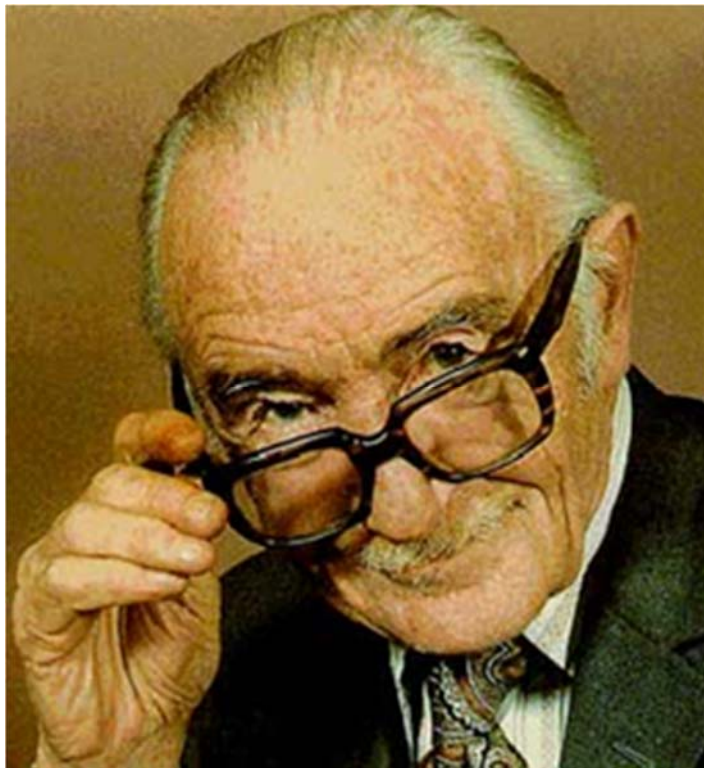


SYNTHESE

NAAR EEN GEÏNTEGREERD EVIDENCE-BASED PRACTICE PLAN IN BELGIË – DEEL 2: IMPLEMENTATIE EN PERFORMANCE MANAGEMENT



SYNTHESE

NAAR EEN GEÏNTEGREERD EVIDENCE-BASED PRACTICE PLAN IN BELGIË – DEEL 2: IMPLEMENTATIE EN PERFORMANCE MANAGEMENT

MARIJKE EYSSEN, NADIA BENAHMED, DOMINIQUE PAULUS



■ VOORWOORD

In juni 2016 legde de Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid het KCE een conceptnota voor over de noodzaak om het federale beleid rond evidence-based practice (EBP) in België te versterken. Het KCE kreeg de opdracht om een EBP-plan te ontwikkelen, dat in eerste instantie van toepassing zou zijn op de zorgverleners van de eerste lijn. Het begrip “zorgverleners” moest hierbij breed geïnterpreteerd worden, want alle zorgdisciplines van de eerste lijn dienden geïncorporeerd te zijn.

Met deze tweede synthese ronden wij het rapport af waarin dit EBP-plan uitgetekend wordt. In de eerste synthese werd een bestuursplan voorgesteld. Maar in de nota van de Minister werd ook speciale aandacht gevraagd voor de implementatie in het werkveld van richtlijnen en andere EBP producten. De doorstroom van richtlijnen naar de eindgebruikers, en het gebruik ervan in de dagelijkse praktijk, zijn immers nog voor aanzienlijke verbetering vatbaar.

Dat is verwonderlijk, want al geruime tijd stelt de Belgische overheid een groot aantal richtlijnen ter beschikking van de eerstelijnszorgverleners. In feite komt het er soms op neer dat zij hun gedrag moeten veranderen. Gedragsverandering verloopt echter vaak moeizaam en wordt gestuurd door allerlei psychologische processen en contextuele factoren. Wetenschappelijke kennis uit disciplines als psychologie, communicatie, en marketing mag dan ook niet ontbreken als je de implementatie van richtlijnen en andere EBP producten wil verbeteren.

Verder zal er ook over gewaakt moeten worden dat het EBP-plan efficiënt is en zijn doel bereikt. Dat vraagt continue aandacht voor evaluatie, feedback en verbetering, en begint bij het opstellen van de juiste doelstellingen en prioriteiten. Ook dat komt aan bod in deze synthese.

Tenslotte willen wij onderstrepen dat het succes van het EBP-plan in de handen ligt van onder andere de eerstelijnszorgverleners. Zij staan immers elke dag in voor een kwalitatieve zorgverlening aan hun patiënten. Zonder hun bijdrage zal dit EBP-plan niet gerealiseerd kunnen worden.

De wetenschappelijke achtergrond voor de beide syntheses vindt u in vijf afzonderlijke “Scientific background” hoofdstukken. Wij konden daarvoor beroep doen op experts van de Technopolis Group en de Antwerp Management school, waarvoor onze welgemeende dank.

Wij wensen u veel leesplezier!

Marijke EYSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	SYNTHESE	2
1.	CONTEXT	4
2.	WAT HOUDT DE IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN IN?	5
2.1.	DISSEMINATIE OF IMPLEMENTATIE?	5
2.2.	IMPLEMENTEERBAARHEID.....	6
3.	HOE DE VERANDERING BEGELEIDEN?	8
3.1.	EEN KWESTIE VAN PROFESSIONELE IDENTITEIT	8
3.2.	HARD BEHEER, ZACHT BEHEER.....	8
3.3.	EEN VOORTDURENDE VERANDERING STRUCTUREREN: EXPERTNETWERKEN	9
3.4.	BEREIDHEID TOT VERANDERING STIMULEREN	10
4.	WELKE IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN ZIJN DOELTREFFEND?	10
4.1.	ALGEMENE PRINCIPES	10
4.2.	BESTAANDE IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN IN DE GEZONDHEIDSZORG.	11
4.3.	IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN UIT DE SOCIALE WETENSCHAPPEN	12
4.3.1.	The Alliance for Useful Evidence	12
4.3.2.	Een aantal opkomende concepten in sociale wetenschappen	15
5.	EVALUATIE EN PERFORMANCE MANAGEMENT VAN HET EBP-PROGRAMMA	17
5.1.	HET LOGISCHE MODEL	17
5.2.	TWEE VOORBEELDEN VAN HET GEBRUIK VAN HET LOGISCHE MODEL VOOR DE IMPLEMENTATIE VAN EBP	19
5.2.1.	Het voorbeeld van SIGN voor de evaluatie van een implementatie op macroniveau	19



5.2.2.	Het voorbeeld van NICE voor het gebruik van performantie-indicatoren voor richtlijnen	21
5.3.	EEN PRAGMATISCH GEBRUIK VAN HET LOGISCHE MODEL BIJ HET PERFORMANCE MANAGEMENT VAN EBP IN BELGIË	21
6.	OPERATIONALISERING VAN DE IMPLEMENTATIE – EN EVALUATIESTRATEGIEËN VOOR HET EBP- PROGRAMMA.....	22
6.1.	UITWERKEN VAN DISSEMINATIE – EN IMPLEMENTATIEPLANNEN.....	22
6.2.	VERSTERKEN VAN HET DISSEMINATIEPLATFORM	23
6.3.	CREËREN VAN EEN IMPLEMENTATIEPLATFORM, EN DE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGINGEN HIERBIJ BETREKKEN	23
6.4.	INTEGREREN VAN DE ROL VAN DE DISSEMINATIE- EN IMPLEMENTATIEPLATFORMEN	24
6.5.	OPRICHTEN VAN EXPERTNETWERKEN OM DE VERANDERING TE ONDERSTEUNEN	24
6.6.	OPRICHTEN VAN EEN EVALUATIEPLATFORM.....	24
6.7.	VOOR DE TOEKOMST	25
■	REFERENTIES	26



1. CONTEXT

Zoals reeds vermeld in KCE-rapport 212¹ (2013) zijn er in België talrijke organisaties die richtlijnen ontwikkelen en verspreiden. Hierdoor is er een verwarrend landschap ontstaan, waarin de gebruikers niet altijd hun weg vinden, en worden de publieke middelen niet erg coherent besteed. Toch is er al een belangrijke vooruitgang geboekt: vandaag werken de ontwikkelaars van richtlijnen voor de eerstelijnszorg samen in een werkgroep ("Werkgroep ontwikkeling richtlijnen eerste lijn") en worden hun richtlijnen samengebracht op een platform (EBMPracticeNet) dat zorgt voor verdere verspreiding. Niettemin blijft de toepasbaarheid, de doorstroom naar de eindgebruikers en het gebruik van richtlijnen in de praktijk problematisch. Bovendien is er geen globaal beleidsplan om alles (incl het bepalen van de prioriteiten en de financiële stromen) te coördineren.

In juni 2016 bezorgde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid het KCE een conceptnota, die de krijtlijnen uittekent van een "**Federaal EBP-plan**". Aan het KCE werd gevraagd om dit plan verder uit te werken. In de conceptnota staat dat er **speciale aandacht moet worden besteed aan de implementatie op het terrein van richtlijnen** en andere EBP-producten.

Aan de basis van richtlijnen ligt het concept van *Evidence-Based Medicine*, kortweg EBM genoemd (op bewijzen gebaseerde geneeskunde). EBM ontstond enkele decennia geleden, breidt steeds meer uit en evolueert stilaan naar het ruimere *Evidence-Based Practice* of EBP (op bewijzen gebaseerde praktijk). Implementatie is echter altijd een pijnpunt gebleven. Zo blijkt uit een studie uit 2004² dat 99% van de budgetten voor medisch onderzoek wordt besteed aan het ontrafelen van de biologische basis van aandoeningen en aan de ontwikkeling van doeltreffende behandelingen. Slechts 1% wordt gebruikt voor het zoeken naar de beste manier om deze behandelingen in de routinepraktijk in te voeren. En dit is al een vooruitgang: in 1977 was dit nog maar 0,25%³. In 2013 stelde het KCE-rapport 212: "*Only few experiences relate to the evaluation of the impact on the practice. All interviewees regret that so much time, energy and financial resources were spent to develop and disseminate Clinical Practice Guidelines (CPG) without knowing whether these strategies have an impact on change of practice or not.*"¹

We zijn tot nu toe dus heel erg bezig geweest met het ontwikkelen van richtlijnen, maar we hebben ons nauwelijks afgevraagd hoe ze op het terrein worden toegepast en wat hun impact is, namelijk de voordelen voor de gezondheid van de patiënt. Nochtans, zonder een adequate implementatie van richtlijnen, bieden zelfs de meest effectieve gezondheidsinterventies aan de patiënt geen voordeel. Dit blijkt ook uit Figuur 1.

Figuur 1 – Doeltreffendheid en efficiëntie van implementatiepraktijken

Impact = doeltreffende interventies * doeltreffende implementatie

		Effectiveness of <i>Implementation</i> Practices	
		Effective	Ineffective
Effectiveness of <i>Intervention</i> Practices	Effective	Good Implementation Outcomes Good Consumer Outcomes	Poor Implementation Outcomes Poor Consumer Outcomes
	Ineffective	Good Implementation Outcomes Poor Consumer Outcomes	Poor Implementation Outcomes Poor Consumer Outcomes

Bron: Fixsen et al., 2005⁴



De synthese van het eerste deel van dit rapport beschrijft het ontwerp en het bestuursmodel van het Belgische EBP-Programma (in een eerste fase alleen maar voor de eerstelijnszorg). Het huidige tweede deel reikt een conceptuele en operationele basis aan voor een **centrale implementatiestrategie van EBP** in België.

Na een korte herhaling van enkele theoretische begrippen over de implementatie en de implementeerbaarheid van richtlijnen in de gezondheidszorg, volgt er een hoofdstuk over de begeleiding van en de opvattingen over organisatorische veranderingen. Aan deze dynamische fenomenen moet zeker aandacht worden besteed, om niet het risico te lopen dat een omvangrijk project, zoals het EBP-Programma, zijn doel mist.

Vervolgens bespreken we een aantal succesvolle implementatiestrategieën, waarbij de literatuur over de implementatie van richtlijnen (opnieuw) aan bod komt. Daarnaast verruimen we ook onze blik door te kijken naar andere disciplines van de sociale wetenschappen: psychologie, communicatie, social marketing en management.

Het laatste deel van dit rapport gaat over het **meten van de performantie van het EBP-Programma**. Het is immers belangrijk dat de doelstellingen van het programma effectief behaald worden. In dit kader ontwikkelden we een logisch model, waarbij we ons lieten inspireren door het Britse (NICE) en Schotse (SIGN) model, en dat zal worden gebruikt om het EBP-Programma in België uit te rollen.

2. WAT HOUDT DE IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN IN?

2.1. Disseminatie of implementatie?

Met **disseminatie** bedoelen we de actieve, gerichte verspreiding van EBP-informatie naar een specifieke doelgroep. Deze term mag niet worden verward met **diffusie**, wat een spontane (passieve) verspreiding van kennis is.

Met **implementatie** bedoelen we het gebruik van welbepaalde strategieën die de toepassing en de integratie van richtlijnen en andere EBP-producten in de routinepraktijk bewerkstelligen. Dat houdt ook in dat we moeten nagaan welke obstakels verhinderen dat richtlijnen en andere EBP-producten in de dagelijkse praktijk geïntegreerd worden, en dat we hiervoor oplossingen moeten voorstellen.

Het **verschil tussen disseminatie en implementatie** is niet altijd duidelijk, en daarom brengen sommige auteurs de twee termen samen in één enkel concept. Voor ons is disseminatie het gebruik van tools, kanalen en technieken om informatie **te communiceren**. Bij implementatie worden strategieën aangewend **om het gedrag van zorgverleners te veranderen**, zodat de EBP-informatie effectief in de praktijk wordt toegepast. Uiteraard zijn er overlappingen tussen beide concepten. In dit rapport zullen we het vooral hebben over implementatie, en wanneer nodig, komen ook een aantal aspecten van disseminatie aan bod.



2.2. Implementeerbaarheid

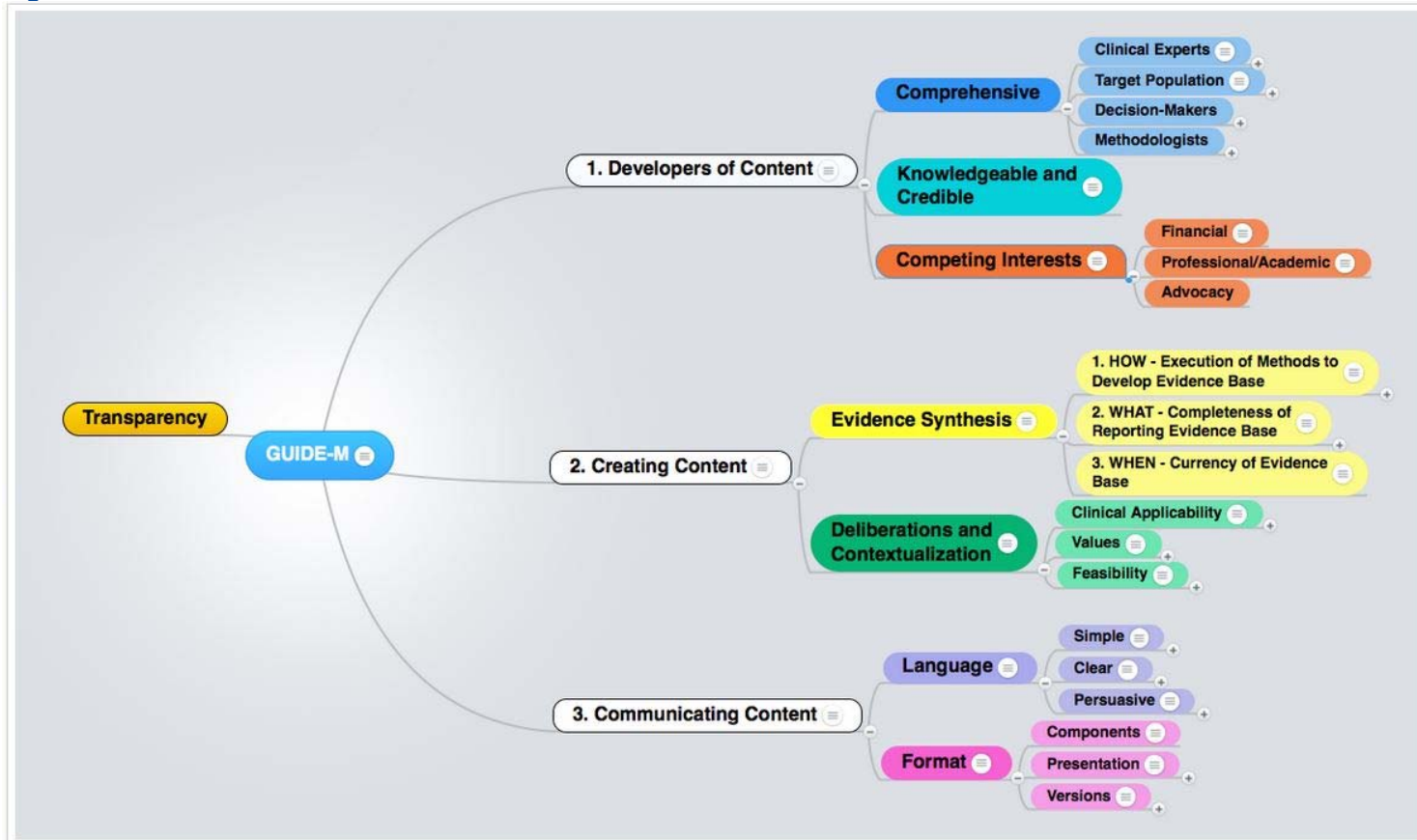
Een derde belangrijke term is **implementeerbaarheid**, zijnde het geheel aan kenmerken waardoor richtlijnen gemakkelijk (of moeilijk) in de praktijk kunnen worden toegepast. Bepaalde kenmerken zijn intrinsiek aan de richtlijn (en zijn dus te controleren door de ontwikkelaars), sommige houden verband met de levenscyclus van de richtlijn (zie synthese van deel 1 van dit rapport) of met het zorgsysteem waarin men de richtlijn wil implementeren. Er werden al talrijke modellen ontwikkeld om de mechanismen uit te leggen die maken dat de implementatie van een richtlijn al dan niet slaagt. Een aantal modellen worden uitvoerig beschreven in het wetenschappelijke rapport (deel 1 en 4). In de huidige synthese bespreken we enkel het GUIDE-M model⁵, omdat **het de EBP-implementatie wil laten slagen door de rol van de verschillende EBP actoren te optimaliseren.**

Het GUIDE-M model vertrekt van het principe dat men niet moet beginnen met **de implementatie van een richtlijn als ze klaar is**, maar **reeds tijdens de ontwikkelingsfase**. Het model somt **7 punten** op, **waaraan alle actoren** bij het begin van de ontwikkeling van een richtlijn aandacht moeten besteden, zodat de implementeerbaarheid van het afgewerkte product zo groot mogelijk wordt (zie Figuur 2).

Rekening houdend met de huidige stand van kennis, zou dit vrij recente model het basismodel moeten worden voor het Belgische EBP-Programma.



Figuur 2 – Het GUIDE-M model⁵





3. HOE DE VERANDERING BEGELEIDEN?

3.1. Een kwestie van professionele identiteit

Voor veel zorgverleners betekent het EBP-Programma een grote verandering en een nieuwe kijk op hun dagelijkse praktijk. Het kan hen ook onder druk zetten, omdat ze hun huidige manier van werken, die vaak heel autonoom is, zullen moeten aanpassen. We mogen niet onderschatten hoe bedreigend zij dit kunnen ervaren voor **hun professionele identiteit**.

Psychologische en sociaalwetenschappelijke studies hebben aangetoond dat een bedreiging van de identiteit **weerstand tegen verandering** oproept. Zorgverleners in dergelijke situatie zullen het EBP-Programma niet positief onthalen, en zullen terughoudend zijn om de richtlijnen te volgen. Uit talrijke studies blijkt ook dat bedreigingen en conflicten m.b.t. de identiteit een belangrijke negatieve invloed kunnen hebben op het algemeen functioneren van een individu: een verminderd samenhorigheidsgevoel (binnen de beroepsgroep), verminderde persoonlijke efficiëntie, angsten, negatieve gedachten en verminderde prestaties (zie het wetenschappelijk rapport - deel 3).

Om dit soort situaties het hoofd te bieden, stellen theorieën over aanpassing aan verandering voor om twee complementaire dynamieken te combineren: *sense breaking* en *sense giving*.

- **Sense breaking** houdt in dat de boodschap gebracht wordt dat ‘de zaken moeten veranderen’. De toekomstige verandering wordt uitgelegd (de planning, het budget, de indicatoren, de voorziene maatregelen enz.). Als mensen een verandering namelijk niet goed begrijpen, willen ze onderhandelen, hun oude gedrag rechtvaardigen en zo uiteindelijk de status quo behouden. *Sense breaking* stelt hun identiteit in vraag, wijst op de lacunes in hun competentie, en veroorzaakt spanningen en negatieve gevoelens, zoals woede en onzekerheid.

- Daarom moet *sense breaking* worden aangevuld met **sense giving**, dat de nieuwe identiteit mee opbouwt door te ondersteunen, helpen, erkennen, door vertrouwen te geven en door bevoegdheid toe te kennen.
- Een **combinatie van beide** laat mensen toe om hun identiteit opnieuw op te bouwen. Dit noemen we ‘zingeving’: de verandering krijgt zin en wordt geïntegreerd in de nieuwe professionele identiteit.

3.2. Hard beheer, zacht beheer

De keuze van veranderingsstrategie hangt af van het type en de complexiteit van de te veranderen situatie.

→ **“Harde” problemen** zijn duidelijk omschreven problemen, waar de stakeholders dezelfde visie delen.

→ **“Zachte” problemen** zijn meer controversieel, en houden in dat er een belangrijke graad van emotionele betrokkenheid is bij de stakeholders.

“Harde” problemen vragen om een “harde” verandering, waarbij men duidelijke doelen stelt en daarna de beste manier bepaalt om die te bereiken. Dit kan vrij snel gaan. Het gebeurt bijna altijd top-down, waarbij een planning en een strikte controle vereist zijn. Een mogelijk voorbeeld binnen het EBP-Programma is de ingebruikname van het organisatorische schema zoals beschreven in de synthese van deel 1 van dit rapport, met een nieuwe bestuursstructuur (Network Administrative Organisation of NAO). Hiervoor is een “harde” top-down aanpak mogelijk, met gekwantificeerde doelstellingen, een planning van geschikte strategieën en een evaluatie van de resultaten.

“Zachte” problemen vragen om een *softere* aanpak, waarbij het accent niet alleen ligt op inhoud en beheer, maar ook **op de veranderprocessen zelf**. Bij deze aanpak moeten we dus rekening houden met het gevoel van samenhorigheid, de communicatie en de betrokkenheid van de actoren. Een “zachte” verandering gaat dus trager: de aanpak is ook top-down, maar er wordt ook rekening gehouden met bottom-up input en feedback. Een voorbeeld hiervan is de implementatie van richtlijnen en andere EBP-producten bij de zorgverleners op het terrein. Het is een “zachte” problematiek, waarbij we goed voor ogen moeten houden dat verandering



niet kan worden geforceerd, en dat er een belangrijke emotionele component aanwezig is.

Naast de “harde” en “zachte” problemen, hebben organisaties ook soms te maken met **complexe problemen** (ook “verraderlijke problemen” genoemd - *wicked problems*). Het gaat om dynamische, met elkaar verweven problemen, met actoren of instellingen die zelf zeer complex zijn. In dat geval wordt er best ook een complexe veranderingsaanpak gebruikt, die geen duidelijk omlijnd proces volgt, maar die verschillende hefboomen gebruikt om de verandering door te voeren. Een dergelijke verandering kan niet top-down gebeuren. Het is eerder een gedecentraliseerd proces, met een opstart en sturing doorheen het hele systeem. Daarbij moet er tussen de eindgebruikers alleszins een gevoel van samenhang ontstaan, dat zich progressief, tijdens het hele veranderproces, verspreidt. Het gaat om een ‘levend’ systeem, waar iedereen zich voortdurend aanpast. Daarbij nemen de professionals zelf leiderschap op, en moeten ze ondersteund worden als informele leiders. Dit **gedeelde leiderschap**, dat toebehoort aan de groep, wordt gekenmerkt door een collectieve besluitvorming, waaraan alle leden deelnemen. Dit type van gedeeld leiderschap zal ook belangrijk zijn bij de implementatie van EBP op het terrein.

In de praktijk betekent dit het volgende. Tijdens de opstartfase van de initiatieven om de implementatie van de EBP in België te verbeteren, zal een top-down aanpak waarschijnlijk de beste zijn, waarbij rekening wordt gehouden met bottom-up input en feedback (zachte aanpak). Deze eerste fase zal de meest delicate zijn, omdat de eerstelijnszorgverleners zich eerst moeten openstellen voor EBP. Eens het programma gelanceerd en gestabiliseerd is, zal een centrale aansturing minder belangrijk worden. Vanaf dan kan gedeeld leiderschap de drijvende kracht zijn achter de implementatie van EBP op het terrein.

Een van de gevolgen van het bovenstaande is dat er tijd - en flexibiliteit - zal nodig zijn om deze veranderingen tot een goed einde te brengen. Politiek verantwoordelijken moeten er zich dus bewust van zijn dat **een gedragsverandering op het terrein een werk van lange adem (in termen van jaren) is**.

3.3. Een voortdurende verandering structureren: expertnetwerken

In een eerste fase richt het EBP-Programma zich vooral op de eerstelijnszorgverleners. Zoals gemeld zal een ‘zachte’ aanpak nodig zijn om hen te motiveren en te overtuigen. Ze kunnen bv. worden betrokken in **een voortdurende dynamiek van leren en reflectie** over hun praktijk, waarbij **(multidisciplinaire) netwerken voor zorgverleners** worden opgezet (zie wetenschappelijk rapport - deel 3).

Deze netwerken kunnen de vorm aannemen van **communities of practice of COPs**. Het zijn interdisciplinaire leervormen, die professionals uit verschillende specialismen verenigen rond een gemeenschappelijk thema. De deelnemers aan het netwerk zijn bereid hun opvattingen en praktijken rond dit thema te delen met anderen. De opkomst van de communicatietechnologie heeft in deze netwerken voor veel dynamiek gezorgd, omdat de leden niet meer fysiek of gelijktijdig aanwezig moeten zijn om deel te nemen (virtuele fora). Deze expertnetwerken moeten dus worden aangemoedigd en ondersteund door de NAO.

Expertnetwerken mogen niet worden verward met wetenschappelijke verenigingen. Netwerken ontstaan informeel en op vrijwillige basis. Ze zijn meestal lokaal georganiseerd en kunnen tijdelijk of permanent zijn. Wetenschappelijke verenigingen zijn formele organisaties; ze hebben statuten die beschrijven hoe ze voor hun discipline bijdragen tot de ontwikkeling en verspreiding van wetenschappelijke informatie.

In de gezondheidszorg bestaat er nog niet veel bewijs over de doeltreffendheid van leren via expertnetwerken, maar in deze sector zijn er ook (nog) niet veel voorbeelden van succesvolle interdisciplinaire netwerken.



3.4. Bereidheid tot verandering stimuleren

Bereidheid tot verandering is een van de hefboomen voor het EBP-Programma. We kunnen dit definiëren in 5 punten:

- **Vertrouwen in de verandering** of in de eigen mogelijkheden om met deze verandering om te gaan: de mate waarin men denkt competent te zijn en in staat te zijn om de taken en activiteiten die door het EBP-Programma worden opgelegd, te kunnen uitvoeren.
- **Behoeftte aan verandering:** de mate waarin men denkt dat er legitieme redenen en behoeften zijn voor EBP.
- **Persoonlijk voordeel:** de mate waarin men denkt dat EBP persoonlijk voordeel zal bieden.
- **Maatschappelijk voordeel:** de mate waarin men denkt dat EBP voordelig zal zijn voor de samenleving.
- **Politieke steun:** de mate waarin men denkt dat de overheid zich wil engageren en EBP zal steunen.

Om een voorbeeld binnen de huidige context te nemen: een deel van de communicatie kan erover gaan dat de meerderheid van de eerstelijnszorgverleners reeds EBP gebruikt, en dat EBP enkel nog meer systematisch dient toegepast te worden (vertrouwen in de eigen mogelijkheden).

Een ander deel zou kunnen verwijzen naar de persoonlijke voordelen voor de zorgverleners die EBP toepassen: dit zal hun reputatie versterken.

De politiek kan ondersteuning bieden door een grote sensibiliseringscampagne te organiseren en door het programma op een goed georganiseerde manier uit te rollen. En door te wijzen op het nadeel van het niet gebruiken van EBP worden het maatschappelijk belang en de behoefte aan verandering benadrukt. Deze boodschappen moeten herhaaldelijk worden verspreid via meerdere kanalen, zodat ze goed doordringen tot de zorgverleners op het terrein.

4. WELKE IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN ZIJN DOELTREFFEND?

4.1. Algemene principes

De theoretische modellen die de mechanismen van een succesvolle implementatie beschrijven, wijzen unaniem op het belang van een contextanalyse bij de **aanvang van de ontwikkeling van een richtlijn** (zie wetenschappelijk rapport - deel 4). Daarbij moet worden onderzocht waarom de huidige praktijken worden toegepast en waarom er weerstand is tegen nieuwe. De literatuur beschrijft 5 essentiële determinanten: het onderwerp van de implementatie (de richtlijn), de gebruikers (zorgverleners), de eindbegunstigen (de patiënten), de bredere context van de implementatie (bv. de zorgorganisatie, de financiële en politieke context) en de implementatiestrategie zelf.

De keuze van de implementatiestrategie hangt af van deze analyse. Elke activiteit moet **“op maat worden gemaakt”** van de specifieke situatie. In de meeste gevallen heeft deze situatie te maken met een combinatie van moeilijkheden en faciliterende factoren. Daarom zijn er **multifacettaire strategieën** nodig. Bij de implementatie van een richtlijn moet er ook rekening worden gehouden met theorieën uit de psychologie, sociologie, marketing, communicatie en management (die we later zullen bespreken).

Tenslotte zou er in het ideale geval **na elke implementatie ook een afdoende evaluatie moeten plaatsvinden.**



4.2. Bestaande implementatiestrategieën in de gezondheidszorg.

Er bestaan meer dan 50 disseminatie- en implementatiestrategieën voor richtlijnen. Zij werden onder de loep genomen door de *Cochrane Group for Effective Practice and Organisation of Care* (EPOC), die ze indeelde in professionele, financiële, organisatorische en reglementaire strategieën. Deze classificering wordt algemeen gebruikt als werkbasis voor publicaties over de implementatie van richtlijnen (voor meer info hierover: zie de bijlage van het wetenschappelijke rapport - deel 4).

In 2013 publiceerde het KCE een rapport over de disseminatie en implementatie van EBP-producten¹. Het behandelde daarbij enkel strategieën die rechtstreeks gericht waren op de professionele praktijk. Andere vormen van strategieën volgens de EPOC-classificatie- (financieel, organisatorisch of regulerend) waren niet inbegrepen, en komen evenmin aan bod in het huidige rapport.

Het rapport van 2013, dat gebaseerd is op een diepgaand onderzoek van de beschikbare literatuur, besloot dat **de impact van disseminatie- en implementatiestrategieën voor richtlijnen op de professionele praktijk, hoewel statistisch significant, toch bescheiden is:**

- **Reminders, opleidingssessies, onafhankelijk medisch afgevaardigden en opinion makers blijken een significante impact** te hebben op de klinische praktijk: er waren gemiddeld tussen 5% en 23% gedragsveranderingen, afhankelijk van de interventie en het gewenste resultaat.
- **Audit en feedback hebben het minste impact:** een gemiddelde verbetering van minder dan 3% t.o.v. de gewenste praktijk.

- De disseminatie van **gedrukt didactisch materiaal** heeft eveneens een **beperkt effect** (gemiddelde verbetering t.o.v. de gewenste praktijk schommelt tussen 3% en 13%, afhankelijk van het gewenste resultaat). Interessant is dat richtlijnen in een elektronisch formaat niet zorgen voor een meer significante verbetering dan gedrukt didactisch materiaal^a.
- **Interprofessionele vorming** (interactief leren voor zorgverleners en sociale diensten om hun interprofessionele samenwerking en/of de gezondheid of het welzijn van de patiënten te verbeteren) die geïsoleerd wordt gegeven, heeft geen significante impact op de praktijk. **In combinatie met andere interventies** zien we echter wél een effect op de klinische praktijk en op de tevredenheid van de patiënt.
- De doeltreffendheid van **multifacettaire interventies** wordt bevestigd door talrijke literatuuronderzoeken. Er zijn echter geen bewijzen die de cruciale componenten aanduiden, of die aangeven wat de optimale combinatie van strategieën is die voor een betere naleving van richtlijnen kan zorgen. Bovendien is niet bekend wat het ideale aantal strategieën is dat geïncorporeerd moet worden in multifacettaire interventies.

De conclusies van het KCE-rapport uit 2013 werden sindsdien nog bevestigd door recentere studies.

Ons literatuuronderzoek bracht helaas geen bijkomend bewijs aan het licht voor een **interactieve aanpak** gefaciliteerd door **nieuwe technologieën**. Voordeel is wel dat deze kunnen worden geïntegreerd in het werkproces van de zorgverlener zelf. *Clinical Decision Support* (CDS) systemen geven aan de zorgverlener informatie over het specifieke probleem van de patiënt die voor hem zit, via een koppeling met het elektronisch patiëntendossier (EPD). Deze nieuwe strategieën zien er alleszins veelbelovend uit.

^a Er was vroeger zeer weinig bewijsmateriaal over deze technologische aanpak.



4.3. Implementatiestrategieën uit de sociale wetenschappen

Naast implementatiestrategieën voor EBP-producten die beschreven werden in de gezondheidszorg, zijn er talrijke strategieën of potentieel interessante concepten in de sociale wetenschappen: psychologie, communicatie, social marketing of managementwetenschappen. Deze disciplines doen een beroep op **theorieën over gedragsveranderingen, organisatorische veranderingen, leerprocessen en motivatie**, die ook zeer relevant zijn voor de implementatie van richtlijnen in de gezondheidszorg (zie ook het wetenschappelijk rapport - deel 4).

4.3.1. *The Alliance for Useful Evidence*

De *Alliance for Useful Evidence*^{6, 7} bespreekt in haar *discussion paper* "Using evidence, what works?" meer dan **150 strategieën uit de sociaalwetenschappelijke literatuur**, die het gebruik van onderzoeksresultaten door beleidsmakers moeten aanmoedigen. Deze *discussion paper*, die is gebaseerd op een systematisch literatuuronderzoek, deelt deze strategieën in 6 categorieën in, volgens hun actiemechanismen.

4.3.1.1. *Bewustmaking (Awareness raising)*

- Voor het vergroten van de **zichtbaarheid en de geloofwaardigheid** van een specifiek onderwerp, is de doeltreffendheid van deze strategie wetenschappelijk aangetoond. Het gaat over het informeren van de doelgroep zodat bewustwording ontstaat, gedrag en overtuigingen beïnvloed worden en een positieve houding verkregen wordt ten aanzien van het betrokken onderwerp. Dit kan worden bereikt door de aandacht te trekken op een probleem dat verwant is aan het onderwerp en dat in de ogen van de doelgroep belangrijk is, door te werken met emoties als humor of verrassing, of door te werken met een verhaal (*narratives*). In de huidige context zouden we de aandacht kunnen vestigen op het belang van **het gebruik van onderzoeksresultaten**. Andere technieken om de zichtbaarheid en de geloofwaardigheid te verhogen komen van social marketing (zie verder).

- *Awareness raising* kan ook gebruik maken van **sociale stimulansen en identiteitscodes**, die doeltreffend zijn om **gedragsnormen te versterken**. Met sociale stimulansen bedoelen we beloningen met een sociale waarde, zoals publieke erkenning. Zo verhogen uitmuntendheidsprijzen de intrinsieke motivatie, zijn ze sociaal zichtbaar en versterken ze het bewustzijn m.b.t. het gewenste gedrag. Identiteitscodes wijzen op de verbondenheid van een persoon met een identiteit of sociale norm, die overeenstemt met het beoogde gedrag. Een code die gelinkt is aan een professionele identiteit van een opinielider, die onderzoeksresultaten gebruikt om zijn keuzes te verantwoorden, kan worden voorgesteld aan zorgverleners als zij een belangrijke beslissing in hun praktijk moeten nemen. Deze interventie kan de norm dat EBP gebruikt moet worden versterken, en kan de sensibilisering en motivatie om een bepaald gedrag te vertonen, verhogen.

4.3.1.2. *Consensus (Agree)*

Als de onderzoekers en de gebruikers van EBP een **wederzijds begrip** hebben over de te implementeren richtlijn, zal de implementatie vlotter verlopen. Er bestaan verschillende beproefde methodes om dit type consensus te bereiken:

- Delhipanels of andere groepstechnieken;
- *journal clubs* (presentaties van artikels);
- betrekken van gebruikers bij de ontwikkeling van richtlijnen (zie ook rapport KCE 284)⁸.



4.3.1.3. Toegankelijkheid en communicatie (Access & communication)

Om de gebruikers te sensibiliseren en de toegankelijkheid voor hen te vergroten, moet er doeltreffend worden gecommuniceerd over EBP. Dit zal ook bijdragen tot de motivatie.

“**Tailoring and targeting**” (op maat en doelgericht) is een techniek die zowel door de medische literatuur als de sociale wetenschappen wordt erkend:

- “*Give them what they need!*” (geef hen wat ze nodig hebben!): de informatie moet **op het juiste moment en in een geschikte vorm** gegeven worden om de gebruikers gemakkelijker toegang te geven tot de bronnen die ze wensen en wanneer ze dat wensen (bv op verplaatsing). **Gebruiksvriendelijke, gepersonaliseerde en aangepaste boodschappen** worden ook erg op prijs gesteld.
- De **online kennisportalen** moeten natuurlijk beschikbaar zijn, maar daarbij moeten ook maatregelen worden genomen **om de gebruiksmotivatie te verhogen**: een gebruiksvriendelijke lay-out, op maat gemaakte pop-ups, enz. Passieve diffusie en een neutrale toegang tot databanken genereren geen impact.
- Ook **digitale diensten** moeten zo **interactief** mogelijk zijn: *chats, hotlines, etc.*

Voor **overtuigende communicatietechnieken** bestaat veel ondersteunend bewijs in de sociaalwetenschappelijke literatuur:

- *Framing*: de manier waarop informatie wordt voorgesteld, kan de manier waarop ze wordt begrepen heel erg beïnvloeden, en haar een positieve of negatieve bijklank geven.
- Het gebruik van verhaallijnen, citaten en metaforen, en zaken in hun context plaatsen, zijn ook belangrijke aspecten om een boodschap over te brengen.

- *Branding*: een **herkenbaar en gerespecteerd merk** creëren (vb. NICE). Een positief beeld is een krachtige tool om over EBP te communiceren. Voor drukbezette professionals is het ook extreem handig om meteen te vinden wat ze nodig hebben, via een betrouwbare bron (bv. een website).
- Bij communicatie over onzekerheden benadrukken de auteurs dat informatie in de vorm van cijfers en woorden zeer verstandig gedoseerd moet zijn.

Ook **reminders (herinneringen)** en **sociale media** worden ondersteund door wetenschappelijk bewijs:

- Het ondersteunen van leren met **reminders en herhalingen**. Talrijke onderzoeken geven aan dat dit een eenvoudig, maar doeltreffend hulpmiddel is.
- **Sociale media** en **blogs** zijn doeltreffende communicatiehulpmiddelen. We mogen ons hierbij niet alleen richten op communities van ingewijden, maar ze ook gebruiken voor de professionals op het terrein.
- De combinatie van verscheidene sociale media lijkt veelbelovend, maar wordt nog niet helemaal wetenschappelijk bevestigd. We weten nog niet welke “mix” van media het beste werkt.

Ten slotte mag ook het **design van de informatie** zelf niet over het hoofd worden gezien. Visualisatietechnieken bij cijfers bieden talrijke veelbelovende mogelijkheden. Het Noorse kenniscentrum werkt bv. samen met designers om meer aantrekkelijke en gebruiksvriendelijke formats te ontwikkelen.



4.3.1.4. *Interactie (Interact)*

Interactie tussen professionals op het terrein en onderzoekers moet worden aangemoedigd. We konden echter geen formele bewijzen vinden dat seminaries, kennismakelaars (*knowledge brokers*) of de reeds vermelde *communities of practice* doeltreffend zijn. Dit gebrek aan impact zou veroorzaakt kunnen zijn door een probleem van definitie voor deze vrij recente domeinen. Wel is aangetoond dat online netwerken niet minder doeltreffend of overtuigend zijn dan de traditionele netwerken.

Toch is er een uitzondering: de **opinieleiders** (“*champions*”) en de “veranderingspromotoren” (“*change agents*”) spelen een grote rol bij gedragsverandering. De rol van sociale invloed moet inderdaad niet meer worden aangetoond: we verwijzen daarvoor naar de capaciteit van persoonlijke relaties en netwerken om informatie te verspreiden en gedrag te beïnvloeden. Het lijkt ook op het concept van ‘gedeeld leiderschap’ waarover we het eerder hadden in het gedeelte over leiderschap.

4.3.1.5. *Competenties (Skills)*

De medische literatuur toont aan dat **educatieve interventies** doeltreffend zijn. Ze zijn zelfs nog meer doeltreffend in combinatie met **stimulansen**. Een puur passieve aanpak (zoals de eenvoudige diffusie van kennis en het eenvoudigweg ter beschikking stellen van richtlijnen) is dan weer niet doeltreffend.

De bredere literatuur van de sociale wetenschappen vindt vormingsinitiatieven wel efficiënt:

- Er bestaan interessante publicaties over de beste manieren om **volwassenenonderwijs** te geven (andragogie): een evenwichtige relatie tussen lesgever en lesnemer, wederzijds leren (de een leert van de ander en omgekeerd), coaching en een doordachte timing.
- Volwassenenonderwijs kan ook worden gegeven door een mentor (collega, *peer to peeraanpak*) of een supervisor.

- **Online leren** lijkt ook doeltreffend. Het wordt breed wetenschappelijk ondersteund en het zou interessant kunnen zijn om dit vaker te laten gebeuren. Er zijn nog geen studies over het gebruik van apps, maar die zouden niet meer zo lang op zich mogen laten wachten, omdat zij steeds meer worden gebruikt.

4.3.1.6. *Structuren en procedures (Structure & process)*

Dat zorgverleners zich bij hun beslissingen laten leiden door EBP, kan afhangen van factoren van de besluitvorming zelf, of van de organisatorische structuren waarin zij functioneren.

Volgens de sociale wetenschappen is het aanbieden van praktische middelen belangrijk om EBP te integreren:

- met behulp van **gedragstechnieken**: een presentatie van opties by default, bv. door de EBMPPracticeNet portaal-site te gebruiken als homepage van de computer, het integreren van EBP-elementen in checklists of protocollen.
- dankzij **nudging** (zie 4.3.2).
- gedragsinterventies over normen en identiteitscodes zijn ook gekend om hun interferentie met besluitvormingsprocessen (zie 4.2.1.1 Awareness raising)

Voor een meer gestructureerde toepassing van gedragsprincipes combineren bepaalde modellen meerdere soorten aanpak. Een voorbeeld is het **EAST model**⁹, met 4 eenvoudige principes om bij de ontwikkeling van een interventie toe te passen: ze toegankelijk, aantrekkelijk en sociaal maken, en ze op het juiste moment lanceren.

Ook het vergemakkelijken van het gebruik **op het niveau van de organisatie van het systeem zelf** is ruim bewezen:

- elektronische hulpmiddelen voor de besluitvorming;
- financiële stimulansen om professioneel gedrag te veranderen;
- audits en feedback



4.3.2. Een aantal opkomende concepten in sociale wetenschappen

4.3.2.1. Social marketing

Bij social marketing worden een aantal concepten en technieken uit de *commerciële* marketing toegepast, voor de planning, uitvoering en evaluatie van *niet-commerciële* initiatieven, zoals in het domein van de gezondheidszorg. De 4 pijlers van marketing, de 4 P's, spelen *mutatis mutandis* ook een centrale rol bij social marketing: 1) Product, 2) Prijs, 3) Plaats en 4) Promotie.

Voorbeeld van het *Institute for Social Marketing (ISM)* van de Universiteit van Stirling (UK)

Dit is hoe het Institute for Social Marketing (ISM) van de Universiteit van Stirling (UK) zijn methode voorstelt:

'Stel dat we de consumptie van fruit willen stimuleren. Bij het opmaken van onze marketing mix stellen we ons de volgende vragen:

Product: Kunnen we andere manieren tonen om fruit te eten? Meer praktische? Kunnen we fruit leuker maken?

Plaats? Kunnen we fruit leggen op ongewone plaatsen? Moeten we fruit tot bij de mensen brengen?

Prijs: Kunnen we fruit minder duur maken? Gratis? Kunnen we mensen ervan overtuigen dat ze niet oubollig lijken als ze fruit eten?

Promotie: Welke boodschappen/beelden kunnen ons helpen?

Twee P's werden er later nog aan toegevoegd:

Personen: Welke stakeholders kunnen we vragen om ons te helpen?

Politiek: Kunnen we *junkfood* uit schoolautomaten bannen en het vervangen door fruit? Kunnen we snoep aan de kassa's vervangen door fruit?

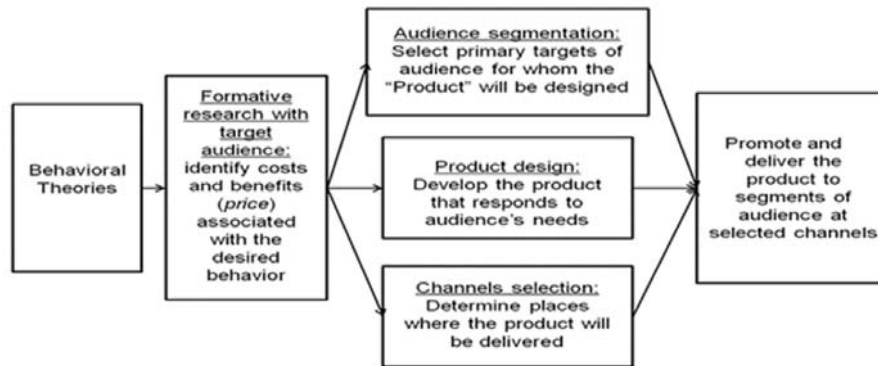
In functie van de behoeften van onze doelgroep en van de omgeving waarop we ons richten, kiezen we de P's van onze marketing mix.'

Om het wat ernstiger te stellen: de eerste stap van een interventie in social marketing is een **analyse van de behoeften** van het doelpubliek, en van de **voordelen en kosten** van deze gewenste gedragsverandering. Daarna wordt **de interventie ontwikkeld** (het "product"), waarbij rekening wordt gehouden met de behoeften en de kostenevaluatie (prijs). Daarna moet er een analyse worden gemaakt van de **meest geschikte kanalen** voor de interventie (plaats), op basis van de kenmerken van het doelpubliek (gedrag en overtuigingen) of publiekssegmenten (om te kunnen werken met meer homogene subgroepen). Uiteindelijk wordt het "product" **afgeleverd en gepromoot** via de vooraf bepaalde kanalen.

Social marketing is doeltreffend gebleken voor gedragsveranderingen inzake condoomgebruik, roken, *binge drinking* en kankerscreening.



Figuur 3 – Ontwikkelen en uitwerken van een social marketing interventie



Bron: Wei et al. (2011)¹⁰

4.3.2.2. Nudging

Nudging (letterlijk: een duwtje in de rug geven) is een concept uit de gedragswetenschappen^b. Het gaat erover dat we **op een voorspelbare manier gedrag kunnen beïnvloeden** door de omgeving aan te passen waarin individuen hun keuzes maken. Dit soort interventies gebeurt vaak zonder dat het individu er zich van bewust is, omdat er **automatische psychologische processen** plaatsvinden. Zo is bv. geweten dat zaken op ooghoogte in een supermarkt vaker worden gekozen dan lager geplaatste producten. De grootte van eetborden in een cafetaria kan een invloed hebben op de hoeveelheid die wordt gegeten, en als het langer duurt vooraleer liftdeuren dichtgaan, kunnen mensen meer geneigd zijn om de trap te nemen. Een ander voorbeeld gaat over het wijzigen van de default-optie. Men maakt dan gebruik van de spontane neiging om passief een opgelegde waarde te aanvaarden. Deze techniek wordt gebruikt bij opt-in/opt-outs systemen voor orgaandonaties.

Nudges verschillen van traditionele methoden, want deze laatste proberen gedrag te beïnvloeden door te verbieden of d.m.v. economische sancties (boetes). De “vriendelijke manipulatie” van nudging wordt beschouwd als “libertair paternalisme” (*libertarian paternalism*), omdat men probeert gedrag te verbeteren terwijl er toch nog keuzevrijheid is. Sommigen beschouwen het als een inbreuk op de persoonlijke vrijheid, maar toch kan een compromis tussen autonomie en dit type van paternalisme gerechtvaardigd zijn, als het de impact van maatregelen om de gezondheidszorg te verbeteren, wil verhogen.

^b De Nobelprijs Economie 2017 werd toegekend aan Richard H. Thaler voor zijn werk over nudging



5. EVALUATIE EN PERFORMANCE MANAGEMENT VAN HET EBP-PROGRAMMA

Een evaluatie is een proces dat garandeert dat de doelstellingen van een bepaald initiatief effectief worden bereikt. Het veronderstelt wel dat deze doelstellingen vooraf werden bepaald. Elke evaluatie moet worden gevolgd door feedback en maatregelen ter verbetering, zodat het hele proces kadert in een duurzaam performantiebeheer (performance management).

Binnen het kader van het EBP-Programma, hebben we te maken met 3 niveaus:

- **Het macroniveau:** het systeem in zijn geheel, waarbij de samenwerking van alle stakeholders noodzakelijk is: zowel van de regering, van de zorgverleners op het terrein, als van alle andere actoren van het EBP-Programma;
- **het mesoniveau:** het niveau van organisaties (vb. beroepsorganisaties). Hun medewerking is onmisbaar om het gebruik van de richtlijnen door de zorgverleners op het terrein aan te moedigen;
- **het microniveau:** de zorgverleners, zijnde de eindgebruikers van de richtlijnen (en eventueel de patiënten als diegenen die de zorg toegediend krijgen).

Het monitoren van prestaties op het niveau van de **individuele zorgverleners mag wel niet worden verward met de individuele evaluatie van de practici**. In het kader van het EBP-Programma worden op microniveau anonieme, geaggregeerde gegevens gebruikt van alle zorgverleners samen, en niet hun individuele gegevens. Bedoeling daarbij is om het functioneren van EBP globaal te evalueren en te versterken, om zo te komen tot een betere doeltreffendheid, kwaliteit en kosteneffectiviteit van de Belgische zorg. De individuele evaluatie van zorgverleners komt in het huidige rapport dus niet aan bod.

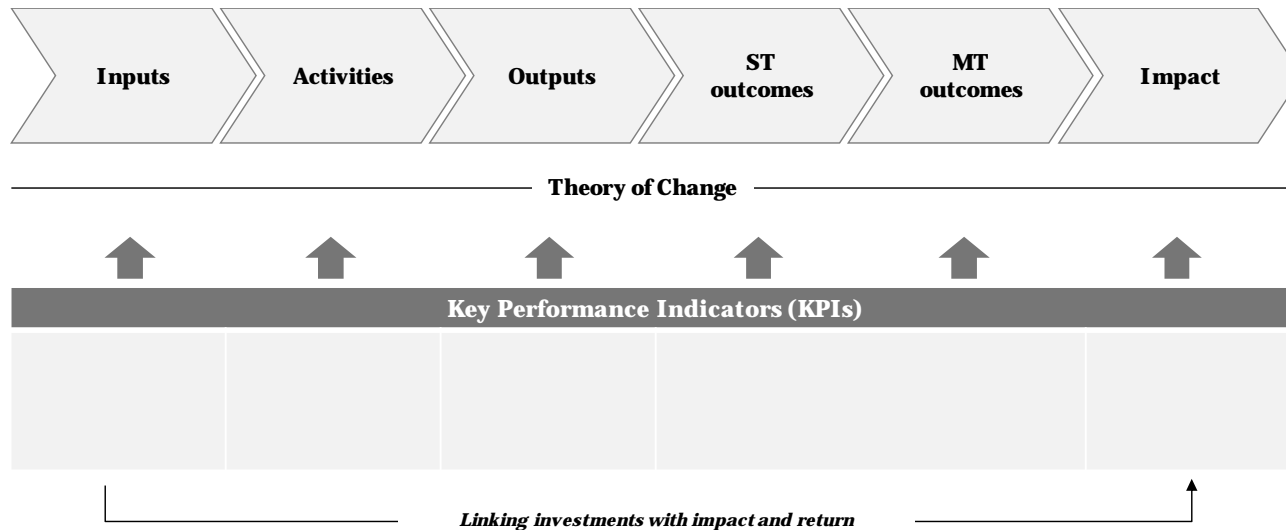
5.1. Het logische model

‘Een logisch model is een visuele weergave van de middelen, activiteiten en verwachte resultaten van een programma. Het is een hulpmiddel om de complexe relaties tussen de verschillende componenten te vereenvoudigen en kan worden gebruikt tijdens de planning, implementatie en evaluatie van een grootschalig programma. (Zie wetenschappelijk rapport - deel 5). Het model baseert zich op een logische keten van invoer (*inputs*), activiteiten, uitvoer (*outputs*) en resultaten op korte, middellange en lange termijn. De resultaten op lange termijn vormen de **impact van het programma**.

Het logische model geeft een veranderingstheorie weer; het is namelijk een visuele beschrijving van het verband tussen de *inputs* en de impact, en verduidelijkt de relaties van afhankelijkheid tussen beide. Dankzij deze theorie worden de verwachtingen van de verschillende betrokkenen gepreciseerd, en wordt erop toegezien dat iedereen dezelfde verwachtingen heeft. Logische modellen vormen een weergave van de onderliggende veranderingstheorie van het programma.’ Daarbij moeten de **kritische prestatiefactoren** doorheen de volledige keten worden bepaald, en er kan eventueel ook een kwantificering worden voorzien van het (economische en / of sociale) rendement op investering.



Figuur 4 – Het logische model



Bron: <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html>

Een logisch model kan nuttig zijn om de doelstellingen van de EBP-implementatie voor de eerstelijnszorg in België te bepalen, bv. op basis van de volgende elementen:

- **Inputs:** richtlijnen en andere EBP-producten, lokale opinieleiders enz.
- **Activiteiten:** de implementatiestrategieën
- **Outputs:** het aantal opgestarte disseminatie- en/of implementatieactiviteiten
- **Resultaten op korte termijn:** het aantal keren dat de richtlijn werd gedownload, het aantal opleidingen dat werd georganiseerd door wetenschappelijke organisaties en kringen over dat thema, ...

- **Resultaten op middellange termijn:** het effectieve gebruik van de aanbevelingen in de praktijk, de reorganisatie van diensten in functie van de richtlijnen, ...
- **Impact:** verbetering van de zorgkwaliteit en gezondheidsvoordelen voor de patiënten.

Op dit moment beschikt het Belgische gezondheidszorgsysteem nog niet over een volledige reeks van **doelstellingen** of **indicatoren**. Daarom moeten in een eerste essentiële fase het bereik en de globale ambities van het EBP-Programma worden bepaald, net als de manier waarop men de verandering wil aanpakken. De ontwikkeling van dergelijk referentiekader voor performance management (doelen en indicatoren) moet absoluut gebeuren **in nauwe samenwerking met de belangrijkste stakeholders**.



Het zou interessant zijn om het bepalen van doelstellingen en indicatoren in het kader van het EBP-Programma te koppelen aan het bepalen van de doelstellingen voor het Belgische gezondheidssysteem (zie KCE-rapport 292, Verkennend stappenplan voor het formuleren van doelstellingen voor het Belgische gezondheidssysteem)¹¹.

Hieronder vindt u twee voorbeelden van een gebruik van het logische model door gereputeerde organisaties, die als bron van inspiratie kunnen dienen.

5.2. Twee voorbeelden van het gebruik van het logische model voor de implementatie van EBP

5.2.1. Het voorbeeld van SIGN voor de evaluatie van een implementatie op macroniveau

SIGN (*Scottish Intercollegiate Richtlijnen Network*) werkt met het logische model om de impact te evalueren van een implementatie op (strategisch) macroniveau. Hun site stelt: “De kracht van logische modellen zit in de maatregelen en indicatoren die het bewijs leveren dat individuele implementatieactiviteiten leiden tot de gewenste resultaten.”

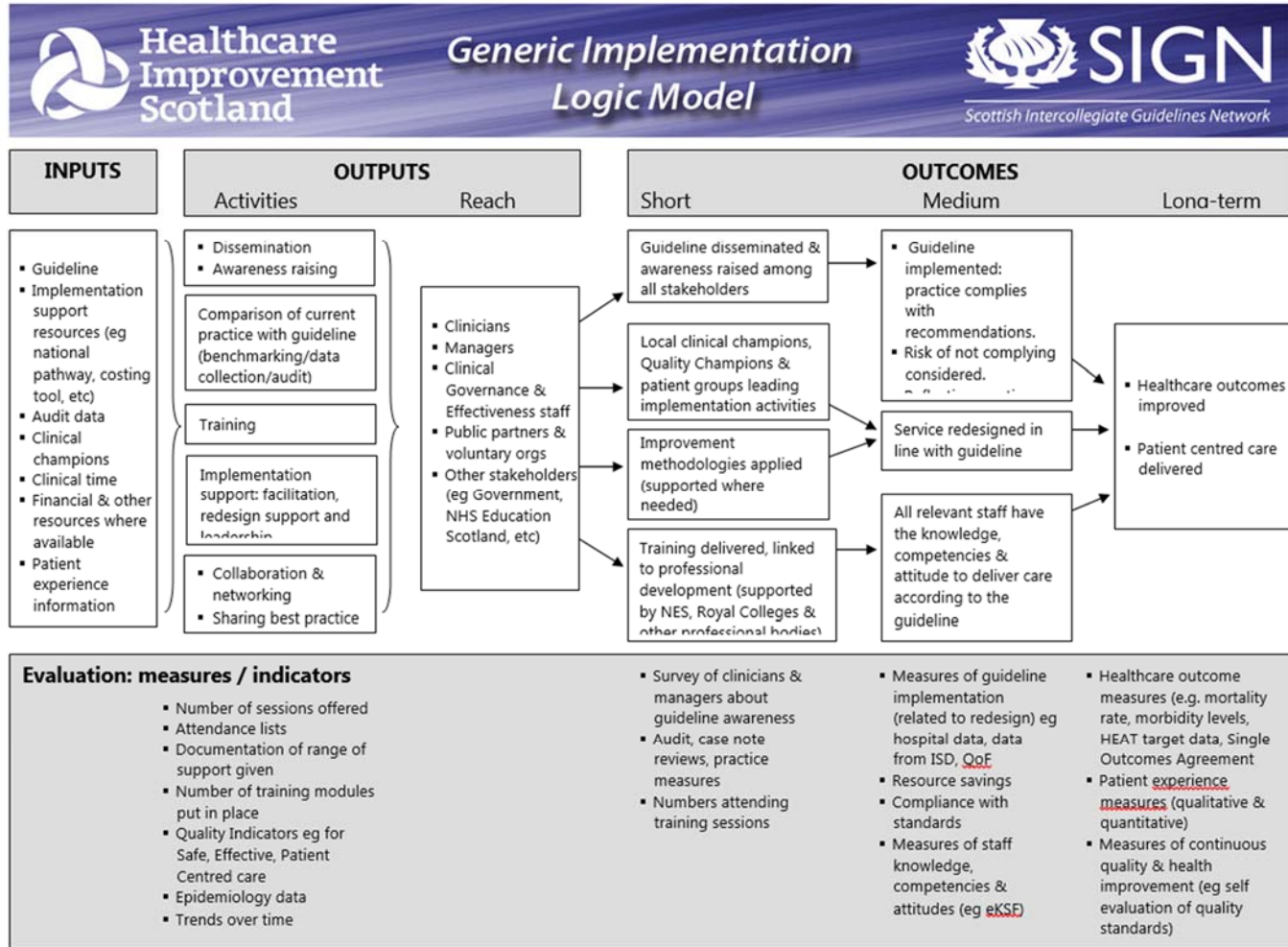
Figuur 5 illustreert het logische model dat SIGN ontwikkelde. We kunnen zien dat deze organisatie:

- een **reeks performantie-indicatoren** ontwikkelde (activiteitsindicatoren, en resultaatsindicatoren op korte, middellange en lange^c termijn);
- een **multi-stakeholder-werkwijze** hanteert voor de implementatie, met verschillende doelgroepen: clinici, bestuurders, beroepsorganisaties, overheid;
- een **multifacettaire werkwijze** toepaste voor de implementatie, met sleutelementen als disseminatie, sensibilisering, vorming, ondersteuning bij implementatie, lokale opinieleiders (“*champions*”), actieve metingen van de resultaten op vlak van gezondheid, inachtnaam van patiëntenervaringen en voortdurende kwaliteitsverbetering.

^c De “langetermijnresultaten” van het SIGN model komen overeen met de “impact” van het referentiemodel



Figuur 5 – het logische model voor de implementatie van SIGN-richtlijnen¹²





5.2.2. *Het voorbeeld van NICE voor het gebruik van performantie-indicatoren voor richtlijnen*

NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) meet het gebruik van zijn richtlijnen en andere EBP-producten met enquêtes en rapporten op nationaal niveau, wetenschappelijke artikelen en lokale audits. Ze meten, controleren en publiceren voortdurend de resultaten van de implementatie van 196 richtlijnen voor welke het vaakst multiple indicatoren werden verzameld. Zo werden voor de richtlijn over diabetes bij volwassenen 45 indicatoren vastgelegd (zie de lijst in de bijlage van het wetenschappelijke rapport).

- Elke indicator wordt ondersteund door betrouwbaar bewijs, en werd onderworpen aan een streng selectieproces in samenwerking met een **comité van onafhankelijke experts** (huisartsen en specialisten, experts in publieke gezondheid en sociaal werkers, vertegenwoordigers van het NHS en burgers) Voordat ze in de praktijk worden gebracht, maken ze het voorwerp uit van een openbare bevraging en een testfase.
- Elke indicator moet SMART (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdsgebonden) zijn en/of moet gemakkelijk kunnen worden teruggevonden in de (nationale) databanken.
- Elke indicator wordt gemeten en opgevolgd in de tijd.

5.3. Een pragmatisch gebruik van het logische model bij het performance management van EBP in België

Indien de middelen voor de implementatie van EBP in de eerstelijnszorg beperkt zijn, gebeurt de ontwikkeling en de disseminatie/implementatie van richtlijnen best op een pragmatische manier (zie het wetenschappelijk rapport - deel 5) en worden er in een eerste fase beter vrij bescheiden doelstellingen vastgelegd. Het is immers niet mogelijk om een impact te hebben op alle domeinen van de gezondheidszorg zonder aanzienlijke budgetten vrij te maken.

Op korte termijn moeten bv. **twee parallelle benaderingen** mogelijk zijn:

1. Een brede en zeer zichtbare toegang geven tot **alle richtlijnen en EBP-producten voor alle zorgverleners** via EBMPpracticeNet (of zelfs nog breder, via andere communicatiekanalen). Het resultaat van deze aanpak kan op de korte termijn vrij gemakkelijk worden gemeten (aantal downloads enz.). In de praktijk wordt er reeds gewerkt aan deze ruime toegang, dankzij de subsidies die via het KB van 28 oktober 2016 aan EBMPpracticeNet werden toegekend, om het systematisch gebruik van EBP in de praktijk van de zorgverleners^d aan te moedigen.
2. In samenspraak met de stakeholders, **twee of drie thema's selecteren** waarvoor er geen discussie meer bestaat over het feit dat EBP zou moeten toegepast worden, en die zeer waarschijnlijk onmiddellijke voordelen zullen opleveren voor patiënten en budget (bv. beperking van het gebruik van antibiotica, aanpak van diabetes type 2). Voor deze belangrijke thema's kan een **implementatiestrategie** worden uitgewerkt (bv. een intensieve sociale marketingcampagne). **Prestatie-indicatoren**, eveneens ontwikkeld in samenwerking met de

^d KB van 28 oktober 2016 houdende toekenning van een toelage aan EBMPpracticeNet 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.



stakeholders, kunnen dan gemeten worden op korte en middellange termijn (en eventueel op lange termijn).

De eerste successen m.b.t. deze thema's zullen het programma rechtvaardigen en zullen aantonen dat positieve resultaten mogelijk zijn. Daarna kan de lat hoger worden gelegd, met moeilijker haalbare doelstellingen waarvoor bijkomende middelen zullen moeten vrijgemaakt en gegarandeerd worden. Eens de Belgische overheid door de eerste implementatiesuccessen meer vertrouwen heeft gekregen, zal zij deze bijkomende middelen ook kunnen vrijmaken.

Een **derde mogelijkheid**, waarschijnlijk in een later stadium:

3. Een strategie ontwikkelen voor één of twee 'nieuwe', meer complexe thema's, zonder te investeren in de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen, maar door buitenlandse richtlijnen aan te passen, waardoor er meer kan worden geïnvesteerd in implementatie en verandering. Deze geleidelijke budgetverschuiving van ontwikkeling naar implementatie is geschikt om een specifieke impact te bereiken in nauwkeurig omschreven domeinen.

6. OPERATIONALISERING VAN DE IMPLEMENTATIE – EN EVALUATIESTRATEGIEËN VOOR HET EBP- PROGRAMMA

Tijdens de opstart van het EBP-Programma zal het KCE de leiding hebben over de tactische en operationele aspecten. Het zal deze opdracht uitvoeren onder het strategisch bestuur van de Stuurgroep, met een tijdelijke *taskforce* bestaande uit de belangrijkste stakeholders. Vervolgens zal het KCE de leiding overdragen aan de NAO, zodra deze volledig operationeel is. Zoals hierboven vermeld, zal het EBP-Programma in eerste instantie alleen gericht zijn op de eerstelijnszorg. Na een evaluatie kan een uitbreiding naar de tweede lijn overwogen worden.

Dit hoofdstuk bevat een raamwerk voor de operationalisering van de EBP-implementatie- en evaluatiestrategieën. Wie effectief zal instaan voor het uitvoeren van deze EBP-implementatie- en evaluatiestrategieën is een politieke beslissing, waarvoor de Minister van Volksgezondheid bevoegd is; dit aspect wordt in het huidige rapport niet behandeld.

6.1. Uitwerken van disseminatie – en implementatieplannen

Voor elke EBP-richtlijn of elk product ontwikkeld binnen het EBP-Programma moeten een specifiek **disseminatieplan** en **implementatieplan** worden ontwikkeld.



6.2. Versterken van het disseminatieplatform

- De Minister van Volksgezondheid heeft reeds de rol van disseminatieplatform toegekend aan EBMPPracticeNet. Het zal fungeren als een **centraal disseminatiekanaal voor alle zorgberoepen**^e. Deze rol moet worden versterkt en er moet op toegezien worden dat alle noodzakelijke competenties (o.a. in de sociale wetenschappen, zoals social marketing en communicatietechnieken) er aanwezig zijn.
- Het disseminatieplatform moet een disseminatieplan uitwerken voor elke richtlijn of elk product ontwikkeld binnen het EBP-Programma.
- Het platform moet beschikken over **voldoende IT-competenties**, zodat **nieuwe, performante disseminatie- en implementatietools** kunnen worden ontwikkeld en aangeboden, zoals *evidence-linkers* (automatische link tussen een diagnose of een gezondheidsprobleem, geformuleerd in een gestandaardiseerde terminologie in het elektronisch dossier van de patiënt, en de bijbehorende richtlijn) of andere interactieve systemen met reminders of met een beslisshulp.
- Hiervoor moeten het eHealth-systeem en de elektronische patiëntendossiers uiteraard eerst volledig operationeel zijn.
- Er moeten systematisch **investeringen in IT** worden voorzien in het strategische plan van het EBP-Programma.
- Het disseminatieplatform moet erop toezien dat de formaten van de richtlijnen en andere EBP-producten beantwoorden aan de behoeften van de verschillende doelgroepen. Het platform moet ook het ontwerp van deze formaten coördineren, en de kennis hierover verspreiden.

6.3. Creëren van een implementatieplatform, en de wetenschappelijke verenigingen hierbij betrekken

- Zoals reeds aangegeven in de synthese van deel 1 van dit rapport (hoofdstuk 7.1.5), zou het uitbouwen van een **implementatieplatform** één van de prioritaire acties binnen het EBP-Programma moeten zijn. Dat platform zou **van bij de uitrol van het EBP-Programma** een beroep moeten doen op specifieke competenties, zoals social marketing en communicatie. Agentschappen die richtlijnen ontwikkelen zoals NICE¹³, IKNL¹⁴ ou NHG¹⁵ gebruiken deze specifieke vaardigheden al. Door met hen samen te werken zouden de Belgische actoren kunnen genieten van hun ervaring (KCE-rapport 284, Hoofdstuk 4.3)⁸
- Dit platform moet voor elke EBP-richtlijn, of voor elk product ontwikkeld binnen het EBP-Programma, een implementatieplan opstellen. Het platform moet er ook op toezien dat de voorgestelde implementatiestrategieën worden gevolgd.
- Om de relevantie en het bereik van de geselecteerde initiatieven te vergroten, is een samenwerking met het terrein essentieel. Dit kan gebeuren via hun wetenschappelijke verenigingen, die rechtstreeks in contact staan met het terrein. Deze cruciale actoren moeten daarom ook deel uitmaken van het implementatieplatform, en hun specifieke expertise koppelen aan die van de reeds vernoemde specialisten in social marketing- en communicatie. De wetenschappelijke verenigingen moeten ook worden betrokken bij het tactische en operationele beheer van het implementatieplatform.
- Om de EBP-implementatie snel te verbeteren, moet er zo snel mogelijk een pilootproject worden opgestart. Dit kan zelfs gebeuren voordat de ambities van het EBP-Programma, de interventiedomeinen en de eerste prestatie-indicatoren zijn gedefinieerd (zie verder).

^e In eerste instantie voor de eerste lijn



6.4. Integreren van de rol van de disseminatie- en implementatieplatformen

- Het ontwikkelen van disseminatie- en implementatieplannen is de centrale taak van de disseminatie- en implementatieplatformen. Beide platformen zullen intensief moeten samenwerken, want het succes van de EBP-implementatie zal afhangen van hun gezamenlijke activiteiten.
- Al **tijdens de ontwikkelingsfase** van de richtlijnen en EBP-producten moet er worden nagedacht over disseminatie- en implementatiestrategieën. Daarom zal ook het ontwikkelingsplatform nauw moeten samenwerken met de disseminatie- en implementatieplatformen. Rekening houdend met de huidige stand van kennis, zou het **GUIDE-M model**⁵ hiervoor het referentiemodel moeten worden, en zou het moeten worden geïntegreerd in de procedures voor de ontwikkeling van richtlijnen.
- De disseminatie- en implementatiestrategieën moeten gebaseerd zijn op een **evaluatie van de behoeften, de belemmeringen en faciliterende factoren**, en moeten rekening houden met de **theorieën over change management**. De huidige studie concentreert zich op implementatiestrategieën in de strikte zin, maar ook financiële maatregelen zullen nodig zijn (bv. Pay for Quality, een mechanisme dat de beloning voor zorgverlening rechtstreeks koppelt aan het behaalde resultaat, en dat wordt geëvalueerd op basis van structurele, proces- of resultaatindicatoren, (zie KCE Report 118¹⁶)) of maatregelen op het niveau van bestuur, die buiten het bereik van deze studie vallen.

6.5. Oprichten van expertnetwerken om de verandering te ondersteunen

- De implementatie moet zich afspelen bij de eerstelijnsgezondheidszorg, althans in de eerste fase van het EBP-Programma. Het oprichten van (eventueel multidisciplinaire) netwerken van eerstelijnszorgverleners zou een manier kunnen zijn om het veranderingsproces ondersteunen. Deze dynamische groepen van professionals, die zich actief bezighouden met specifieke thema's, moeten worden ondersteund door de NAO. Wat de artsen betreft kunnen LOK's (lokale kwaliteitsgroepen) en artsenkringen ook centrale partners worden bij de disseminatie en implementatie van richtlijnen. Dit geldt ook voor andere initiatieven rond permanente vorming (e-learning, vakbladen, ...). In dit stadium kunnen we hierover niet meer precies zijn, omdat het accreditatiesysteem op dit moment wordt hervormd; het zou moeten evolueren naar een systeem van 'permanente professionele ontwikkeling'.

6.6. Oprichten van een evaluatieplatform

- Van bij de opstart van het EBP-Programma moet een evaluatie- en feedbacksysteem voor elk interventiedomein worden opgezet.
- Het evaluatieplatform heeft als taak om - in overleg met de andere EBP-actoren - het ambitieniveau, de interventiedomeinen en het logisch model met de relevante prestatie-indicatoren te bepalen. Verder zal het gegevens verzamelen, beheren en analyseren en geeft het feedback aan de NAO, de Stuurgroep, de financierders en andere stakeholders. De verschillende platformen en cellen die instaan voor de verschillende fasen van de EBP-cyclus zijn hierbij betrokken:
 - de centrale prioritisatie-cel om de prioritaire interventiedomeinen te definiëren;
 - het implementatieplatform om de implementatiestrategieën te definiëren;
 - de centrale prioritisatie-cel en het evaluatieplatform om het evaluatiedashboard van de EBP-interventies te definiëren;



- het evaluatieplatform om resultaten te verzamelen en te evalueren, en om feedback te geven
- Het evaluatieplatform zal werken met geanonimiseerde en geaggregeerde gegevens op niveau van het EBP-Programma. In geen geval worden individuele zorgverleners geëvalueerd.
- Uiteraard moet wel de samenhang tussen dit EBP-Programma en andere initiatieven, zoals de hervorming van het accreditatiesysteem, de 'maatregelen voor doeltreffende zorg' van het Actieplan voor de controle van de gezondheidszorg 2016-2017, en de hervorming van de wet op de uitoefening van gezondheidszorgberoepen worden gewaarborgd.
- Elke instelling die op nationaal niveau gezondheidsgegevens verzamelt, kan deze ter beschikking stellen van het evaluatieplatform. De beleidsmakers zullen te gepasten tijde beslissen aan welke partner(s) de taken van dit evaluatieplatform zullen worden toegewezen.

6.7. Voor de toekomst...

Drie pistes moeten onderzocht worden om in de toekomst een effectieve implementatie te verzekeren van het Evidence-Based Practice programma in België.

- Ten eerste moet het hele **onderwijssysteem** zich bewust zijn van zijn centrale rol bij de sensibilisering van de toekomstige zorgverleners inzake EBP. Zij moeten allen een correcte opleiding krijgen over dit onderwerp, en later volwaardige partners worden van het EBP-Programma.
- Ten tweede is het belangrijk dat ook **aan de patiënten een plaats wordt toegekend** in het EBP programma. Dat houdt niet enkel in dat er EBP producten ontwikkeld worden die voldoen aan hun noden, en dat zij deel kunnen nemen aan het Adviescomité (zie eerste synthese van dit rapport). Zij moeten ook vlot toegang hebben tot de beschikbare informatie. Een applicatie gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier zou moeten toelaten om hen een directe toegang te geven tot informatie ontwikkeld in het EBP programma. Deze EBP producten moeten op een begrijpelijke manier gepresenteerd worden en aangepast zijn voor het grote publiek. Het internationale initiatief "Choosing wisely" kan hiervoor tot inspiratie dienen^f. Dit initiatief heeft als doel om zorgverleners en hun patiënten te ondersteunen in het maken van een gezamenlijke beslissing.
- Ten derde, zelfs als op verzoek van de Minister het huidige rapport zich focust op eerstelijnszorg, dan nog is de toekomst van het EBP programma niet denkbaar zonder **effectieve integratie van de tweede- en derdelijnszorg**. Een correcte zorgverlening aan de patiënt houdt immers in dat alle betrokken zorgverleners samenwerken. Daarvoor is het absoluut noodzakelijk dat zij allen een gemeenschappelijke wetenschappelijke basis delen, vertaald in een gemeenschappelijke EBP cultuur.

^f <http://www.choosingwisely.org/>



■ REFERENTIES

1. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, et al. Dissemination and implementation of clinical practice guidelines in Belgium. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. Health Services Research (HSR). KCE reports 212.
2. Pronovost PJ, Rinke ML, Emery K, Dennison C, Blackledge C, Berenholtz SM. Interventions to reduce mortality among patients treated in intensive care units. *Journal of critical care*. 2004;19(3):158-64.
3. Brown BS, Flynn PM. The federal role in drug abuse technology transfer: A history and perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002;22(4):245-57.
4. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM. Implementation research: a synthesis of the literature. 2005.
5. Brouwers M, Bhattacharyya O, Team TG-MR. Guideline Implementability for Decision Excellence Model GUIDE-M [Web page]. 2014. Available from:
6. Breckson J, Dudson J. Using Evidence. What works? A discussion paper. 2016. Available from:
7. Langer L, Tripney J, Gough D. The Science of Using Science: Researching the Use of Research Evidence in Decision-Making. Technical Report. 2016. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London.
8. Benahmed N, Adriaenssens J, Christiaens W, Paulus D. Towards tailoring of KCE guidelines to users' needs. Method. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 284.
9. Hallsworth M, Snijders V, Burd H, Prestt J, Judah G, Huf S, et al. Applying Behavioral Insights: Simple Ways to Improve Health Outcomes. 2016. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health Available from: <http://38r8om2xjhh125mw24492dir.wpengine.netdna->



[cdn.com/wp-content/uploads/2016/11/WISH-2016 Behavioral Insights Report.pdf](https://cdn.com/wp-content/uploads/2016/11/WISH-2016_Behavioral_Insights_Report.pdf)

10. Wei C, Herrick A, Raymond H, Anglemyer A, Gerbase A, Noar S. Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;9.
11. Obyn C, Cordon A, Kohn L, Devos C, Léonard C. Exploratory steps for the formulation of Belgian health system targets. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. Health Services Research (HSR). KCE Reports 292.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Generic Implementation Logic Model [Web page].2011. Available from: <https://www.sign.ac.uk/implementation>
13. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Available from: <https://www.nice.org.uk/>
14. Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Available from: www.iknl.nl
15. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Available from: <https://www.nhg.org/>
16. Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, et al. Avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de programmes "P4Q" en Belgique. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2009. Health Services Research (HSR). KCE Reports 118.



COLOFON

Titel:	Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – Deel 2: implementatie en performance management – Synthese
Auteurs:	Marijke Eyssen (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Dominique Paulus (KCE)
Project coordinator:	Marijke Eyssen (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Frank Buntinx (KU Leuven), Paul Gemmel (UGent), Pascale Jonckheer (KCE)
Externe experts/stakeholders	Bert Aertgeerts (KU Leuven), Leen Bouckaert (Vlaams Ergotherapeutenverbond (Vergo) vzw), Sam Cordyn (CIPIQ-S), Alfons De Schutter (WVVK), Benjamin Fauquert (EBMPracticeNet), Siegfried Geens (CDLH), Didier Martens (Farmaka), Roy Remmen (Minerva), Thierry Van der Schueren (SSMG), Thérèse Van Durme (UCL), Patrick Van Krunkelsven (CEBAM), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet)
Stuurgroep:	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), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Mieke Walraevens (Kabinet Minister Sociale zaken en Volksgezondheid), Nabila Yahiou (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid)
Gemelde belangen:	<p>Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie ‘EBP Plan’. Daarom hebben zij per definitie mogelijk een zekere graad van belangenconflict.</p> <p>Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Bert Aertgeerts (President CEBAM, president CDLH), Sam Cordyn (CIPIQ-S), Alfons De Schutter (PQK vzw, werkgroep ELR), Benjamin Fauquert (EBMPracticeNet asbl, CDLH asbl), Roy Remmen (MINERVA), Thierry Van der Schueren (SSMG), Patrick Vankrunkelsven (CEBAM), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet asbl, KU Leuven)</p> <p>Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Benjamin Fauquert (CDLH), Roy Remmen (KCE rapporten over disseminatie (KCE 212)), Thierry Van der</p>



Schueren (honorarium voor het realiseren van wetenschappelijk werk in het kader van preventie (Région wallonne))

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Thérèse Van Durme (Project 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: Bert Aertgeerts (Bezieler van EBMPPracticeNet, geen financiële impact), Didier Martens (werknemer vzw Farmaka), Roy Remmen (MINERVA), Mieke Vermandere (EBMPPracticeNet asbl)

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Thierry Van der Schueren (congres betaald door SSMG)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Bert Aertgeerts (CEBAM, CDLH, Gezondheid en Wetenschap), Benjamin Fauquert (President EBMPPracticeNet), Siegfried Geens (Coordinator CDLH vzw), Didier Martens (werknemer vzw Farmaka), Roy Remmen (MINERVA), Thierry Van der Schueren (secretaris generaal SSMG), Mieke Vermandere (Coordinator EBMPPracticeNet)

Layout:

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experts/stakeholders 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:

6 februari 2018

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/2018/10.273/10
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?

Eyssen M, Benahmed N, Paulus D. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – Deel 2: implementatie en performance management – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 291As. D/2017/10.273/10.

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