

13 jul 2017 -07:59

Naar een meer wetenschappelijke en coherente gezondheidszorg

De praktijk van de gezondheidszorg wordt steeds meer 'evidence-based', wat betekent dat ze steeds meer is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Om de zorgverleners op de hoogte te houden van de meest recente wetenschappelijke evoluties, ontwikkelen en verspreiden diverse professionele organisaties in België praktijkrichtlijnen. De kwaliteit die ze leveren is goed, maar er is te weinig coherentie in hun organisatie (of financiering). Daarom wil minister van Volksgezondheid Maggie De Block het EBP-proces optimaliseren door middel van een federaal Plan, dat ze liet opstellen onder de coördinatie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Het huidige rapport vormt het eerste deel van het voorbereidende werk, en gaat over het kiezen van de meest geschikte beheersstructuur, zodat de activiteiten van alle betrokken actoren beter op elkaar kunnen worden afgestemd.

Een benadering die de zorgpraktijk veranderde

De afgelopen 20 jaar werd 'evidence-based medicine' (EBM) dé referentie voor alle artsen, en hun voorbeeld wordt nu ook steeds meer gevolgd door alle andere beroepen binnen de gezondheidszorg. Bij EBM zijn medische interventies (diagnoses, behandelingen, preventieve maatregelen,...) waar mogelijk gebaseerd op richtlijnen. Deze zijn op hun beurt gebaseerd op klinische studies (clinical trials), die aantonen welke optie effectief de beste is voor de patiënt. Het invoeren van deze filosofie veroorzaakte destijds een kleine revolutie, omdat het meer dan eens de expert-opinie van vermaarde professoren, maar ook het bestaan van verschillende 'scholen' op losse schroeven zette.

Vandaag gebruiken we meer de term EBP (Evidence-Based Practice), omdat nu ook andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, vroedvrouwen, logopedisten, enz., evidence based werken. Een zorgverlener die EBP uitoefent, combineert daarbij drie elementen: 1. de eigen klinische expertise, 2. wetenschappelijke bewijs ('evidence' in het Engels), typisch onder de vorm van richtlijnen, en 3. de voorkeur en waarden van elke individuele patiënt. Vandaag worden toekomstige zorgverleners inderdaad opgeleid om het delicate evenwicht tussen deze factoren te vinden.

Ook een tool voor het gezondheidsbeleid

Voor het gezondheidsbeleid is EBP essentieel om de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de zorg te verbeteren. De inzet van EBP op nationaal niveau is dan ook een belangrijke beleidsdoelstelling voor een land. In België zijn er veel organisaties die richtlijnen ontwikkelen en verspreiden op het terrein. Hun taken zijn echter niet altijd duidelijk omschreven of gecoördineerd, en dat zorgt voor nogal wat verwarring, waardoor de zorgverleners niet altijd vlot de richtlijnen terugvinden die zij zoeken. Ook de publieke financiering van deze EBP-activiteiten is uit uiteenlopende bronnen afkomstig. Om deze redenen wil minister van Volksgezondheid Maggie De Block een 'Federaal EBP-Plan' lanceren, dat alle bestaande initiatieven op een coherente manier samenbrengt. De minister gaf het KCE de opdracht om de basislijnen van dit Plan, dat in een eerste fase wordt beperkt tot de eerstelijnszorg, uit te tekenen en het te coördineren.

Wie in België is betrokken bij EBP?

Om dergelijk EBP-Plan op te stellen, moeten eerst de actoren, hun rol en hun complementariteit worden geïdentificeerd. De meesten zijn organisaties die richtlijnen ontwikkelen, zoals de huisartsenvereniging Domus Medica of het KCE. Andere actoren nemen meer specifieke taken op zich, zoals het CEBAM (Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine), dat (o.a.) alle richtlijnen die met publieke middelen worden gefinancierd, valideert, of het platform EBMPracticeNet, dat de richtlijnen verspreidt onder de zorgverleners.

Het accent op de implementatie in de praktijk

De verschillende EBP-competenties zijn dus al in groten getale beschikbaar. In haar voorbereidende nota focust de minister daarom vooral op strategieën om de implementatie van de richtlijnen te ondersteunen. Het is immers algemeen bekend dat in ons land lang niet elke zorgverlener hen in zijn dagelijkse praktijk toepast¹. Er is dus nog werk aan de winkel om competenties te ontwikkelen voor een betere implementatie, en andere landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, kunnen ons daarbij inspireren. De uitwerking van het EBP-plan is een budgetneutrale oefening waarbij er wordt gestreefd naar efficiënter inzetten van middelen die aan het EBP-proces worden toegewezen.

Eerste fase van het Plan: bepalen van de optimale beheersstructuur

Het KCE publiceert vandaag het eerste deel van het voorbereidende werk voor de lancering van het EBP-Plan, zijnde de keuze van de meest geschikte beheersstructuur. In samenwerking met de Antwerp Management School en Technopolis Group werd een structuur in twee fasen ontwikkeld. In een eerste fase zal, zoals gevraagd door de Minister, het KCE instaan voor de coördinatie. Vervolgens zal een NAO (Network Administratieve Organisatie), een afzonderlijke, onafhankelijke organisatie, deze taak overnemen. Deze NAO zal uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor het operationele beheer van het federale EBP-Plan.

Wordt nog vervolgd

In een volgende stap zal het KCE nagaan op welke manier de EBP-richtlijnen het beste worden geïmplementeerd in het dagelijkse werk van de zorgverleners en hoe het Plan kan worden opgevolgd. Dit tweede deel van de studie kan in het najaar worden verwacht.

1) Het KCE nam in het voorjaar van 2017 een grote enquête af bij 3.000 zorgverleners. Bedoeling was om een beter inzicht te krijgen in de redenen van dit relatieve gebrek aan belangstelling, en om te weten welke hulpmiddelen kunnen zorgen voor een betere adoptie van de richtlijnen (zie [KCE Rapport 284](#)).

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e
verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be