KCE REPORT 212As

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

SYNTHESE

VERSPREIDING EN IMPLEMENTATIE VAN KLINISCHE RICHTLIJNEN IN BELGIË





Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 (artikelen 259 tot 281) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

	Effectieve Leden	Plaatsvervangende Leden
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leidend ambtenaar RIZIV (vice-voorzitter)	Jo De Cock	Benoît Collin
Voorzitter FOD Volksgezondheid (vice-voorzitter)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Voorzitter FOD Sociale Zekerheid (vice-voorzitter)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur-generaal FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Vertegenwoordigers Minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Vertegenwoordigers Minister van Sociale Zaken	Lambert Stamatakis	Vinciane Quoidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Vertegenwoordigers Ministerraad	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Intermutualistisch Agentschap	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Beroepsverenigingen van de artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Ziekenhuisfederaties	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Sociale partners	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	

Controle

Regeringscommissaris — Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur — Raf Mertens
Adjunct Algemeen Directeur — Christian Léonard
Programmadirectie — Kristel De Gauquier

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
België

T +32 [0]2 287 33 88
F +32 [0]2 287 33 85
info@kce.fgov.be
http://www.kce.fgov.be

KCE REPORT 212As
HEALTH SERVICES RESEARCH

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

SYNTHESE

VERSPREIDING EN IMPLEMENTATIE VAN KLINISCHE RICHTLIJNEN IN BELGIË

ANJA DESOMER, TINNE DILLES, SARAH STECKEL, CHRISTIANE DUCHESNES, MARC VANMEERBEEK, LIEVE PEREMANS, BART VAN ROMPAEY, ROY REMMEN, DOMINIQUE PAULUS

COLOFON

Titel:	Verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen in België – Synthese
Auteurs:	Anja Desomer (KCE), Tinne Dilles (Universiteit Antwerpen), Sarah Steckel (Universiteit Antwerpen), Christiane Duchesnes (Université Liège), Marc Vanmeerbeek (Université Liège), Lieve Peremans (Universiteit Antwerpen), Bart Van Rompaey (Universiteit Antwerpen), Roy Remmen (Universiteit Antwerpen), Dominique Paulus (KCE)
Reviewers:	Erik Hendrickx (KCE)
Externe experten en stakeholders:	Jef Adriaenssens (Platform Wetenschap en Praktijk and CEBAM), Ingo Beyer (UZ Brussel), Carl Cauwenbergh (RIZIV), Xavier de Bethune (Mutualité Chrétienne and CEBAM), Nicolas Delvaux (Domus Medica and EBMPracticeNet), Véronique Gosselain, Annemie Heselmans (KU Leuven and EBMPracticeNet), Jean-Paul Joris (Cliniques Saint-Luc (Bouge) and College of radiology), Margareta Lambert (AZ Sint-Jan and College of geriatrics), Yves Mengal (Fédération Nationale des Infirmiers de Belgique), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis Vlaanderen), Serge Pieters (Union Professionnelle des diplômés en Diététique de Langue Française), Dominique Putzeys (Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité Santé), Muriel Quinet (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Nils Reynders-Frederix (FOD Volksgezondheid - SPF Santé Publique), Stijn Van De Velde (CEBAM and EBMPracticeNet), Michel Vanhalewyn (Société Scientifique de Médecine Générale), Alain Van Meerhaeghe (CHU de Charleroi), Patrick Waterbley (FOD Volksgezondheid - SPF Santé Publique), Patrick Wérrion (Axxon)
Externe validatoren:	An De Sutter (Universiteit Gent and BAPCOC), Roberta James (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), Michel Wensing (UMC St Radboud, Nederland)
Acknowledgements:	Aan de vertegenwoordigers van de 28 organisaties die deelnamen aan de interviews
Andere gemelde belangen:	Auteurs, experten en stakeholders deelden hun ervaringen en kennis op het vlak van het onderwerp van de studie. Omwille van hun functie, kunnen zij in dat opzicht belangen hebben op vlak van disseminatie en implementatie van richtlijnen. Geen van hen heeft een ander belangenconflict vermeld dat hun bijdrage aan dit project zou kunnen ondermijnen.
Layout:	Ine Verhulst

Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	16 december 2013 (2nd edition; 1st edition: 21 november 2013)
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Practice Guidelines As Topic; Information Dissemination;
NLM classificatie:	W84.4
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2013/10.273/86
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-rapporten.
Hoe refereren naar dit document?	Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, Van Rompaey B, Remmen R, Paulus D. Verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 212As. D/2013/10.273/86. Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

VOORWOORD

Al wie ook maar een beetje betrokken is bij initatieven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren kent het fenomeen: ondanks de beschikbaarheid van wetenschappelijk doorwrochte, evidence-based klinische praktijkrichtlijnen, gaapt er nog steeds een kloof tussen wat aanbevolen wordt en de dagdagelijkse praktijk. De eenvoudigste, voor de hand liggende reactie is om hiervoor botweg de zorgverstrekkers te blameren: zij gaan in de fout omdat ze onze wijze aanbevelingen al dan niet bewust in de wind slaan.

Aan aanbevelingen trouwens geen gebrek: het landschap is bezaaid met producenten van richtlijnen, die overigens ook behoorlijk verschillen qua werkmethodes en kwaliteitsstandaarden. Dit leidt soms tot dubbel gebruik, of zelfs tegenstrijdige boodschappen. Maar daar ligt niet de kern van het probleem. Uiteraard heb je experten in het vak nodig om een goede richtlijn te maken, liefst bijgestaan door experten in het systematisch uitpluizen van de medische literatuur. Maar om dan het afgewerkte product aan de man (of, steeds vaker, de vrouw) te brengen, is nog een heel andere zaak. Disseminatie en implementatie is inderdaad gaandeweg uitgegroeid tot een expertisedomein op zich; het mobiliseert heel andere competenties en methoden, die niet noodzakelijk aanwezig zijn in de wereld van de richtlijnontwikkelaars.

Dit rapport probeert deze blinde vlek in kaart te brengen, en zoekt naar de kanalen om de know-how van de richtlijnontwikkelaars te laten aansluiten op de echte behoeften van het terrein. We konden in ons onderzoek beroep doen op de deskundige hulp van universitaire equipes van Antwerpen en Luik en wij wensen hun hiervoor dan ook hartelijk te danken. Wij hopen dat ons gezamenlijk werk wat bakens uitzet om het toekomstige werk rond praktijkrichtlijnen zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Een richtlijn is immers pas nuttig en waardevol als de patiënt er uiteindelijk effectief beter van wordt.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur

SAMENVATTING

In België verspreiden tal van organisaties klinische praktijkrichtlijnen (KPR). Hun kwaliteit kan variëren en we kennen hun impact op de praktijk van de zorgverleners niet. Dit rapport wil een efficiënte strategie voorstellen voor het optimaal verspreiden van deze KPR. De methodologie van de studie bestaat uit drie delen: (1) een synthese van de belangrijkste systematische literatuuroverzichten; (2) een beschrijving van het Belgische KPR-domein (identificatie van de betrokkenen, inventaris van de bevorderende en belemmerende factoren); (3) een samenvoeging van de inzichten uit de literatuur en van de suggesties van de stakeholders, waaruit voorstellen voor de toekomst werden gehaald.

HUIDIGE SITUATIE

Ontwikkeling van KPR: een lastige opgave

De ontwikkeling van Belgische KPR sluit goed aan bij onze zorgcontext. Toch stuit dit proces op heel wat hindernissen (beperkte of geen budgetten, moeizame zoektocht naar auteurs, beperkte motivatie, moeizame samenwerking tussen instellingen). Sommige organisaties passen buitenlandse KPR aan. Als formele procedures moeten worden gevolgd (zie ADAPTE methodologie) vereist dit een coherente aanpak, wat niet altijd het geval is.

Verspreiding van de KPR: een complex domein…

Heel wat Belgische organisaties publiceren - vaak rond hetzelfde onderwerp - KPR zonder dat die ook echt de doelgroep bereiken. De meest voorkomende verspreidingsstrategieën zijn publicatie "op papier" of via elektronische weg. Het nadeel van die laatste, weliswaar goedkopere oplossing is dat het een beetje van het toeval afhangt of alle beoogde zorgverleners worden bereikt. Een combinatie van deze strategie met andere strategieën is eerder zeldzaam. Andere strategieën zijn vooral conferenties waarbij soms opinion leaders worden ingeschakeld. Systemen die de besluitvorming ondersteunen, zoals de herinneringen ("reminders") via de beheersoftware van het elektronisch medisch dossier, worden op initiatief van EBMPracticeNet (een nationaal coördinatieplatform van KPR in volle ontwikkeling) verder ontwikkeld. In België bestaan er nog andere interventies (onafhankelijke

artsenbezoekers, consensusconferenties), maar die werden door de geïnterviewden niet vermeld.

…met vele hindernissen

Stakeholders vermelden heel wat hindernissen bij de verspreiding van de KPR in België. De houding van de zorgverleners (onwetendheid of wantrouwen t.a.v. de KPR), de moeilijke bereikbaarheid van de doelgroep, de grote hoeveelheid informatie over eenzelfde problematiek, uiteenlopende informatie naargelang de bronnen, en de kostprijs voor de verspreiding zijn maar enkele voorbeelden.

VOORSTELLEN VOOR VERBETERING IN DE TOEKOMST

De resultaten van de literatuurreview, de analyse van de situatie en de door de stakeholders geformuleerde suggesties tekenen vier hoofdlijnen voor de toekomst uit.

Een uniek platform voor de verspreiding van de KPR onder de zorgverleners

Een coördinatiegroep bestaande uit stakeholders die richtlijnen ontwikkelen en verspreiden, zou kunnen worden opgericht. Die groep kan dan de bestaande KPR inventariseren en selecteren en de prioriteiten voor de toekomst vastleggen (samen met de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie). Daarnaast kan ze redactiegroepen en multidisciplinaire verspreidingsstrategieën voorstellen voor onderwerpen die verschillende zorgverleners aanbelangen.

Concreet zou een databank met alle KPR (in beide landstalen) via een unieke portaalsite (zoals de EBMPracticeNet website) vlot voor alle zorgverstrekkers toegankelijk moeten zijn.

Duidelijke boodschappen in verschillende vormen

De KPR zouden in verschillende vormen ("pocket", syntheses, algoritmen, gedetailleerde gegevens) beschikbaar moeten zijn, met een woordgebruik aangepast aan dat van de beoogde zorgverleners. Toegang tot de informatie tijdens het contact met de patiënt kan een pluspunt zijn. Zorgverleners, die dieper op het onderwerp willen ingaan, moeten de gedetailleerde wetenschappelijke bronnen kunnen raadplegen.

Pro en contra van de Belgische KPR afwegen

Een aantal middelen die momenteel worden voorzien voor de ontwikkeling van nationale KPR zouden kunnen worden gebruikt voor de verspreiding van internationale KPR. Een voorbeeld is de huidige verspreiding van de Duodecim KPR door EBMPracticeNet. Sommigen stelden niettemin een aanpassing volgens een vooraf bepaalde methodologie voor (vb. ADAPTE). De ontwikkeling van de KPR zou kunnen voorbehouden blijven voor richtlijnen van goede kwaliteit. (zie paragraaf hieronder). Ook kan deelname aan internationale ontwikkelingsgroepen worden overwogen.

Een label voor KPR van goede kwaliteit

Enkel KPR van goede kwaliteit worden best verspreid, dus KPR die in België of in het buitenland door een erkend organisme werden gevalideerd. In bepaalde gevallen kunnen specifiek aangepaste valideringsprocedures nuttig zijn, vooral voor onderwerpen met weinig of geen evidentie.

Buiten die vier hoofdlijnen kunnen ook andere maatregelen de verspreiding en toepassing van de KPR verbeteren: (1) een verspreiding via meerdere kanalen ("meervoudig") (2) de ontwikkeling van systemen die in het elektronisch medisch dossier worden geïntegreerd, ter ondersteuning van het besluitvormingsproces (3) strategieën die de weerstand van zorgverleners tegen KPR verminderen en hen betrekken bij de ontwikkeling, (4) het vertalen van de boodschappen voor de patiënten, (5) gepaste en onafhankelijke financiële steun.

Tot slot stellen sommigen voor om de organisatie en financiering van het gezondheidssysteem af te stemmen op de logica van de KPR.

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD 1
SAMENVATTING 2
SYNTHESE 4
1. DOEL EN INHOUD VAN DE STUDIE 6
1.1. DELEN VAN DE STUDIE 6
1.2. WAT IS EEN KLINISCHE PRAKTIJKRICHTLIJN? 7
2. BEVINDINGEN UIT DE LITERATUUR: POSITIEF MAAR BEPERKT EFFECT VAN VERSPREIDINGSINTERVENTIES 7
2.1. OP ZORGVERLENERS GERICHTE INTERVENTIES VOOR DE VERSPREIDING VAN RICHTLIJNEN 7
2.2. IMPACT OP KLINISCHE PRAKTIJK EN PATIËNTUITKOMSTEN 9
2.3. FACTOREN DIE HET EFFECT VAN DE VERSPREIDING VAN RICHTLIJNEN BEÏNVLOEDEN 9
2.4. VOORZICHTIGHEID BIJ HET INTERPRETEREN VAN DE RESULTATEN 10
3. ONTWIKKELING VAN RICHTLIJNEN IN BELGIË: DE VOORBEREIDENDE STAP VÓÓR VERSPREIDING 10
3.1. KEUZE VAN DE ONDERWERPEN EN AUTEURSCHAP 10
3.2. LOKALE VERSUS GEÏMPORTEERDE RICHTLIJNEN 10
3.3. VALIDATIE: EEN BELANGRIJK MAAR DUBBELZINNIG CONCEPT 11
3.4. OPVATTINGEN OVER BUDGETTEN ZIJN NIET DUIDELIJK 11
4. HET COMPLEXE LANDSCHAP VAN VERSPREIDING VAN RICHTLIJNEN IN BELGIUM 11
4.1. DE BELGISCHE LAPPENDEKEN VAN VERSPREIDING VAN RICHTLIJNEN 11
4.2. SUGGESTIES VOOR EEN DOELTREFFENDE VERSPREIDING: INZICHTEN UIT DE LITERATUUR EN UIT DE INTERVIEWS 12
5. MIDDELEN TOT VERBETERING 13
5.1. EEN UNIEK PLATFORM VOOR DE UITGEBREIDE VERSPREIDING VAN KLINISCHE PRAKTIJKRICHTLIJNEN IN BELGIË 13
5.1.1. Eén coördinerend comité 13
5.1.2. Eén gemeenschappelijke databank van kwaliteitsvolle richtlijnen 13

5.2. DUIDELIJKE BOODSCHAPPEN, VERSCHILLENDE FORMATEN....14
5.3. LOKALE RICHTLIJNEN VERSUS EEN IMPORTSTRATEGIE....14
5.4. EEN LABEL VOOR RICHTLIJNEN VAN HOGE KWALITEIT....14
5.5. ANDERE VOORWAARDEN VOOR SUCCES....15
5.5.1. Multimodale interventies die een voorzichtige overstap naar elektronische ondersteunende systemen inhouden....15
5.5.2. De houding van zorgverleners ten aanzien van EBM en richtlijnen....15
5.5.3. Betrokkenheid van eindgebruikers en vertaling van informatie voor de patiënten....15
5.5.4. Budgetten....15
5.5.5. Een gezondheidszorgsysteem op één lijn met de filosofie van de richtlijnen....15
6. DISCUSSIE....16
■ **AANBEVELINGEN....17**

1. DOEL EN INHOUD VAN DE STUDIE

Het doel van deze studie is de identificatie van de optimale verspreidings- en implementatiestrategieën voor klinische richtlijnen en het formuleren van voorstellen tot verbetering in België. Het Belgisch Centrum voor Evidence-based Medicine (CEBAM) legde dit studie-onderwerp voor aan het KCE. Reden is dat er vandaag een groot aantal richtlijnen van variabele kwaliteit wordt ontwikkeld, door talrijke organisaties die ze op verschillende manieren verspreiden zonder dat hun impact op de praktijk van de zorgverleners en de uitkomsten voor de patiënten is gekend

Gevolg is dat de zorgverleners worden overspoeld door richtlijnen van variabele kwaliteit, waardoor het moeilijk wordt om voor een bepaalde patiënt informatie en de meest geschikte evidentie te selecteren.

1.1. De drie delen van de studie

Dit rapport bestaat uit drie delen:

- **Een overzicht van de systematische literatuurreviews m.b.t. de werkzaamheid van interventies om richtlijnen te verspreiden onder de zorgverleners**
- **Een kwalitatieve studie van de richtlijnensector in België:**

  De onderzoekers stelden eerst een uitgebreide inventaris samen waarbij ze ongeveer 90 organisaties identificeerden die op een of andere manier betrokken waren bij de ontwikkeling of verspreiding van richtlijnen. Er werden interviews gehouden met de vertegenwoordigers van 30 van deze organisaties. De interviews gaven een overzicht van: (1) de financiële hulpmiddelen; (2) hun activiteiten m.b.t. de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen; (3) de factoren die volgens de stakeholders de verspreiding belemmeren of bevorderen.

  Het doel was een uitgebreid panel samen te stellen met vertegenwoordigers van:

  - beroepsorganisaties (bijv. artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten);
  - organisaties die activiteiten m.b.t. richtlijnen financieren (Federale overheidsdiensten (FOD/SPF), Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV/INAMI);
  - andere organisaties die betrokken zijn bij activiteiten m.b.t. richtlijnen (bijv. CEBAM).

- **Groepsdiscussie voor het formuleren van voorstellen om de verspreiding van richtlijnen in België te verbeteren:**

  Het onderzoeksteam organiseerde twee vergaderingen met de vertegenwoordigers van de grootste organisaties. Het doel: het bespreken van zes voorstellen voor het verbeteren van de verspreiding van klinische praktijkrichtlijnen in België. Deze voorstellen waren gebaseerd op de literatuurreview en op de voorstellen uit de interviews. Ze hadden betrekking op volgende thema's: (1) opzetten van een nationaal platform voor de coördinatie van richtlijnactiviteiten; (2) multidisciplinaire benadering; (3) aanpassing van internationale richtlijnen versus nationale ontwikkeling van nieuwe richtlijnen; (4) waarde van een kwaliteitslabel; (5) “meervoudige” interventies (combinatie van verschillende interventies);(6) integratie van richtlijnen in de beroepsopleiding.

  De bedoeling was het verzamelen van praktische en/of politieke voorstellen voor meer performante verspreidingsstrategieën in België. Daarnaast wilde men innovatieve ideeën opdoen voor de implementatie van deze voorstellen. Anders dan bij extern onderzoek kan het uitwerken van dergelijke voorstellen met mensen van het domein wel de resultaten vertekenen en het blikveld verengen. Dankzij een strikte methodologie (d.w.z. een uitgebreide inventaris, selectiecriteria voor de steekproef, registratie en een dubbele codering van de interviews) werden deze vertekeningen zoveel mogelijk beperkt en konden de resultaten objectief worden geïnterpreteerd.

1.2. Wat is een klinische praktijkrichtlijn?

De meest gebruikte definitie is die van het Institute of Medicine: "systematisch ontwikkelde formuleringen die de zorgverlener en de patiënt moeten helpen beslissingen te nemen over de geschikte zorg bij specifieke klinische omstandigheden".

Uit interviews met vertegenwoordigers van de Belgische organisaties bleek dat hun perceptie van de definitie erg varieerde: sommige geïnterviewden definieerden de klinische praktijkrichtlijnen als nauwgezet ontwikkelde producten terwijl anderen zich richtten op de praktische aspecten en het mogelijke gebruik van deze hulpmiddelen in de klinische praktijk.

2. VASTSTELLINGEN UIT DE LITERATUUR: POSITIEF MAAR BEPERKT EFFECT VAN VERSPREIDINGSINTERVENTIES

2.1. Interventies voor de verspreiding van richtlijnen bij zorgverleners

De Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC)-groep stelde een taxonomie op van financiële, organisatorische en regelgevende maatregelen, gericht op zorgverleners, waaruit ongeveer 50 strategieën werden gehaald voor het verspreiden van richtlijnen. De huidige studie focust op interventies bedoeld voor de zorgverleners. Deze werden ook het best bestudeerd in de literatuur:

Tabel 1 – Classificatie van professionele interventies (EPOC taxonomie, Grimshaw et al., 2004)[1]

Professionele interventies	Beschrijving/opmerkingen
Verspreiding van educatieve materialen	Verspreiding van aanbevelingen voor klinische praktijk, waaronder gedrukte klinische praktijkrichtlijnen, audiovisueel materiaal en elektronische publicaties. Het materiaal kan persoonlijk of via algemene mailings worden geleverd.
Educatieve bijeenkomsten	Deelname van zorgverleners aan conferenties, lezingen, werkgroepen of stages.
Lokale consensusprocessen	De zorgverleners worden betrokken bij de discussie om zo overeenstemming te krijgen over het belang en de geschikte aanpak van een bepaald klinisch probleem.
Onafhankelijke artsenbezoekers	Bezoek van een opgeleide persoon in de praktijk van de zorgverlener, met als doel de praktijk van de zorgverlener te veranderen d.m.v. informatie. De informatie kan bestaan uit feedback over de prestaties van de zorgverlener.
Lokale opinieleiders	Inzet van zorgverleners die door hun collega's als "educatief invloedrijk' worden beschouwd (...).
patiënten als tussenpersoon	Nieuwe klinische informatie wordt rechtstreeks bij patiënten ingezameld en doorgegeven aan zorgverleners, bijv. depressiescores.
Audit en feedback	Samenvatting van klinische prestaties in een bepaalde periode. De samenvatting kan ook aanbevelingen voor klinische prestaties bevatten. Ze kan gehaald worden uit medische dossiers, databanken of observaties van patiënten (...).
Herinneringen (reminders)	Informatie over een patiënt of een consultatie, die mondeling, op papier of via een computer wordt gegeven en die zorgverleners aan bepaalde informatie herinnert, zoals de zorg die zij aan een bepaalde patiënt moeten verlenen of net niet. De zorgverleners krijgen deze herinnering meestal tijdens een opleiding, uit medische dossiers of via collega's. Ondersteuning door informatica bij het nemen van de beslissing en dosering van geneesmiddelen maken er ook deel van uit.
Marketing	Persoonlijke gesprekken, groepsdiscussies ('focusgroepen'), of enquêtes bij bepaalde zorgverleners. De bedoeling is om de obstakels voor verandering te identificeren en om maatregelen te bedenken om ze aan te pakken.
Massamedia	(1) Gevarieerd gebruik van communicatie voor een zo groot mogelijk bereik, met inbegrip van televisie, radio, kranten, posters, folders, en boekjes, alleen of samen met andere interventies; (2) bedoeld voor het grote publiek.

De volgende delen vatten de conclusies samen van 23 literatuurreviews van goede kwaliteit m.b.t. de werkzaamheid van deze strategieën.

2.2. Impact op klinische praktijk en patiëntuitkomsten

Een significante maar kleine impact op de klinische praktijk

- Herinneringen, educatieve samenkomsten, onafhankelijke artsenbezoekers en opinieleiders hebben een belangrijke impact op de klinische praktijk van zorgverleners, met gemiddelde aanpassingen van 5% tot 23%, afhankelijk van de interventie en het verwachte resultaat.
- Audit en feedback hebben de kleinste impact (gemiddelde verbetering van minder dan 3% t.o.v. de gewenste praktijk). Er is alleen effect wanneer audit en feedback gecombineerd worden met onafhankelijke artsenbezoekers.
- De verspreiding van gedrukt, educatief materiaal heeft ook een beperkt effect (gemiddelde verbetering t.o.v. gewenste praktijk tussen 3% en 13%, afhankelijk van het verwachte resultaat). Interessant is dat elektronische richtlijnen geen grotere aanpassingen aan de praktijk teweegbrengen dan gedrukt educatief materiaal.
- Interprofessionele vorming is een recent type van educatieve bijeenkomst: zorgverleners en sociale werkers doen aan interactief leren om hun interprofessionele samenwerking en/of de gezondheid/het welzijn van de patiënten te verbeteren. Interprofessionele vorming apart heeft geen belangrijke impact op de praktijk, maar in het kader van een meervoudige interventie heeft het wel een effect op klinische praktijk en patiëntentevredenheid.

De onderzoekers konden geen systematische review over massamedia en patiënten als tussenpersoon vinden.

Schaarse evidentie voor gunstige patiëntuitkomsten

Er waren weinig studies die het effect van verspreidingsstrategieën op de patiëntenuitkomsten analyseerden. Enkele studies toonden een positieve, maar zeer beperkte impact van audit en feedback, herinneringen en educatieve bijeenkomsten.

Effectiviteit van meervoudige interventies: ja, maar welke?

Meervoudige interventies worden door veel literatuurreviews ondersteund. Er is echter een gebrek aan evidentie over de beslissende componenten of over optimale strategiecombinaties die het meest waarschijnlijk zorgen voor een betere aanvaarding van de richtlijnen. Bovendien kan niet worden bepaald hoeveel interventies idealiter in de meervoudige interventies moeten worden opgenomen

2.3. Factoren die het effect van de verspreiding van richtlijnen beïnvloeden

Bovenstaande paragrafen toonden dat het type interventie en/of hun combinatie de aanvaarding door de eindgebruikers beïnvloedt. De literatuur meldt andere belemmerende en bevorderende factoren die het succes van de verspreiding kunnen beïnvloeden:

- Kenmerken van de richtlijnen: gemakkelijk te begrijpen richtlijnen die kunnen worden getest hebben een grotere kans om gebruikt te worden in de klinische praktijk. Minder vaak beschreven factoren zijn de voorkeur voor evidence-based richtlijnen en de actieve deelname van de doelgroep tijdens de ontwikkeling.
- Kenmerken van de zorgverleners: de aanvaarding van richtlijnen wordt ook bepaald door hun ontvankelijkheid en instemming met de richtlijnen. Leeftijd en/of ervaring wijzigen eveneens het effect: jonge of minder ervaren zorgverleners zijn sneller geneigd om een richtlijn aan te nemen.
- De mening en de complexe noden (co-morbiditeiten) van de patiënt kunnen de implementatie van een richtlijn ook beïnvloeden.
- Een koppeling met klinisch werk verhoogt de aanvaarding o.m. boodschappen op maat van de klinische situatie, elektronische verspreidingsstrategieën geïntegreerd in het werkproces van de clinicus.
- Tijd, personeel, werkdruk en houding van collega's kunnen een rol spelen.
- Op maat gemaakte interventies hebben meer kans om effect te hebben, bijv. op maat van de noden en de context van de praktijk.

De verbetering is klein als de inhoud van de richtlijn al overeenkomt met de huidige praktijk van de arts of als de arts al goed presteert op basis van de aanbevelingen.

2.4. Voorzichtigheid bij het interpreteren van de resultaten

Men moet voorzichtig zijn bij de interpretatie van de resultaten als het gaat over wijzigingen aan de klinische praktijk: talrijke studies stellen een statistisch belangrijke wijziging aan de praktijk vast, terwijl de klinische relevantie en de impact op de patiëntenuitkomsten toch twijfelachtig blijven.

De systematische reviews die in dit overzicht werden opgenomen zijn van goede kwaliteit, maar door de lage kwaliteit van de primaire studies raden alle auteurs met klem aan om de resultaten met voorzichtigheid te interpreteren: inadequate steekproefgroottes, selectiebias (basisverschillen tussen groepen), beperkingen bij de beschrijving van de methodologie, inadequate statistische analyse. Ook zijn sommige conclusies van de reviews (bijv. voor patiëntenuitkomsten) gebaseerd op een beperkt aantal studies.

3. ONTWIKKELING VAN RICHTLIJNEN IN BELGIË: DE VOORBEREIDENDE STAP VÓÓR VERSPREIDING

Het uitgangspunt van de interviews met vertegenwoordigers van Belgische organisaties was de ontwikkeling van richtlijnen (waaronder validatie). De literatuur legt de nadruk op het belang van dit proces bij de latere verspreiding van de richtlijnen.

3.1. Keuze van onderwerpen en auteurs

De onderwerpen van de richtlijnen worden gekozen door de zorgverleners of door hun organisaties, soms onder invloed van de financierders (RIZIV/INAMI en Federale Overheidsdiensten (FOD/SPF). De auteurs zijn meestal in dienst van de organisatie of geselecteerd uit beroepsverenigingen of academische instellingen (vaak PhD of Master studenten). Uit de interviews kwamen grote problemen naar voor, zoals gebrek aan tijd en mankracht, beperkte financiële middelen en een gebrek aan motivatie door de zware procedures.

3.2. Lokale versus geïmporteerde richtlijnen

Sommige organisaties ontwikkelen hun eigen richtlijnen, soms in samenwerking met andere organisaties. Samenwerkingen zijn nationaal of internationaal, eenmalig of goed gestructureerd. De ervaringen met deze samenwerkingen zijn meestal positief, maar de geïnterviewden vermeldden ook moeilijkheden, zoals taal, organisatie, uiteenlopende verwachtingen, financiering, top-down benadering.

Auteurs van richtlijnen kunnen methodologisch op 2 manieren te werk gaan:

- een strikte, gestandaardiseerde methode om de best beschikbare evidentie te zoeken en te synthetiseren;
- een minder rigoureuze benadering die literatuuronderzoek combineert met de mening van deskundigen en/of consensus, vooral wanneer weinig studies over het onderwerp beschikbaar zijn.

Veel geïnterviewden vroegen zich af of het relevant was om specifiek Belgische richtlijnen te ontwikkelen, omdat dit vaak samengaat met het dupliceren van werk en een gebrek aan middelen en mankracht. Ze stelden voor om meer Europese richtlijnen aan te passen. Dit gebeurt al in de praktijk: verschillende organisaties vertalen en/of passen internationale richtlijnen aan voor de Belgische context. Een recent voorbeeld is de vertaling van de Finse Duodecim richtlijnen door EBMPracticeNET (een initiatief voor de verspreiding van richtlijnen bij eerstelijnszorg). Een ander voorbeeld is de Franse richtlijn die wordt gebruikt door het College van Radiologie.

Regelmatig bijwerken is altijd belangrijk, maar lijkt problematischer voor richtlijnen die in België ontwikkeld zijn.

3.3. Validatie: een belangrijk maar dubbelzinnig concept

De geïnterviewden beschouwden validatie als een dubbelzinnig concept: het kan betrekking hebben op de validatie van de inhoud of van de methodologie van een richtlijn.

De validatieprocedure varieert naargelang de organisatie. Ze kan bestaan uit:

- een informele procedure (consensus, mening deskundigen, testen op haalbaarheid);
- een formele procedure, uitgevoerd door een extern orgaan (zoals CEBAM), waarbij meestal de methodologie wordt gevalideerd. Het wordt vaak gezien als een kwaliteitslabel, maar de procedure is voor veel organisaties niet haalbaar, vooral niet voor kleine professionele groepen die hun eigen richtlijnen ontwikkelen (of importeren).

3.4. Opvattingen over budgetten zijn niet duidelijk

Over het algemeen hadden de geïnterviewden een beperkte kennis van het budget dat nodig was voor de ontwikkeling en/of verspreiding van richtlijnen. Veel van hen meldden een wanverhouding tussen het beschikbare budget en het vereiste werkvolume.

4. HET COMPLEXE DOMEIN VAN VERSPREIDING VAN RICHTLIJNEN IN BELGIUM

4.1. De verspreiding van richtlijnen in België: een lappendeken

De verspreiding van richtlijnen in België is complex, zoals wordt aangetoond door de (niet-exhaustieve) grafiek in bijlage 2.4 van het wetenschappelijk rapport. Een hele reeks organisaties verspreidt richtlijnen, soms meer dan een over hetzelfde onderwerp, soms zonder enige input van andere disciplines die zorg verlenen aan dezelfde groep patiënten.

Verspreiding van educatief materiaal is de regel, soms in het kader van meervoudige interventies

De meeste organisaties combineren papieren en elektronische publicaties; de geringe productie- en verspreidingskosten van deze laatste maken van hen een aantrekkelijk alternatief voor papieren documenten.

Andere strategieën worden niet vaak gebruikt. De educatieve bijeenkomsten worden nog het meest vermeld: face-to-face (conferenties, seminaries, formele opleidingen) of e-learning modules. Lokale opinieleiders kunnen in deze context worden ingeschakeld: ze worden erkend door collega's en hun betrokkenheid kan de geloofwaardigheid en de aanvaarding van de richtlijnen verhogen.

Herinneringen, geactiveerd bij de invoer van klinische gegevens in het patiëntendossier worden momenteel ontwikkeld door EBMPracticeNET. De geïnterviewden vonden deze nuttig als ze kort en duidelijk zijn en tijdig en in aangepaste vorm worden gegeven. Deze bevinding komt overeen met de vastellingen in de literatuur over de doeltreffendheid van deze strategie (zie 2.2).

Gedrukte pers, radio, televisie en sociale media worden soms gebruikt om een groot publiek te bereiken met onderwerpen die kunnen rekenen op een brede interesse (bijv. preventie, boodschappen m.b.t. volksgezondheid zoals over antibioticagebruik). Een voordeel is dat patiënten en zorgverleners een gelijkaardige boodschap krijgen.

Interventies die minder worden vermeld

Geïnterviewden vermeldden zelden bezoeken door onafhankelijke artsenbezoekers en feedback, hoewel ze in België worden gebruikt:

- Onafhankelijke artsenbezoekers voor huisartsen van het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG/AFMPS). Ze waren het onderwerp van een vorig KCE-rapport (125) dat concludeerde dat ze een beperkte impact hadden op het voorschrijfgedrag;
- Feedback over voorschrijfpraktijk wordt gezonden naar de artsen door het RIZIV/INAMI op initiatief van de Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie (CNPQ/NRKP).

De geïnterviewden spraken niet over consensusprocessen. Nochtans wordt dit initiatief regelmatig gebruikt door het RIZIV/INAMI en gaven sommige ontwikkelaars consensus ook op als een middel om hun richtlijnen te ontwikkelen en te verspreiden.

Het verspreiden van richtlijnen blijkt niet eenvoudig

De geïnterviewden wezen op talrijke hindernissen bij het verspreiden van richtlijnen in België:

- ontbreken van een verspreidingsplan in de organisaties;
- onvoldoende kennis van de doelgroep;
- moeilijkheden bij het bereiken van de doelgroep;
- beperkte percepties (als die er al zijn) van de zorgverleners over de waarde van klinische richtlijnen;
- wantrouwen van de zorgverleners ten opzichte van de organisatie die de richtlijnen verspreidt;
- teveel aan informatie;
- beperkt gebruikt van e-tools door zorgverleners en hun vermeend gebrek aan betrouwbaarheid;
- tijdsdruk bij consultaties;
- kosten van sommige verspreidingsstrategieën, vooral gedrukt materiaal dat via algemene mailings wordt verzonden.

4.2. Voorstellen voor een doeltreffende verspreiding: inzichten uit literatuur en uit interviews

De keuze van de verspreidingsstrategie voor richtlijnen heeft een grote impact op de aanvaarding ervan door zorgverleners. De vertegenwoordigers van de Belgische organisaties benadrukten eveneens het belang van het combineren van verschillende strategieën. Bijkomende factoren die de impact van richtlijnen bepalen werden geïdentificeerd in de literatuur (zie ook 2.3) en tijdens de interviews met stakeholders:

Duidelijke, verstaanbare richtlijnen

Een eenvoudige inhoud en begrijpelijke taal vergemakkelijken de aanvaarding. De geïnterviewden benadrukten ook het belang van verschillende niveaus van informatie (wetenschappelijke tekst, synthese, beslissingsalgoritmen). Sommige geïnterviewden vonden een kwaliteitslabel belangrijk, om richtlijnen van een hoge kwaliteit te garanderen (zie deel 3).

Betrokkenheid van zorgverleners bij de ontwikkeling van de richtlijnen

De actieve deelname van de doelgroep tijdens de ontwikkeling van de richtlijnen heeft een positief effect op het latere gebruik: de geïnterviewden vonden dat verschillende disciplines moesten worden betrokken om zo gemeenschappelijke informatie te delen en toe te passen (cf. concept van interprofessionele vorming, zie 2.2).

Toegankelijke informatie tijdens het contact met de patiënt

De juiste informatie krijgen op het juiste ogenblik is cruciaal voor de zorgverleners. De geïnterviewden spraken over "gemakkelijk toegankelijke informatie". De herinneringen beschreven in 2.1 staan dicht bij de klinische besluitvorming, met een betere integratie van de informatie in het zorgproces als gevolg. De literatuur toont dat automatisatie en gebruik van verschillende kanalen van elektronische verspreiding (waarschuwingen, herinneringen enz.) dit proces vergemakkelijken. Hierbij is ook een actieve reactie op een (elektronische) herinnering nodig.

Wijzigen van de houding van de doelgroep van zorgverleners

Het bevorderen van de bekendheid en vertrouwdheid van de zorgverleners met de richtlijnen kan de aanvaarding ervan verbeteren.

Betrokkenheid van de patiënt

Op dezelfde manier moet ook rekening worden gehouden met de mening van de patiënten en hun gezondheidstoestand. De geïnterviewden wezen er ook op dat patiënten moeten betrokken worden bij de ontwikkeling van boodschappen die voor hen bestemd zijn.

Een stimulerende omgeving

Een elektronische omgeving, beschikbare hulpmiddelen en de houding van collega's spelen eveneens een rol. Een specifiek punt dat werd vermeld was de tijd nodig voor het bijwonen van vergaderingen, met het bijhorende verlies van inkomsten. Sommige geïnterviewden stelden voor om de stimulansen voor continue professionele ontwikkeling te verhogen voor het aanmoedigen van het gebruik van richtlijnen.

5. MOGELIJKE VERBETERINGEN

De stakeholders die deelnamen aan de afsluitende discussies wijdden verder uit over een aantal voorstellen om de verspreiding van richtlijnen in België te verbeteren.

5.1. Eén enkel platform voor de algemene verspreiding van klinische praktijkrichtlijnen in België

5.1.1. Eén coördinerend comité

Eén coördinerende groep zou vertegenwoordigers van de organisaties die betrokken zijn bij de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen moeten samenbrengen, bijv. zorgverleners van verschillende achtergronden, CEBAM, EBMPracticeNET.

De rol van dit comité zou de coördinatie inhouden van richtlijngerelateerde activiteiten, het creëren van een inventaris van bestaande richtlijnen, de identificatie van kwaliteitsvolle richtlijnen, en de identificatie van prioriteiten voor de toekomst (in lijn met het NRKP).

Het doel is om een coherent landschap te ontwikkelen met een efficiënte verspreiding van alle kwaliteitsvolle richtlijnen ten behoeve van alle zorgverleners in België.

5.1.2. Eén gemeenschappelijke databank van kwaliteitsvolle richtlijnen

Veel stakeholders waren het eens over de noodzaak van een uniek twee- (of drie-)talig elektronisch platform met een gebruiksvriendelijke zoekmachine om richtlijnen te kunnen opzoeken. Een gemeenschappelijke databank van alle klinische praktijkrichtlijnen (afgewerkt, in ontwikkeling, in revisie) zou de informatie centraliseren. Kwaliteitsvolle richtlijnen (uit België of uit het buitenland) zouden moeten worden voorgesteld met hun bron, validatiestatus en graad van evidentie.

Deze databank zou ook een hulpmiddel zijn voor de coördinerende groep om te beslissen over prioriteiten en over een gemeenschappelijke actieplan. De centralisatie van informatie over richtlijnen zou heel wat tijd kunnen besparen bij het opzoeken van informatie en zou het delen van informatie tussen zorgverleners aanmoedigen.

Sommige stakeholders vermelden EBMPracticeNET als een mogelijke kandidaat om deze taak te vervullen: het is momenteel aan het uitbreiden om alle partijen die geïnteresseerd zijn in richtlijnen voor de eerstelijnszorg, op te nemen. Vanaf 2016 zijn ze van plan om de dekking uit te breiden tot de tweedelijnszorg.

5.2. Duidelijke boodschappen, verschillende formaten

De geïnterviewden drongen aan op de helderheid van de verspreide documenten, d.w.z. het aanbieden van gesynthetiseerde, duidelijke en praktische informatie in een woordenschat die aangepast is aan de doelgroep van zorgverleners. Echter, de beschikbaarheid van de volledige richtlijn als een referentiedocument is ook belangrijk.

Dit kan worden bereikt ofwel in één document, of, bij voorkeur, in verschillende documenten zoals documenten in zakformaat, indexkaarten of algoritmen die gemakkelijk gehanteerd kunnen worden tijdens professionele activiteiten.

5.3. Lokale richtlijnen versus een importstrategie

Sommige stakeholders suggereerden dat de inspanningen voor het ontwikkelen van lokale richtlijnen beter zouden geïnvesteerd worden in de vertaling van internationale richtlijnen en aanpassing ervan aan de Belgische gezondheidszorgcontext. In dat geval zou de geïmporteerde richtlijn beschikbaar moeten zijn in het Frans en het Nederlands om het gebruik ervan door zorgverleners in de praktijk aan te moedigen. Aanpassing aan de Belgische context is haalbaar:

- op een formele manier, bijv. gebruik makend van de ADAPTE methodologie: sommige stakeholders waren van mening dat deze methodologie tijdrovend is en niet bekend bij sommige zorgverleners, en/of
- op een informele manier door zorgverleners in het veld. Andere stakeholders vreesden dat alleen betrokkenheid van deskundigen geen voldoende strikte procedure zou zijn.

Een derde alternatief is om de hand te reiken naar een internationale groep: samenwerken met Europese netwerken is een mogelijkheid, vooral voor klinische specialismen en/of wanneer er een tekort aan mankracht is binnen de Belgische beroepsorganisaties. Twee voorbeelden zijn de samenwerking met het G-I-N-netwerk en binnen de Europese Federatie van de Verenigingen van Diëtisten.

5.4. Een label voor richtlijnen van hoge kwaliteit

Een veel voorkomende perceptie bij stakeholders over validatie is dat het de garantie biedt dat er geen betere evidentie bestaat dan de evidentie die in de richtlijn wordt voorgelegd, d.w.z. een "kwaliteitslabel' voor de eindgebruikers.

Welke validatieprocedure?

Validatie kan het best worden bereikt in nauwe samenwerking met deskundigen op het vlak van de inhoud (die de literatuur kennen) en met methodologische deskundigen (die de methodologie van het ontwikkelingsproces controleren).

Een "kwaliteitslabel" zou een expliciete validatieprocedure vereisten door een externe instelling in België (zoals CEBAM) of door een internationaal erkende organisatie (zoals bijvoorbeeld het National Institute for Health and Care Excellence (NICE), de "Haute Autorité de Santé" - Frankrijk).

De stakeholders stelden voor om elke richtlijn te publiceren samen met informatie over de validatie ervan.

Eén uniforme benadering werkt niet voor iedereen: alternatieven zijn welkom

Sommige stakeholders waren voorstander van nieuwe manieren om validatie te bekomen, gezien de last van de huidige CEBAM validatieprocedure. Vooral meer technische specialismen met snelle wetenschappelijke ontwikkelingen zouden kunnen vertrouwen op validatieprocedures van wetenschappelijke verenigingen in het buitenland. Specifieke validatieprocedures zijn ook vereist wanneer er geen of slechts weinig evidentie beschikbaar is.

5.5. Andere voorwaarden voor succes

5.5.1. Multimodale interventies die een voorzichtige overstap naar elektronische ondersteunende systemen inhouden

Richtlijnen zouden niet alleen beschikbaar mogen zijn op een centraal platform, maar ook gekoppeld aan het dossier van de patiënt (zoals nu geïmplementeerd door EBMPracticeNET). Sommige voorwaarden voor succesvolle elektronische verspreiding zijn bijv. een gebruiksvriendelijke codering van klinische gegevens, compatibiliteit tussen de software van zorgverleners, een gebruiksvriendelijke zoekmachine, informatie in point of care, in de moedertaal, mogelijke feedback over praktijk.

5.5.2. De houding van zorgverleners ten aanzien van EBM en richtlijnen

De trouw aan richtlijnen hangt nauw samen met de EBM-cultuur en de opleiding van professionele zorgverleners: de medische faculteiten en beroepsverenigingen spelen in dat opzicht een belangrijke rol.

5.5.3. Betrokkenheid van eindgebruikers en vertaling van informatie voor de patiënten

De betrokkenheid van eindgebruikers zou moeten worden verruimd tot andere groepen zorgverleners dan alleen maar artsen, en ook tot patiënten. De stakeholders vermeldden het belang van het vertalen van de richtlijnen in toegankelijke, verstaanbare informatie voor de patiënten

5.5.4. Budgetten

Veel stakeholders beschreven de moeilijkheden met betrekking tot budgetten die "te beperkt" waren, om ofwel richtlijnen te ontwikkelen, of om ze te verspreiden. Ze benadrukten de nood aan meer mankracht en meer financiële hulpmiddelen in de toekomst. Publieke financiering is een vereiste om de redactionele onafhankelijkheid van de informatie te verzekeren. Internationale samenwerking kan een manier zijn om een meer efficiënte ontwikkeling van richtlijnen te bekomen, hoewel de investering ook aanzienlijk is, zoals hierboven werd uiteengezet (zie deel 3).

5.5.5. Een gezondheidszorgsysteem op één lijn met de filosofie van de richtlijnen

De stakeholders benadrukten de rol van het gezondheidszorgsysteem als een geheel om de verspreiding en gebruik van richtlijnen te ondersteunen: één suggestie was om een koppeling te creëren tussen de regels voor terugbetaling en de inhoud van de richtlijnen.

6. DISCUSSIE

Een internationale zoektocht

Het onderwerp voorgesteld door het Belgisch Centrum voor Evidence-based Medicine is in overeenstemming met een meer algemene zoektocht naar effectieve verspreidingsstrategieën. Een illustratie is GIRAnet, de International Guideline Implementability Research and Application network. Deze samenwerking van internationale ontwikkelaars, implementeerders en onderzoekers van richtlijnen heeft tot doel om de ontwikkeling, verspreiding en implementatie van richtlijnen beter te integreren.

De zoektocht naar doeltreffende verspreidingsstrategieën past in de ruimere beweging van implementatie van wetenschap in de gezondheidszorg ('Implementation Science'). Verspreidingsstrategieën waren lang gebaseerd op de veronderstelling dat het verspreiden van de informatie de praktijk van de zorgverleners zou veranderen. Er is nu een evolutie van enkelvoudige naar meervoudige op maat gemaakte benaderingen die specifiek de te wijzigen barrières aanpakken.

Een klinisch significante wijziging in klinische praktijk?

Sommige strategieën lijken een grotere impact te hebben dan andere volgens de literatuur; echter, de omvang van de verbetering in praktijk blijft beperkt en het effect op patiëntuitkomsten is zelfs nog twijfelachtiger.

Belgische interventies zijn in overeenstemming met de bevindingen uit de literatuur....

De verspreiding van richtlijnen in België steunt meestal op strategieën waarvan, volgens de literatuur, wordt verwacht dat ze een impact zullen hebben op de klinische praktijk (zie 2.2): educatieve bijeenkomsten (soms met lokale opinieleiders) en verspreiding van gedrukte/elektronische educatieve materialen. Herinneringen worden momenteel ontwikkeld door EBMPracticeNET: hun gebruik in het point of care zou de doeltreffendheid van de eerder vermelde interventies versterken. De literatuurreview en de commentaren van de stakeholders benadrukken het belang van multimodale interventies, echter verspreidingsplannen waarin multimodale interventies opgenomen zijn, bevinden zich nog in een vroeg stadium in België.

.... maar het ontbreekt aan planning en coherentie

De sterkte van deze studie is dat ze een uitgebreid overzicht biedt van het Belgische richtlijnenlandschap. Het gebrek aan visie over verspreiding, de veelheid van individuen en organisaties die hierbij betrokken zijn en hun parallelle activiteiten zijn opvallende kenmerken. Het gevolg is dat zorgverleners verloren lopen in een woud van gelijktijdige, soms tegenstrijdige, boodschappen, zonder te weten welke richtlijn toe te passen onder specifieke klinische omstandigheden.

Vergeet de andere manieren om de implementatie van richtlijnen te verbeteren niet

De beleidsmakers en verspreiders van richtlijnen mogen het belang van andere interventies voor een doeltreffende uptake van de richtlijnen door zorgverleners niet uit het oog verliezen. Rond dit onderwerp bestaan veletheoriën, zoals die van Cabana (1999). Organisatorische veranderingen omvatten wijzigingen in registratiesystemen, wijzigingen in skill mix of adequate registratie van de klachten van patiënten. Regelgevende interventies (bijv. medische aansprakelijkheid) en financiële maatregelen (bijv. stimulansen voor de zorgverleners) kunnen ook het gedrag van de zorgverleners veranderen. De uiteindelijke impact van richtlijnen zal afhangen van een synergie tussen verschillende acties. Deze moeten niet alleen gericht zijn naar de individuele zorgverstrekkers toe, maar moeten ook ingrijpen op het meer globale niveau van de organisatie en financiering van het Belgische gezondheidssysteem.

AANBEVELINGEN[a]

Ter attentie van de Minister van Volksgezondheid, het Verzekeringscomité en de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP):

- **In het verlengde van het raamakkoord voor de zorgkwaliteit (nota van het Verzekeringscomité 2010/133) dient de formalisering van een coördinatiegroep voor de verspreiding van de klinische praktijkrichtlijnen (KPR) te worden voortgezet:**
  - **Samenstelling: alle actoren die bij de verspreiding van de KPR in België zijn betrokken (met name de overheid, NRKP, de onderzoeksinstellingen, de Colleges van geneesheren, de wetenschappelijke verenigingen en de eerste- en tweedelijnszorgverstrekkers);**
  - **Missies:**
    - **coördineren van de activiteiten met betrekking tot de verspreiding van de KPR in België,**
    - **inventariseren van de actueel beschikbare KPR,**
    - **vaststellen van de criteria die een KPR omschrijven als van goede kwaliteit,**
    - **identificeren van de KPR die in de verderop vermelde gegevensbank ter beschikking van alle zorgverleners zullen worden gesteld,**
    - **vastleggen van een strategie voor de verspreiding in de toekomst van multidisciplinaire KPR waarvan de onderwerpen beantwoorden aan de prioriteiten vastgelegd door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie;**
- **Alle KPR van goede kwaliteit moeten worden gecentraliseerd in een enkele gegevensbank die voor alle zorgverleners via een unieke portaalsite (zoals EBMPracticeNET) vlot toegankelijk is:**
  - **Daarenboven moeten ze duidelijk en gestandaardiseerd worden voorgesteld, eventueel met de hulp van een communicatiedeskundige;**
  - **Ze moeten een synthese omvatten, in de verschillende landstalen, en in een gebruikersvriendelijk formaat dat tijdens het contact met de patiënt vlot kan worden geraadpleegd;**
  - **De gedetailleerde wetenschappelijke inhoud moet voor belangstellende professionals toegankelijk zijn.**
- **Voor de hiervoor beschreven strategieën moet de gepaste ondersteuning worden voorzien, en dit zowel voor de werking van de coördinatiegroep als voor de werking van de unieke gegevensbank.**

[a] Het KCE is alleen aansprakelijk voor de aanbevelingen.

- **De organisaties die bij de adaptatie en de verspreiding van KPR van goede kwaliteit worden betrokken, moeten een billijke financiële ondersteuning krijgen om die activiteiten op professionele wijze te kunnen verwezenlijken.**

Ter attentie van FOD Volksgezondheid en het RIZIV:

- **De homologatie van softwarepakketten voor de zorgverleners moet criteria bevatten voor een gebruiksvriendelijke codering van de klinische patiëntengegevens zodat de link naar de boodschappen voor goede klinische praktijk binnen het medisch dossier van de patiënt vergemakkelijkt wordt.**

Ter attentie van de organisaties die bij de verspreiding van de KPR in België zijn betrokken:

- **Om tot een optimale impact te komen dient een expliciete verspreidingsstrategie te worden uitgewerkt:**
- **De voorkeur dient steeds uit te gaan naar een combinatie van interventies (congressen, documenten op papier of elektronische documenten, versterken van de boodschap door opinion leaders binnen het beroep, ...) eerder dan naar geïsoleerde strategieën;**
- **Vooral automatische herinneringen die in het elektronisch patiëntendossier zijn geïntegreerd, zijn doeltreffend;**
- **Het ter beschikking stellen van aangepaste patiënteninformatie, die in overleg met patiëntenverenigingen wordt opgesteld, kan de aanvaarding van de boodschappen in de praktijk faciliteren. Zowel de patiëntenverenigingen als de verzekeringsinstellingen spelen een rol in het verspreiden van deze informatie.**

Ter attentie van de academische instellingen en hogescholen:

- **De EBM-cultuur en met name het belang van het gebruik van de KPR in de praktijk moeten volwaardig deel uitmaken van het basiscurriculum van iedere zorgverstrekker;**

Ter attentie van de wetenschappelijke verenigingen:

- **De KPR zouden in ieder programma van voortgezet onderwijs van de zorgverstrekkers moeten worden opgenomen;**
- **In dit kader zou de tussenkomst van opinion leaders van het beroep een essentiële rol bij de verspreiding van de boodschappen van de KPR kunnen spelen.**