plan. Natuurlijk zal zorgvuldig onderzoek nodig zijn om de kwestie van de juridische vorm, die het meest geschikt is voor een dergelijke rol op de middellange en lange termijn uit te oefenen, te beantwoorden (vereniging, feitelijke vereniging, stichting...).

- Hoewel het EBP-Plan zich in eerste instantie vooral richt tot federale EBP initiatieven op de 1e lijn, is het raadzaam om vrij snel het bereik uit te breiden naar de gespecialiseerde geneeskunde en naar een breder scala aan beroepen in de gezondheidszorg.
- Ook moet met aandacht gekeken worden naar mogelijke overlaps met initiatieven van de deelstaten. In dat geval is het belangrijk om de vraag te stellen op welk competentieniveau de governance van bepaalde initiatieven wordt gebundeld.

7.2. Financiering

7.2.1. Naar een betere structurering en onderlinge afstemming van de momenteel zeer gefragmenteerde financiering

- Het gezamenlijk budget dat vanuit de federale overheid (RIZIV, FOD en FAGG) besteed wordt voor EBP-projecten bedroeg € 8 172 000 in 2015 en € **8 126 000 in 2016**[d], maar door de **fragmentatie van subsidies** is het totaalbeeld moeilijk te bepalen. Daarnaast bestaan er nog andere, door de overheid gefinancierde initiatieven, inclusief door de deelstaten, die rechtstreeks of onrechtstreeks tot de ondersteuning van EBP bijdragen.
- Een van de doelstellingen van het EBP-Plan, zoals beschreven in de conceptnota van de Minister, was om **meer coherentie en transparantie** te brengen in de (federale) middelen die voor EBP worden gespendeerd: *"Momenteel gebeurt het ganse EBP-beleid zeer gefragmenteerd. (…) Om de impact op de zorgkwaliteit te verhogen wordt de kritische evaluatie van de huidige financieringsmechanismen in 2016*[e] *verdergezet teneinde te komen tot een betere structurering en onderlinge afstemming".* Maar ook: "*rationalisatie van het budget en binnen gesloten budget de middelen efficiënter inzetten".*
- De conceptnota voorziet ook dat "de governance van het budget wordt beheerd door het KCE, met uitzondering van de pijler van farmaceutische zorg, die beheerd wordt door het FAGG." Praktisch kan dit worden gerealiseerd, hetzij door transfert van middelen naar het KCE (of in de tweede fase de NAO), hetzij door de contractering zoals deze vandaag bestaat te behouden (bij het Verzekeringscomité van het RIZIV en de bevoegde instanties binnen de FOD Volksgezondheid). Er kan ook overwogen worden om een transfert van financiële middelen naar een gezondheidsadministratie uit te voeren. Contractering met de EBP partners door de administraties wordt opgestart na beslissing binnen de Stuurgroep.
- Een belangrijke pijler in EBP is onafhankelijke genees-middeleninformatie. Momenteel is de aansturing verdeeld over het FAGG (BCFI en Farmaka) en de FOD (BAPCOC). Het voorstel van de conceptnota van de minister luidt deze krachten te bundelen tot 1 orgaan in geneesmiddelenbeheer, en de governance van dit budget volledig bij het FAGG te leggen. Dit budget kan echter ten gunste van nieuwe beleidsinitiatieven worden beperkt. De huidige werking van Farmaka zal geëvalueerd worden en gereoriënteerd waar dit nodig blijkt.
- Gezien de werking van BCFI moeilijk te integreren valt in de EBP cyclus en niet mag worden gedestabiliseerd, bepaalt de conceptnota dat de governance ervan onder leiding van het FAGG blijft. Andere vormen van farmaceutische zorg kunnen wel in de EBP cyclus opgenomen worden.

---

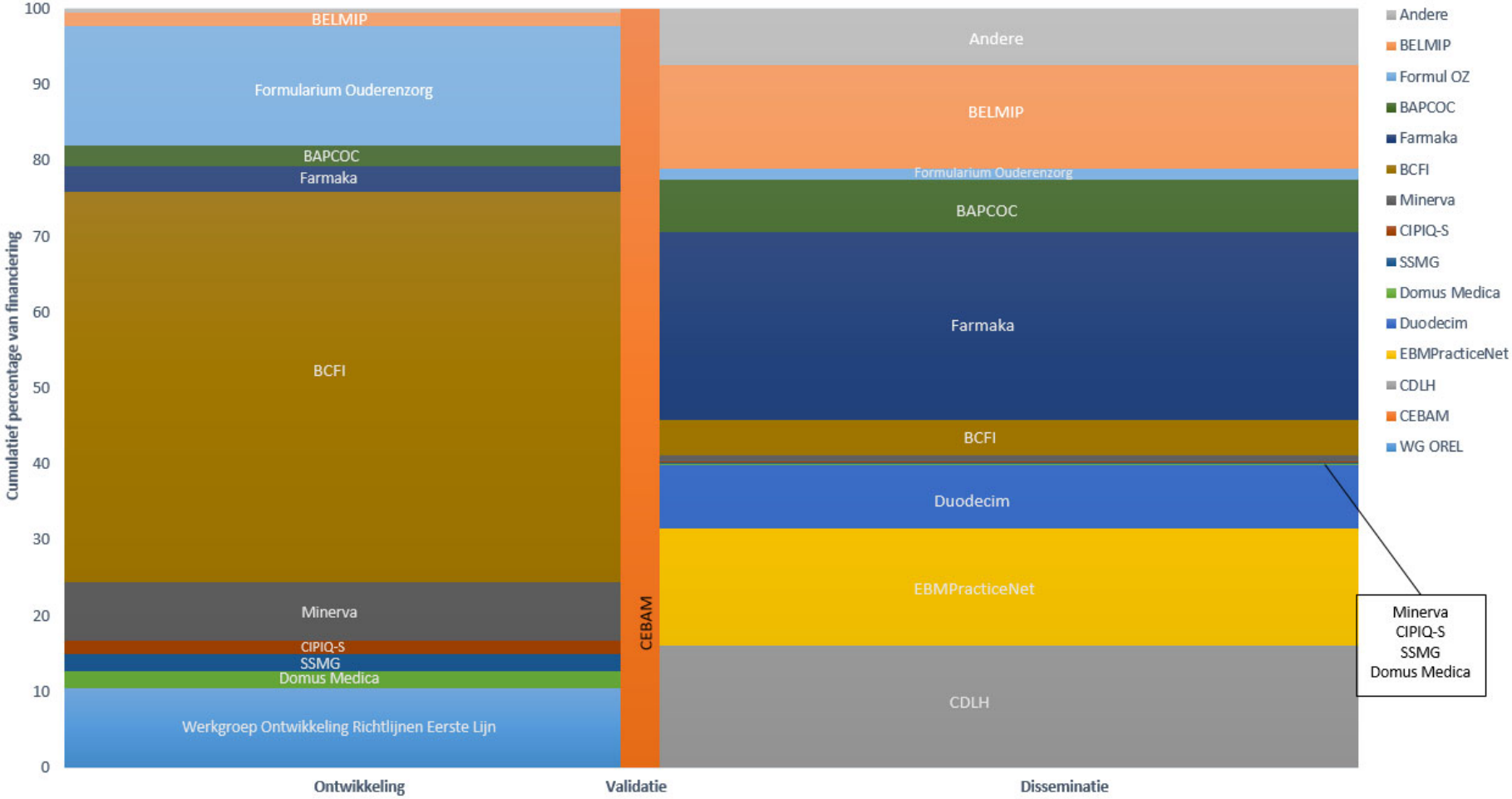
d Met een dalende tendens: de cijfers voor 2017 lijken 10% lager te zijn dan deze van de voorgaande jaren. Een evolutie om op te volgen.

e Sindsdien verlengd tot en met 2017

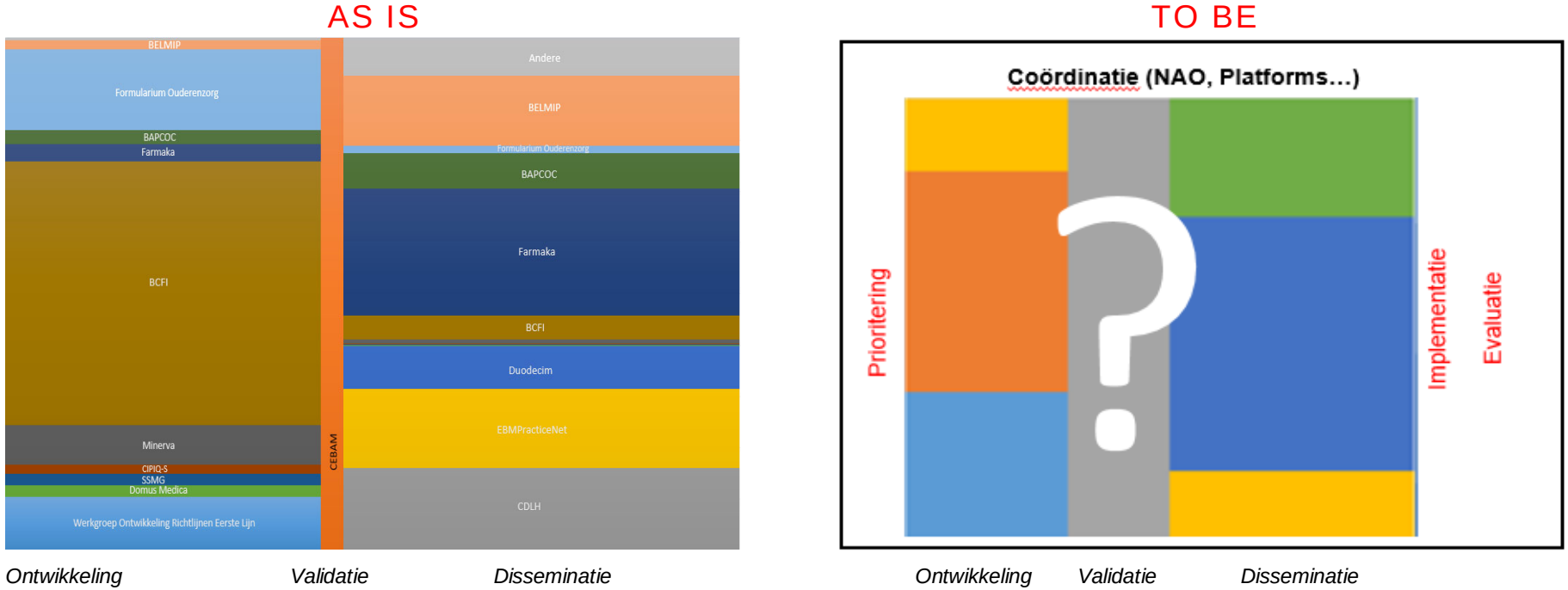
7.2.2. Nieuwe accenten… maar binnen een gesloten budget

- Figuur 9 toont de huidige verdeling van de federale middelen over de verschillende partners en de verschillende fasen van de EBP cyclus.De weergave is wellicht niet 100% accuraat, omdat voor een aantal partners bv. de ventilatie tussen financiering voor ontwikkeling niet duidelijk te onderscheiden viel van deze voor disseminatie. Wat alleszins opvalt, is dat er geen specifiek toegewezen financiering is voor drie van de zes stappen in de EBM cyclus. Terwijl dit nog enigszins aannemelijk is voor de prioriterings- en evaluatiefase, wijst de afwezigheid van specifieke ondersteuning voor de communicatie-technische implementatie-interventies op een manifeste lacune die het beleid resoluut wil invullen.
- Indien men bovendien meer coherentie wil brengen in het geheel, zal men ook de nodige energie en middelen moeten investeren om de archipel van bestaande initiatieven en actoren te bundelen tot een effectief en efficiënt netwerk dat wezenlijk bijdraagt tot een betere zorg voor de patiënt.
- De onvermijdelijke consequentie van de hierboven geschetste ontwikkelingen is dat de ruimte voor de nieuwe initiatieven ten koste gaat van sommige bestaande initiatieven. Tenzij men op zoek gaat naar oplossingen waarbij bestaande actoren bereid zijn hun core business voor een stuk opnieuw in vraag te stellen en zich te diversifiëren naar de nieuwe noden en behoeften. Toch zal men plaats moeten ruimen voor nieuwe maar zeer noodzakelijke competenties in het EBP gebeuren. Figuur 10 illustreert schematisch de opdracht waar we voor staan.

Figuur 9 – Area chart met de distributie van de federale financiering van EBP activiteiten (cijfers 2016)



Figuur 10 – Visualisatie situatie "as is" en 'to be' voor federale financiering voor EBP activiteiten in België



- Om de nu ontbrekende coherentie in het netwerk te brengen, en de impact en efficiëntie te verhogen, is ook een extra investering in de governance van het EBP netwerk onontbeerlijk. De belangrijkste meerkost is de ondersteuning van de NAO, momenteel ingeschat op 3 à 4 FTE.
- Een netwerk functioneert maar goed bij gratie van de actieve participatie van zijn leden. Daarom wordt er ook gepleit voor het voorzien van een adequate, zij het beperkte ondersteuning voor de deelname aan beleids- en overlegstructuren, werkgroepen en andere activiteiten die de werking van het netwerk als geheel ondersteunen. Dit is essentieel om zich ook van de participatie van kleinere partners, die vaak weinig of geen middelen hebben, te verzekeren, en zo de voor het netwerk essentiële multidisciplinariteit waar te maken.
- Van de andere noodzakelijke nieuwe initiatieven is de uitbouw van een expertise-cel rond implementatie veruit de belangrijkste. Dit wordt in het tweede luik van de studie verder uitgewerkt.

7.2.3. Financiering van taken versus van projecten

- Bij de uitvoering van het EBP-Plan kan men het onderscheid maken tussen acties die beantwoorden aan een min of meer permanente taak, en deze die gelinkt zijn aan een specifiek project met een begin en een einde.
- Bij de "taken" rekent men de coördinerende opdracht van de fase-specifieke platforms en cellen, en uiteraard de werking van de NAO, maar daarnaast ook de meer uitvoerende taken van het voeden en onderhouden van databases, websites, collecties van guidelines, decision support en evidence-linker systemen, evenals de validatie van de EBP producten. Bij het toewijzen en financieren van deze taken moet men naar het juiste evenwicht streven tussen het opbouwen van een stevige expertise en het bieden van de nodige stabiliteit en voldoende openheid naar innovatie en nieuwe partners binnen het netwerk.
- Daarom wordt ervoor gepleit om momenteel een aantal erkende kernpartners die zich op afdoende wijze van de van hun verwachte taken kwijten, in hun rol te bevestigen en hen het vooruitzicht te geven op een stabiele meerjaren-subsidiëring. Wel moet, ten gepasten tijde, een evaluatie gebeuren van hun werking, moet de subsidiëring eventueel bijgestuurd worden of moet, desgevallend, de taak opnieuw open gesteld worden zodat anderen zich hiervoor kandidaat kunnen stellen.
- De expertise rond implementatie is een nieuwe taak die een substantiële financiering zal vereisen.
- Voor taken die voor elk individueel project dienen te gebeuren, zoals validatie of het leveren van advies rond implementatie, kan ook overwogen worden om naast een basissubsidiëring met een vergoeding per prestatie te werken. Indien niet, moet er via duidelijke service level agreements een adequate dienstverlening worden gegarandeerd.
- Daarnaast zijn er projecten: de geprioriteerde acties met welomschreven doelstellingen, deliverables, timings en evaluatieparameters. De financiering van deze activiteiten gebeurt best via een openbare aanbesteding op basis van een gedetailleerd lastenboek (zie 7.1.1).
    - Oproepen worden geformuleerd in termen van veranderdoelstellingen, en bestrijken bij voorkeur de hele cyclus van een guideline, of focussen op de ontbrekende schakels in de cyclus;
    - Intekenen kan gebeuren door een consortium, of door individuele actoren voor één van de loten van de aanbesteding;
    - Validatie gebeurt in principe door CEBAM, en kan dus buiten de aanbesteding blijven;
    - Indien de nagestreefde doelstelling (ook) besparingen oplevert, zou kunnen worden overwogen om een deel van de besparingen te laten terugvloeien voor toekomstige EBP activiteiten; deze denkpiste dient echter nog verder onderzocht te worden.
- Elke beslissing tot financiering van EBP activiteiten vanuit de federale administraties van de gezondheidszorg moet het akkoord krijgen van de Stuurgroep, die toeziet op de samenhang binnen het bredere EBP programma.
- Twee punten dienen op vrij korte termijn verduidelijkt te worden teneinde de partners niet te lang in het ongewisse te laten:
    - Gezien men binnen het gesloten budget nieuwe initiatieven wil ontwikkelen, zal men de toewijzing van budgetten moeten aanpassen. Hiervoor zal moeten bepaald worden of, en zo ja in welke mate, de financiering van de verschillende actoren moeten worden verder gezet.
    - De impact van deze herallocatie op de actoren in het EPB landschap moet worden geëvalueerd opdat de uiteindelijke succeskansen voor de uitrol van het EBP plan niet dreigen ondermijnd zouden ondermijnd worden.
- Uiteraard moet altijd gewaakt worden over de coherentie tussen dit EBP-Plan en en andere initiatieven zoals de hervorming van de accreditering, de herijking van de nomenclatuur, het "plan handhaving en doelmatige zorg" en de hervorming van de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

COLOFON

Titel:	Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – deel 1: Bestuursplan – Synthese
Auteurs:	Jef Adriaenssens (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Raf Mertens (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Dominique Paulus (KCE), Filip Ameye (RIZIV – INAMI), Marc Bossens (RIZIV – INAMI), Carl Cauwenbergh (RIZIV – INAMI), Annelies Cools (Kabinet Minister sociale zaken en volksgezondheid), Kurt Doms (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Erik Everaert (FAGG – AFMPS), Machteld Gheysen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Margareta Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Marleen Laloup (FAGG – AFMPS), Hugues Malonne (AFMPS – FAGG), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Wim Penninckx (FAGG – AFMPS), Thierry Roisin (AFMPS – FAGG), Mieke Walraevens (Kabinet Minister sociale zaken en volksgezondheid)
Project coordinator:	Marijke Eyssen (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Experten / stakeholders:	Bert Aertgeerts (KULeuven), Ronny Boey (VVL), Emmy De Buck (Rode Kruis), Thierry Christiaens (BCFI – CBIP), Sam Cordyn (CIPIQ-S), Leen De Coninck (Ondersteunings- en Kenniscentrum Ergotherapie (OKE)), Nicolas Delvaux (Domus Medica), Ri De Ridder (RIZIV – INAMI), Fons De Schutter (WVVK), An De Sutter (BAPCOC), Benjamin Fauquert (EBMPracticeNet), Jessica Fraeyman (Pallialine), Siegfried Geens (CDLH), Régine Goemaes (VBOV), Didier Martens (Farmaka), Tom Poelman (Minerva), Peter Pype (Pallialine), Roy Remmen (Minerva), Pierre Seeuws (Ondersteunings- en Kenniscentrum Ergotherapie (OKE)), Thierry Van der Schueren (SSMG), Thérèse Van Durme (UCL), Michel Vanhalewyn (SSMG), Patrick Van Krunkelsven (CEBAM), Paul Van Royen (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn WG OREL), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet), Sonja Vertriest (Kabinet Minister sociale zaken en volksgezondheid tot 31/12/2016); Lieven Zwanepoel (APB)
Acknowledgements:	Wij danken Bernard Burnand (Cochrane Switzerland), Pierre Durieux (Cochrane France), Michel Laurence (HAS France), Jan-Maarten Van den Berg (IGZ Nederland), en Koen Van den Bossche (Thomas More Hogeschool) voor hun advies en ondersteuning. Wij danken de co-auteurs van de wetenschappelijke studie waarop deze synthese gebaseerd is: Bart Cambré (Antwerp Management School), Ben Kokkeler (Technopolis Group), Apolline Terrier (Technopolis Group), Bob Van der Kamp (Lex Sigma Healthcare), Koen Vriesacker (Antwerp Management School).
Gemelde belangen:	Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Thierry Christiaens (BCFI – CBIP, gesubsidieerd door FAGG – AFMPS), Sam Cordyn (CIPIQ-S), Alfons De Schutter (PQK vzw, werkgroep ELR), Patrik Vankrunkelsven (CEBAM), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet vzw, KU Leuven), Thierry Van Der Schueren (SSMG), Roy Remmen (Voorzitter Minerva), Bert Aertgeerts (Voorzitter CEBAM, Voorzitter CDLH), Jef Adriaenssens (CEBAM, Raad van Bestuur en Algemene Vergadering EBMPracticeNet vzw, Algemene Vergadering Minerva)

	Eigenaar van maatschappelijk kapitaal, opties, aandelen of andere financiële instrumenten: Bob Van der Kamp (Werk Mij Maatschap) Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Thierry Van Der Schueren (Honorarium voor de realisatie van wetenschappelijk werk in de code of de preventie (fonds regie Walonnië)), Roy Remmen (KCE rapporten onder meer over Disseminatie, KCE rapport 212), Bob Van der Kamp (Regelmatig, vaktijdschrift) Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Thierry Christiaens (Departement van Clinical Pharmacology, Universiteit van Gent), Thérèse Van Durme (Projet Gudelmans 'd' 2009 – 2010) Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek in het kader van het vorige punt: Roy Remmen Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Mieke Vermandere (EBMPracticeNet asbl), Roy Remmen (Minerva), Jef Adriaenssens (Platform Wetenschap en Praktijk vzw) Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Koen Vriesacker (Onderaannemer Technopolis Group), Thierry Van Der Schueren (Congres betaald door SSMG), Bert Aertgeerts (Bezieler EBMPracticeNet, geen financiële belangen) Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Siegfried Geens (Coordinator CDLH vzw), Mieke Vermandere (Coordinator EBMPracticeNet), Thierry Van Der Schueren (Algemeen secretaris SSMG, Roy Remmen (Cfr. Minerva), Bob Van der Kamp (Toezichthouder geïntegreerde 1e lijnorganisatie stichting gezondhei dscentra Haarlemmermeer Nederland), Bert Aertgeerts (CEBAM, CDLH, Gezondheid en Wetenschap)
Layout:	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Disclaimer:	• **Deze Synthese is gebaseerd op een wetenschappelijke studie die in oktober 2017 zal gepubliceerd worden als onderdeel van het volledige rapport "Naar een geïntegreerd Evidence Based Practice Plan in België". Voorafgaand aan de publicatie van het volledige rapport is deze wetenschappelijke studie verkrijgbaar op verzoek aan de auteurs van deze Synthese.** • **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.** • **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:	13 juli 2017
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Evidence-Based Practice -- Delivery of Health Care -- Quality Assurance, Health Care -- Practice Guidelines -- Information Dissemination
NLM classificatie:	WB 102.5 (evidence-based practice)
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2017/10.273/54
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? Adriaenssens J, Eyssen M, Mertens R, Benahmed N, Paulus D, Ameye F, Bossens M, Cauwenberg C, Cools A, Doms K, Everaert E, Gheysen M, Haelterman M, Laloup M, Malonne H, Meeus P, Penninckx W, Roisin T, Walraevens M. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – deel 1: Bestuursplan – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 291As. D/2017/10.273/54.

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