Protocol voor de

Wetenschappelijke ondersteuning en evaluatie van de pilootprojecten voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken in België

(Het Integreo programma)

door

FAITH.be

Federated consortium for Appraisal of Integrated care Teams in Health in Belgium

VUB

UNIVERSITEIT GENT

Universiteit Antwerpen

KU LEUVEN

UCL Université catholique de Louvain

Université de Liège

Inhoud

1. SAMENVATTING EN INLEIDING 6

1.1 MISSION OF FAITH.BE 6
1.2 GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR EEN BETERE GEZONDHEID - INTEGREO 6
1.3 INITIËLE ASSUMPTIE OM DE FAITH.BE-MISSIE TE KADEREN: GEÏNTEGREERDE ZORG IS GEEN INTERVENTIE 7
1.4 DE PIJLERS VAN DE OPDRACHT VAN FAITH.BE 8
1.5 SAMENVATTING VAN DE UITKOMSTEN-EN KOSTENEVALUATIE 8
1.6 SAMENVATTING VAN DE IMPLEMENTATIE-EVALUATIE 11
1.7. SAMENVATTING VAN DE ONDERSTEUNING VAN DE PROJECTEN 13
1.8 AANTEKENING 15

2. GANTT: OVERZICHT VAN DE ACTIVITEITEN 16

3. INLEIDING 17

3.1 GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR EEN BETERE GEZONDHEID - INTEGREO 17
3.2 FAITH.BE - FEDERATED CONSORTIUM FOR APPRAISAL OF INTEGRATED CARE TEAMS IN HEALTH IN BELGIUM 17
OPDRACHT VAN FAITH.BE 18

4. VOORWAARDEN WAARAAN "GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN" PILOOTPROJECTEN MOETEN VOLDOEN ZODAT FAITH.BE KAN VOORZIEN IN ZINVOLLE ONDERSTEUNING, KWALITEITSMANAGEMENT EN BRUIKBARE EVALUATIES. 19

4.1 BESTUUR 19
4.2 OPERATIONEEL BEHEER VAN DE VERANDERING 20
4.3 BESCHIKBAARHEID VAN BRUIKBARE GEGEVENS VOOR (ZELF) EVALUATIE 21
4.4 CULTUUR VAN LEREN UIT DE PRAKTIJK 21

5. DEEL I: EVALUATIE VAN RESULTATEN FAITH.BE 22

5.1 DOEL VAN DE UITKOMST EVALUATIE DOOR FAITH.BE 22
5.2 OPERATIONALISERING VAN DE BELANGRIJKSTE CONCEPTEN 22
5.3 ONDERZOEKSVRAGEN 23
5.4 DESIGN VAN DE FAITH.BE UITKOMST EVALUATIE 24
5.5 SELECTIECRITERIA VOOR INDICATOREN 25
5.6 SELECTIEPROCES VAN INDICATOREN 26
5.7 EVALUATIE VAN DE KOSTEN, EFFICIËNTIE EN BILLIJKHEID 28
5.7.2 EFFICIËNTIE-EVALUATIE 31
5.9 STRATIFICATIE PROCEDURE 38
5.10 DATAVERZAMELING EN DATAFLOW 41
5.11 DRIE STUDIE DESIGNS DIE GEBRUIKT ZULLEN WORDEN 45
5.12 UNIVERSITEITEN EN ONDERZOEKERS BETROKKEN BIJ DE UITKOMST EVALUATIE 58

6. DEEL II: IMPLEMENTATIE EVALUATIE 59

6.1 RATIONALE VOOR MIXED METHODS EN CO-CREATIE 59
6.2 FOCUS OP COMPONENTEN VAN GEÏNTEGREERDE ZORG 60
6.3 OBJECTIEVEN VAN DE FAITH.BE IMPLEMENTATIE-ANALYSE 60
6.4 ONDERZOEKSVRAGEN 61
6.5 DESIGN VAN DE FAITH.BE IMPLEMENTATIE ANALYSE 61

6.5.2 EEN MULTIPELE, INGEBEDDE CASESTUDIE BIJ 61

ANALYSE VAN ALLE GEÏNTEGREERDE ZORGPROGRAMMA'S 64

INDICATOREN VOOR PROCESEVALUATIE 66
6.8 UNIVERSITEITEN EN ONDERZOEKERS BETROKKEN BIJ DE IMPLEMENTATIE-ANALYSE 67

7. DEEL III: ONDERSTEUNING BIJ DE ONTWIKKELING VAN EEN KWALITEITSCULTUUR EN CHANGE MANAGEMENT 68

7.1 OBJECTIEVEN VAN DE ONDERSTEUNING GEBODEN DOORFAITH.BE 68
7.2. BASISPRINCIPES VAN DE ONDERSTEUNING 68
7.3 ONDERZOEKSVRAGEN 71

7.5 ETHISCHE OVERWEGINGEN 85

7.6 UNIVERSITEITEN EN ONDERZOEKERS BETROKKEN IN DIT ONDERDEEL 86

8. ONDERSTEUNING VAN DE IAC 87

BIBLIOGRAFIE 88

BIJLAGEN 92

BIJLAGE 1: SELECTION OF INDICATORS BY THE FAITH.BE CONSORTIUM BASED ON THE SCIENTIFIC AND GREY LITERATURE 93
BIJLAGE 2. TRIPLE AIM OUTCOME MEASURES (STRIEFEL & NOLAN, 2012; WHITTINGTON ET AL., 2015) 102
BIJLAGE 3. FRAMEWORK FOR MEASURING TRIPLE AIM DIMENSIONS (HENDRIKX ET AL., 2016) 103
BIJLAGE 4. VOORSTEL VOOR EEN ADDITIONELE GEZONDHEIDSECONOMISCHE BENADERING VAN DE VUB EN UGENT 104
BIJLAGE 6. PROJECTS OF INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS AS COMPLEX ADAPTIVE SYSTEMS 112
BIJLAGE 7: ARTICULATION OF THE 14 COMPONENTS OF INTEGRATED CARE, AS SEEN IN THE PLAN FOR INTEGRATED CARE, WITH THE NORMALISATION PROCESS THEORY. 114
BIJLAGE 8. NOMAD TOOL 115
BIJLAGE 9. HOW TO USE NOMAD? 116
BIJLAGE 10. INTERVIEW GUIDE 118
BIJLAGE 11. THEORETICAL FRAMEWORK GUIDING THE IMPLEMENTATION ANALYSIS 122

BIJLAGE 12. TEMPLATE FOR THE DATA COLLECTION OF THE CASE STUDIES **125**
BIJLAGE 13. COPY OF §9 OF THE CONVENTION **129**
BIJLAGE 14. EXAMPLES OF POSSIBLE PROCESS INDICATORS FOR PROCESS EVALUATION **136**
BIJLAGE 15. "RED FLAGS » DOCUMENT **139**

LIST OF TABLES **141**

LIJST MET AFBEELDINGEN **141**

Lijst met afkortingen

ADL	Activiteiten van het dagelijks leven
BelRAI	Belgische versie van het InterRAI-beoordelingsinstrumentarium
CoP	Community of Practice
FAITH.be	Federated Consortium for the Appraisal of Integrated Teams in Health in Belgium
GZP	Geïntegreeerd ZorgProgramma
IAC	InterAdministrative Cel
IADL	Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven
IMA	InterMutualistischAgentschap
KSZ	Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid
LMN	lokaal multidisciplinair netwerk
MZG	Minimale Ziekenhuis Gegevens
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PM	Population Management
PREMS	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RRN	RijksRegister Nummer
SEL	Samenwerkingsinitiatief in de EersteLijnsgezondheidszorg
Triple Aim 2+	Triple Aim + billijkheid+ provider work life

Tabel 1 Lijst met afkortingen

1. Samenvatting en inleiding

De pilootprojecten en het gehele Integreo plan zullen profiteren van wetenschappelijke follow-up en worden onderworpen aan een wetenschappelijke evaluatie. Een consortium van 6 Belgische universiteiten is geselecteerd om een wetenschappelijke evaluatie van het programma "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" in België (Integreo) uit te voeren en ondersteuning te bieden aan de pilootprojecten gedurende de looptijd van het programma. De universiteiten verenigd in de zogenaamde FAITH.be consortium - Federated consortium for Appraisal of Integrated care Teams in Health in Belgium - zijn UA, UGent, KULeuven, VUB, ULg en UCL (coördinator van het consortium).

1.1 Mission of FAITH.be

Het FAITH.be consortium is verantwoordelijk voor *"(a) de (wetenschappelijke) steun aan pilootprojecten en (b) evaluatie tijdens de uitvoeringsfase. Dit moet leiden tot het in kaart brengen van "best practices" en daarmee tot aanpassing van de projecten of veralgemening van de projecten".*
"Met het oog op de follow-up en ondersteuning van de projecten, dient het wetenschappelijke team: (a) indicatoren te identificeren (kosten, resultaat, proces) en manieren om gegevens te meten voor de jaarverslagen, om zo acties te identificeren voor de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur; (B) een controle raamwerk voor te stellen, inclusief instrumenten om de evolutie van de voorgestelde interventie te meten + triggers of alarmen om projecten op de hoogte te stellen van noodzakelijke aanpassingen; en (c) het administratieve team te ondersteunen in de evaluatie van project kandidaturen".

1.2 Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid - Integreo

Het plan "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" (Integreo) werd op 19 oktober 2015 goedgekeurd door de ministers van Volksgezondheid van de deelstaten en de federale overheid. De uitvoering van dit plan zal zich onder meer concretiseren in pilootprojecten voor geïntegreerde zorg. Als onderdeel hiervan zijn 20 kandidaat pilootprojecten geselecteerd om hun project verder uit te werken.

De proefprojecten worden verondersteld om geïntegreerde zorg ontwikkelen in een locoregionaal gebied van ongeveer 100 tot 150 000 inwoners. Integreo maakt gebruik van de WHO-definitie van geïntegreerde zorg, zijnde: "*Geïntegreerde gezondheidszorg is gezondheidszorg die wordt beheerd en geleverd op een manier die waarborgt dat mensen een continuüm van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziekte management, revalidatie en palliatieve zorg ontvangen, op de verschillende niveaus en locaties van zorg binnen het gezondheidssysteem, en op basis van hun behoeften gedurende hun levensloop."* (2015 - WHO wereldwijde strategie op mensgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg).

De oproep voor pilootprojecten, onderdeel van het Belgische plan voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, vraagt toekomstige projecten 14 componenten te includeren, gestructureerd op 3 niveaus:

- Op het niveau van de patiënt:
    1. Empowerment van de patiënt
    2. Ondersteuning van mantelzorgers
    3. Casemanagement
    4. Werkbehoud, socioprofessionele en socio-educatieve re-integratie

- Op het niveau van professionals
    5. Preventie: preventie betreft verschillende interventiedomeinen
    6. Overleg en coördinatie
    7. Intra- en transmurale zorgcontinuïteit
    8. Valorisatie van de ervaring van patiëntenorganisaties
    9. Geïntegreerd patiëntendossier
    10. Multidisciplinaire guidelines
- Op locoregionaal niveau: loco-regional level
    11. Ontwikkeling van een kwaliteitscultuur
    12. Aanpassing van de financieringssystemen
    13. Stratificatie van de risico's binnen de bevolking en cartografie van de omgeving
    14. Change management

1.3 Initiële assumptie om de FAITH.be-missie te kaderen: Geïntegreerde zorg is geen interventie

Om deze missie kaderen, bouwt het FAITH.be consortium voort op het breed aanvaarde perspectief dat "geïntegreerde zorg" geen interventie is. [1 2].
Tegenwoordig wordt het dan ook voorgesteld als een kenmerk van een gezondheids- (en sociaal) zorgsysteem (zie WHO-definitie hierboven) dat kan worden bereikt door middel van "*een complexe strategie om te innoveren en duurzame verandering te implementeren in de wijze waarop diensten in de gezondheidszorg en welzijnssectoren worden geleverd, door multiple veranderingen op verschillende niveaus door te voeren.*" [1] Het wordt ook omschreven als een "*breed, veelzijdige werkprogramma. Het gaat om aanzienlijke investeringen in voorwaardenscheppend beleid en infrastructuren, in evenwicht met de investeringen in de ontwikkeling van benaderingen door de demonstratieve en innovatieve sites. Alle onderdelen van de strategie moeten worden beoordeeld en opgevolgd, waarbij informatie uiteindelijk holistisch beschouwd wordt, als onderdeel van de van de opvolgingsstrategie. Zo zijn, bijvoorbeeld, technologische oplossingen en tools cruciaal voor de strategie. De mechanismen die hun effectiviteit moeten in kaart brengen, om deze te verfijnen, moeten worden ontwikkeld tot een continu proces.*" [4]

Omdat we erkennen dat het hanteren van een lange termijnperspectief noodzakelijk is om geïntegreerde zorg te bereiken, de ontwikkelde strategie om geïntegreerde zorg te bereiken adaptief van aard is, en we verwachten dat veranderingen op meerdere niveaus zullen optreden, maken we duidelijke keuzes in het protocol ontwerp:

- De "Uitkomsten"-evaluatie hanteert een locoregionaal en macrosysteemperspectief. Het heeft niet als doel om interventies te evalueren, maar wel veranderingen als gevolg van een adaptieve strategie. Wat betreft het monitoren van "Integreo", moet de mogelijke veranderingen op de Triple Aim + billijkheid en het werk van de zorgverlener (in wat volgt wordt hiernaar verwezen als de Triple Aim 2+), in kaart gebracht worden.
- Het is bijzonder belangrijk om de veranderingsprocessen van een locoregionaal systeem te begrijpen (o.b.v. implementatie-evaluatie)
- De data die gebruikt worden voor de uitkomstenevaluatie moeten zo veel als mogelijk geëxtraheerd worden uit het 'routine' systeem dat progressief ontwikkeld wordt.

De consequenties van de bovenstaande keuze (relevant voor de Belgische gezondheidszorg- en welzijnssystemen) brengen met zich mee dat er verscheidene issues spelen op federaal niveau, deelstatenniveau en op niveau van de projecten, en die dus buiten de controle van FAITH liggen. Dit kan de beschikbaarheid van de data beïnvloeden (bv. eHealth plan), maar ook de mogelijkheden om de GZP's te ondersteunen bij de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur en veranderingsmanagement. Omwille van deze redenen zal dit protocol wellicht aangepast dienen te worden terwijl FAITH aan het werk is. Dit betekent dat, wanneer de nodige veranderingen in het voorgestelde protocol nodig zijn, dit besproken zal worden met de IAC en het wetenschappelijke begeleidingscomité.[1]

1.4 De pijlers van de opdracht van FAITH.be

Om deze missie te volbrengen heeft FAITH.be vier gerelateerde pijlers van werk opgesteld:

1) Een **uitkomst evaluatie** (gebaseerd op de Triple Aim + gelijkheid en job tevredenheid) om de algehele effectiviteit van geïntegreerde zorgprogramma's vanuit verschillende perspectieven (de patiënten, de aanbieders, de overheid, etc.) te evalueren;
2) Een **implementatie evaluatie** om te begrijpen waarom en hoe locoregionale projecten evolueren door de tijd heen;
3) Een **ondersteuningsmechanisme voor de ICP** om hen te helpen bij hun zelfevaluatieproces zodanig dat kwaliteitscultuur en effectief veranderingsmanagement worden versterkt;
4) Een ondersteuningsmechanisme voor het interadministratieve team (IAC).

1.5 Samenvatting van de uitkomsten-en kostenevaluatie

De uitkomstenevaluatie zal veranderingen in de gezondheid van de populatie, patiënten ervaringen, kosten, indicaties van efficiëntie en billijkheid (door de 'value for money' van zorgpaden bij specifieke populatiegroepen te monitoren) en het welzijn van de zorgverleners vergelijken tussen de locoregionale systemen waar de projecten plaatsvinden.

Indicatoren zijn geselecteerd, maar een verdere exploratie wanneer de projecten geselecteerd zijn, is nodig.

De procedures voor de kostenevaluatie en om de waarde van specifiek gebruik van (gezondheidszorg-) diensten als proxy van efficiëntie en billijkheid worden voorgesteld.

De initiële dataflow wordt voorgesteld, met inbegrip van specifieke aanvragen voor de IMA-databank.

Dit onderdeel van de wetenschappelijke opvolging zal drie verschillende studiedesigns hanteren met data die beschikbaar is op de verschillende momenten tijdens de evaluatie.

---

[1]

1. Nolte, E. & Pitchforth, E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? at <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf>
2. BAUTISTA, M. A. C., NURJONO, M., LIM, Y. W., DESSERS, E. & VRIJHOEF, H. J. Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. Milbank Q. 94, 862–917 (2016).
3. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. at <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf>
4. Integrated Care Strategy Monitoring and Evaluation Framework. (2015). at <http://www.health.nsw.gov.au/wohp/Documents/ic-monitoring-framework.pdf>

I. **Studie A** gebruikt routinedata (IMA en KSZ) om de situatie voor en na de implementatie van de projecten te evalueren. Deze studie zal gebeuren op basis van paneldata of **cross-sectionele tijdsseries.**

De populatie die bestudeerd wordt betreft de totale locoregionale bevolking, de "administratieve' populatie, de "doelgroep- "of operationele populatie zoals gedefinieerd door de projecten.

De data zullen gevraagd worden aan IMA en KSZ. Beide databanken zullen gelinkt worden met behulp van healthdata.be en de privacy commissie en de autorisatie van het Ethisch Comité zal aangevraagd worden.

De stratificatie van de populatie zal gebeuren op basis van de beschikbare variabelen in de routinedatabanken, om zo specifieke subgroepen van de populatie te kunnen monitoren.

De vergelijkingen gebeuren doorheen de tijd, tussen projecten en met gelijkaardige groepen (matched units) uit de permanente sample. Het zal mogelijk zijn om **data van voor (voor de aanvang of T0)** en tijdens de implementatie van het project in het locoregionale systeem.

Uitkomstenvariabelen die gemeten zullen worden zijn:

- Gezondheid van de bevolking (vermijdbare sterfte, arbeidsongeschiktheid)
- Kosten (voor het RIZIV in een eerste fase, andere kosten wanneer andere databanken beschikbaar worden)

II. **Studie B** op basis van routine data en specifieke data (afhankelijkheid op basis van BelRAI screener en eventueel patiënt gerelateerde uitkomsten) die verzameld worden **wanneer mensen geïncludeerd worden in de projecten, en jaarlijks** verzameld worden. Deze studie zal specifieke veranderingen voor mensen die genieten van het project evalueren. Deze studie betreft een **open cohortestudie** (patiënten die geïncludeerd worden in het project en een informed consent tekenden). Dit zal progressief opgebouwd worden, afhankelijk van de inclusie van de begunstigden door de projecten. De inclusie in de cohorte gebeurt wanneer de begunstigden in contact komen met een zorgverlener van het project. MyCareNet zal wellicht gebruikt worden om aan te duiden welke begunstigde deel uitmaakt van de cohorte.

Het startpunt zal de waarde van de begunstigde op de variabelen zijn wanneer hij/zij geïncludeerd wordt in het project.

De onderzochte **populatie** zal de "operationele" populatie zijn, de populatie die gebruik maakt van het project.

De **stratificatie** van de populatie zal gebeuren op basis van de beschikbare variabelen in de routinedatabanken en de BelRAI screener voor afhankelijkheidsindicatoren, om zo specifieke subgroepen van de populatie te kunnen monitoren. Aan deze BelRAI screener zouden wij twee vragen willen toevoegen: (a) over het sociale netwerk van de cliënt[2] en (b) het afzien van zorg of geneesmiddelen omwille van financiële redenen[3].
Vergelijkingen gebeuren doorheen de tijd, tussen projecten

[2] de omvang en de frequentie van de beperkingen t.o.v. de sociale activiteiten, als gevolg van een gezondheidsprobleem (dit item komt uit de BelRAI-HC)
[3] een vraag over het moeten afzien van zorg of hulp gedurende de laatste 12 maanden n.a.v. financiële redenen (vraag uit de gezondheidsenquête).

De uitkomstvariabelen die gemeten zullen worden zijn:

- **Gezondheid van de populatie** (vermijdbare sterfte, arbeidsongeschiktheid, afhankelijkheidsniveau)
- **Kosten** (voor het RIZIV in een eerste fase, andere kosten wanneer andere databanken beschikbaar worden)
- **Efficiëntie en billijkheid** worden gemeten door de '**value for money'** van zorgpaden bij specifieke populatiegroepen te monitoren. Deze meting zal met de projecten die geselecteerd worden in juni 2017 plaatsvinden (vergelijking van kosten van zorgpaden bepaald op basis van evidentie of consensus, met de kosten van de geobserveerde zorgpaden).

III. Studie C – Subsample van patiënten. We stellen voor om specifieke gegevens te verzamelen bij patiënten (PROMS & PREMS), bovenop de beschikbare routinedata. Hiervoor zullen twee meetinstrumenten worden gebruikt. De PROMs zullen gemeten worden aan de hand van de EQ-5D-5L™. De EQ-5D-5L telt twee pagina's. Het bestaat enerzijds uit een descriptief systeem op basis van vijf vragen, en anderzijds uit de EQ visuele Analoog Schaal (EQ VAS). De PREMs zullen gemeten worden aan de hand van de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC-instrument). Dit instrument bestaat uit 20 vragen en 5 antwoordcategorieën. Het PACIC-instrument is uitermate geschikt om na te gaan of de geïntegreerde zorgprojecten de patiënt centraal stellen, aangezien dit meetinstrument patiënt empowerment meet (bijvoorbeeld door self management, patiënten educatie, gezamenlijke besluitvorming en continuïteit van de zorg in kaart te brengen). Naast het verzamelen van gegevens op basis van meetinstrumenten, stellen we ook voor om focusgroepen te organiseren bij alle projecten, om de ervaringen van patiënten en hun mantelzorgers in kaart te brengen. Deze focusgroepen laten toe om na te gaan welke componenten van het zorgproces door patiënten en hun mantelzorgers als belangrijk worden ervaren voor hun gezondheid en welzijn, en welke componenten niet. De pilootprojecten zullen aangemoedigd worden om deze methoden op regelmatige wijze en op lange termijn toe te passen, en de resultaten mee te nemen in hun auto-evaluatie.

Deze studie bestaat uit een **open cohorte** (patiënten die geïncludeerd zijn in het project en een informed consent tekenden) van minstens **100 patiënten per project die hun akkoord gaven om gecontacteerd to worden voor de cohortstudie B**. Deze zal progressief worden opgebouwd, afhankelijk van de inclusie van gebruikers in het project. Metingen zullen **jaarlijks** plaatsvinden.

De onderzochte populatie betreft de geïncludeerde populatie, met name de populatie die gebruik maakt van het project. Een random steekproef zal getrokken worden uit de open cohorte van studie B.

FiAITH.be zal **specifieke instrumenten** voor de dataverzameling gebruiken en de dataverzameling zal afgestemd worden met de aanbevelingen van de lopende KCE-studie.

De stratificatie van de populatie zou moeilijk kunnen zijn om dit per project te doen, maar zal mogelijk zijn wanneer de data van de verschillende projecten gecombineerd worden. De stratificatie zal gebeuren op basis van gegevens uit routinedatabanken (IMA en KSZ) en met de BelRAI screener voor afhankelijkheidsscores, om zo specifieke subgroepen van de populatie te kunnen onderzoeken.

Vergelijkingen gebeuren doorheen de tijd, tussen projecten

De uitkomstvariabelen die gemeten zullen worden zijn:

- Gezondheid van de populatie (vermijdbare sterfte, arbeidsongeschiktheid, afhankelijkheidsniveau)
- Kosten (voor het RIZIV in een eerste fase, andere kosten wanneer andere databanken beschikbaar worden)

- ‘Value for money’ van zorgpaden bij specifieke populatiegroepen. Deze meting zal met de projecten die geselecteerd worden in juni 2017 plaatsvinden (vergelijking van kosten van zorgpaden bepaald op basis van evidentie of consensus, met de kosten van de geobserveerde zorgpaden)
- **PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) en PREMs (Patient Reported Experiences Measures)**

IV. Studie C – Sample van zorgverleners, bevraagd door het FAITH.be-consortium

Dit betreft een open-cohortestudie; de inclusieprocedure wordt beschreven in het protocol zelf.
De **populatie** die onderzocht wordt betreft “alle zorgverleners die aangeduid worden als ‘diegenen die betrokken zijn met het geïntegreerde zorgproject’ en die (elektronisch) het informed consent getekend hebben.”
Specifieke instrumenten voor de dataverzameling zullen gebruikt worden door FAITH.be. Elke persoon die het geautomatiseerde informed consent formuleer tekent zal geïncludeerd worden in een beveiligd (encryptie) virtueel ‘sociaal netwerk’ (=online platform) dat beschikbaar is via een applicatie of op computer. Vragenlijsten zullen geregeld ‘opspringen’ door de app, bij alle personen die geïncludeerd zijn in het netwerk, dus de gehele sample van geïncludeerde professionals die te maken hebben met het project. Dus, er worden geen vragenlijsten per e-mail, noch papieren vragenlijsten per post opgestuurd.
Stratificatie van de populatie kan gebeuren voor specifieke subgroepen, zoals eerste –lijns-zorgverleners, tweedelijns-zorgverleners, verschillende profielen van zorgverleners, medische specialisten die vaak betrokken zijn bij geïntegreerde zorg (bv. geriaters, cardiologen,), partners uit de residentiële zorg en thuiszorg…. (Voor details: zie het volledige protocol)
Vergelijkingen zullen plaatsvinden doorheen de tijd, tussen projecten
Uitkomstvariabelen zullen zijn:

- Jobtevredenheid
- Houding ten opzichte van multidisciplinaire zorg (en burn-out)

1.6 Samenvatting van de implementatie-evaluatie

De implementatie zal grondig nagaan:

- Hoe projecten evolueren op vlak van de 14 componenten en hoe dit samenhangt met veranderingen in de uitkomsten
- Wie de stakeholders (met inbegrip van patiënten) zijn en hoe veranderingen in hun (werk-)gewoonten de progressie op vlak van de 14 componenten beïnvloeden

Dit zal gebeuren op basis van twee verschillende studiepakketten:

1.6.1 Een multipele, ingebedde casestudie bij 3-5 locoregionale programma’s

Een multipele, ingebedde casestudie laat ons toe om theorieën te identificeren die verklaren wat een programma in zijn specifieke context succesvol maakt, en waarom (Yin, 2009; Gerring, 2007).
Selectie van de cases: Wij stellen voor om te beginnen met drie programma's (één per regio). Indien er tijdens het evaluatieproces, een of twee programma's interessant lijken om additioneel op te nemen in deze multiple embedded casestudie, zal dit ook gebeuren, indien de werklast dit toelaat. Een zorgvuldige evaluatie van de werklast die de inclusie van deze

extra cases met zich meebrengt zal worden besproken met het wetenschappelijke begeleidingscomité.

Dataverzameling voor de multipele, ingebedde casestudie zal gebeuren in drie fasen:

- T0: de dataverzameling zal plaatsvinden binnen de drie maanden na de start van het programma – gedefinieerd als de inclusiedatum van de eerste patiënten (Juni- September 2017). Deze zal bestaan uit een documentanalyse en focusgroepen met de hoofdcoördinator(en) en belangrijkste stakeholders;
- T1: Datacollectie een jaar na aanvang – gedefinieerd als de datum van de inclusie van de eerste patiënten (Juni 2018): de dataverzameling verloopt zoals op T0, maar zal meer focussen geobserveerde en gepercipieerde veranderingen. Daarnaast zullen ook semigestructureerd interviews met patiënten plaatsvinden. De methoden en selectiecriteria worden beschreven in het protocol.
- T2: Datacollectie twee jaar na aanvang (Juni – September 2019): deze dataverzameling verloopt zoals op T1.

Daarenboven zullen kritische incidenten gerapporteerd worden bij alle casestudies en ook de andere pilootprojecten (zie verder).

Data-analyse voor de multipele, ingebedde casestudie zal gebeuren door:

1. Thematische inhoudsanalyse en de logica van de interventie zoals beschreven door de uitdenkers van elk project achterhalen.
2. De continue vergelijking van projecten om zo de logica van de interventies te identificeren en te testen in hun eigen context (Rycroft-Malone et al., 2012).
3. Dit zal leiden tot een verdere verfijning van de Normalisation Process Theory, waarbij configuraties van context-mechanisme-uitkomsten die het succes of mislukken van de interventies kunnen verklaren geïdentificeerd worden.

1.6.2. Opvolging van alle projecten

Alle geïntegreerde zorgprojecten worden opgevolgd met een **dataverzameling** op basis van **1. Vragenlijsten.** Deze focussen op:

- De organisatie van het bestuur (governance) binnen het programma, met een bijzondere aandacht voor de structurele hinderpalen waarmee de projecten geconfronteerd worden, bijv. onderhandelingen/verdeling van de middelen voor het multidisciplinaire werk;
- Gebruik van het “red flags” document om de evolutie van het project op te volgen (Bijlage 15), met een procesevaluatie van de implementatie van de componenten van geïntegreerde zorg
- Aanpassingen in het programma op basis van de feedback door de **dashboards.**

2. Tussentijdse rapportering van kritieke incidenten.

FAITH.be zal bij alle projecten "kritieke incidenten" documenteren. Een kritiek incident wordt gedefinieerd als elke gebeurtenis of omstandigheid die grote moeilijkheden veroorzaakt, kon veroorzaakt hebben of tot een sprong voorwaarts heeft geleid voor de implementatie van de vooropgestelde activiteiten van de pilootprojecten en het bereiken van de verwachte resultaten (voor meer informatie, zie deel III Ondersteuning door FAITH.be). Het vraagt een actieve deelname van het managementteam en de zorgverstrekkers om deze incidenten te identificeren en analyseren.

Data-analyse: De verzamelde gegevens bij deze programma’s (vragenlijsten, jaarrapporten, documentatie van kritische incidenten) worden door de onderzoekers verwerkt en samengevat in een overzichtssjabloon. De bevindingen uit deze programma’s zullen worden gebruikt om de

resultaten van de casestudies verder te verfijnen. Meer details worden beschreven in het volledige protocol.

III. Interviews met die projecten die zouden beslissen om hun programma stop te zetten, met als doel de redenen voor stopzetting te achterhalen.

1.7. Samenvatting van de ondersteuning van de projecten

Omdat de uitbouw van geïntegreerde zorg op de lange termijn bekeken moet worden, moeten projecten ondersteuning krijgen om de beste mogelijke resultaten te boeken tijdens de evaluatie, maar ook om hun project te monitoren op basis van specifieke data, zodat het ontwikkelen van een kwaliteitscultuur en changemanagement vanzelfsprekend worden.

De FAITH.be-ondersteuning berust op drie basisprincipes:

- Methodologische steun: het werk van FAITH.be moet in essentie beschouwd worden als de methodologische ondersteuning van de pilootprojecten bij de ontwikkeling van hun auto-evaluatieproces. Het FAITH.be-team zal niet zozeer instaan voor de uitvoering van de auto-evaluatie, maar zal de projecten helpen om de best mogelijke resultaten te bekomen, gegeven de lokale context.
- Ervaringen delen: we streven ernaar dat de projectteams leren van elkaars ervaringen. Het delen van ervaringen zorgt ervoor dat goede praktijken verspreid worden.
- Duurzaamheid: we streven ernaar dat de projecten het auto-evaluatieproces autonoom kunnen uitvoeren tegen het einde van de drie jaar.

Elk project krijgt toegewijde adviseurs vanuit het consortium toegewezen, om de communicatie tussen de pilootprojecten en het FAITH-team te faciliteren.

Verschillende instrumenten zullen ontwikkeld worden door FAITH.be, in samenwerking met de projecten.

1. **Het dashboard** synthetiseert de informatie met betrekking tot de evaluatie van het locoregionale systeem. Het bevat een indicatorenset die stelselmatig zal worden uitgebreid, en die de volgende zaken meten:
    a. De verhouding van het aantal uitgevoerde activiteiten en het aantal geplande activiteiten – direct uit te voeren door de projecten
    b. Bereik (coverage) van de populatie (met hun kenmerken) – direct uit te voeren
    c. Bereik (coverage) van de betrokken zorgverleners (met hun kenmerken) – direct uit te voeren
    d. Vorderingen van de projecten met betrekking tot de 14 componenten – de uitvoering hiervan is afhankelijk van de specifieke indicatoren die de projecten identificeren.
    e. Gezondheid van de populatie
    f. PROMs/PREMs
    g. Kosten per groep
    h. Jobtevredenheid
    i. “Value for money” zorgpaden (als indicatie van efficiëntie en billijkheid) – uitvoering afhankelijk van de specifieke indicatoren die de projecten identificeerden

FAITH.be zal, in co-creatie met de projecten, voor elk project een specifiek dashboard ontwikkelen. Dit zal stap voor stap gebeuren, waarbij gestart wordt met de indicatoren die beschikbaar zijn bij aanvang van het project. Het dashboard wordt uitgebreid telkens wanneer nieuwe indicatoren gegenereerd worden door FAITH.be en de projecten. FAITH.be zal continu trachten om de externe indicatoren te verbeteren en uit te breiden, om deze vervolgens te integreren in het dashboard. FAITH.be zal ook continu de projecten blijven ondersteunen om hun project-specifieke indicatoren te ontwikkelen en uit te breiden. Projecten zullen gecoacht worden met betrekking tot de verdere ontwikkeling van hun dashboard, door hun contactpersoon binnen het wetenschappelijk consortium en tijdens meetings.

2. **Het sjabloon om kritische incidenten te rapporteren** zal het managementteam van het locoregionaal project helpen om te leren uit hun successen en mislukkingen. Het zal bestaan uit vier onderdelen:
   a. *Data input.* Het is de verantwoordelijkheid van elk project om een efficiënt team samen te stellen dat incidenten kan rapporteren.
   b. *De data.* Het FAITH-team voorziet een document voor de rapportage van incidenten. Dit document nodigt projecten uit om vrij uit te drukken wat er heeft plaatsgevonden. Het bestaat dus vooral uit open vragen.
   c. *Analyse.* De analysefase zet de melding van het incident om in een 'les'. Het doel van deze stap is om op een participatieve manier (deskundigen, stakeholders van de projecten, het FAITH.BE -team), tot een passende oplossingen te komen.
   d. *Feedback.* Het doel is om te leren uit deze incidenten en ervoor te zorgen dat de systemen worden verbeterd zodat ze in de toekomst beter kunnen omgaan met dergelijke incidenten. Deze informatie zal verspreid worden onder de projecten aan de hand van geanonimiseerde, samenvattende rapporten en kunnen besproken worden tijdens de community of practice of de leergemeenschappen, mits goedkeuring en toestemming van de betrokken pilootprojecten.
3. **Het jaarrapport** is een schriftelijke samenvatting van informatie over de structuur, processen en resultaten van de projecten. Het bevat ook een kritische analyse van het verband tussen de activiteiten en resultaten van het lokale project. Dit rapport levert evidentie met betrekking tot het werk van de lokale partners en financierders van het project. Het jaarlijkse rapport helpt de projecten om hun vorderingen ten opzichte van het vorige jaar en de andere projecten beter te begrijpen. Het bevat gegevens vanuit het dashboard en een kritische/reflexieve analyse van de acties en uitkomsten, op basis van open vragen over de geïdentificeerde drempels en facilitators bij de implementatie van de acties en hun uitkomsten.

   Het FAITH-consortium zal elk project feedback geven op het jaarlijks rapport (d.m.v. een geschreven rapport). Jaarlijks zal er ook een overleg met het project plaatsvinden waarin het rapport besproken wordt en waar gekeken wordt hoe deze informatie te gebruiken om hun acties aan te passen.

4. **Communities of Practice** zullen twee keer per jaar georganiseerd worden met de coördinatoren en belangrijkste stakeholders van de projecten in de gebouwen van de SPF-FOD en IAC. Tijdens deze CoPs zullen generieke topics besproken worden (bijvoorbeeld de constructie van indicatoren voor auto-evaluatie, data-analyse, interpretatie van de resultaten, het gebruik van benchmarking, hoe de kwaliteit in projecten te verbeteren, hoe effectief gebruik maken van de PDCA-cyclus, LEAN werken etc.) en andere topics waarover er binnen de groep consensus bestaat omtrent de relevantie voor alle participanten, zodat zij kunnen leren van elkaar. Jaarlijks wordt een opleidingsprogramma voorgesteld aan de pilootprojecten door FAITH.be in samenwerking met de 'opleidingscel' van de Interadministratieve cel (WP 3). De inhoud van dit opleidingsaanbod speelt

in op de moeilijkheden die de pilootprojecten ondervinden tijdens de implementatie van hun actieplan. De Co's leggen de focus vooral op het uitwisselen van praktijken tussen de pilootprojecten onderling. De training die aangeboden wordt door de opleidingscel van de CIA is meer gericht op inzichten van de experten of begeleiding door de Interadministratieve cel.

1.8 Aantekening

Deze versie van het protocol is opgesteld in het licht van de informatie die het FAITH.be-consortium tot nu toe heeft verkregen. Zoals op meerdere plaatsen in dit protocol wordt aangegeven betreft dit een evolutief protocol, een protocol dat nog steeds in verdere ontwikkeling is. De evolutionaire aard van het protocol, en bijgevolg ook van de timing die wordt voorgesteld in de GANTT-charta is toe te schrijven aan de vele onzekerheden omtrent de timing van de parallel lopende projecten bij zowel de federale en gefedereerde entiteiten (bv, de tijdslijn voor de uitvoering van eHealth-plan, het TETRYS-platform, dat in ontwikkeling is enz.), maar ook omtrent de geïntegreerde zorgprojecten zelf. Daardoor zouden indien nodig aanzienlijke wijzigingen kunnen gebeuren. Deze wijzigingen zullen steeds in overleg met de IAC en de wetenschappelijke stuurgroep gebeuren.

2. GANTT: Overzicht van de activiteiten

Tabel 2 Activiteiten van FAITH.be – een voorlopige indicatie van de timing - In blauw in de Gantt Chart en de mijlpalen staan in rood.

		2017											2018												2019												2020											
Month of the program -->		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41						
Key activities / moments	**responsibilities**																																															
1. Presentation of protocol to projects	UCL		10																																													
2. Project start																																																
3. Report of FAITH.be about the first 6 months of implementation																																																
4. Report of FAITH.be (annual results - the last one is the final																																																
Outcome evaluation																																																
5. Options study on the economic evaluation	VUB, UCL																																															
6. Preparation of data collection and linkage procedures with IMA - Healthdata.be - …	UCL																																															
7. Privacy commission declaration	UCL - Healthdata.be																																															
8. Ethics comittee	UCL & all																																															
9. Participation to shared clinical file workgroups (e-health plan)																																																
10. Organisation of expert meetings to identify indicators for low or high value for money care																																																
IMA delivery	UCL et KUL																																															
C.	KUL, UCL, VUB																																															
a. T0 for sample A (IMA Data)	KUL, UCL, VUB																																															
BelRAI Screener initially. Other data linked with clinical file when operationalized by e-health)	ICP																																															
c. Inclusion in sub-sample FAITH.be	VUB, KUL																																															
d. Population stratification across projects through PCA analysis	UCL																																															
e. Outcome analysis	KUL, UCL, VUB & Ulg																																															
Implementation analysis																																																
12. Analysis of submission files (program theory)	UCL + UGent/UA																																															
13. Operationalisation of initial data collection	UCL + UGent/UA + Ulg																																															
14. Questionnaires to all projects	UCL + UGent/UA + Ulg																																															
15. Focus groups with stakeholders of projects selected for multiple embedded case study	ULg + UGent/UA + UCL																																															
16. Interviews with discontinued projects	ULg + UGent/UA + UCL																																															
17. Interviews with partners or stakeholders who withdrawn	ULg + UGent/UA + UCL																																															
18. Policy report	ULg + UGent/UA + UCL																																															
Self-evaluation																																																
19. Design of the dashboard	ULg + UGent/UA + UCL																																															
20. Dashboard building	all																																															
21. Step by step development of the dashboard/co-creation	ICP + FAITH.be																																															
22. Feeding of the Dashboard by projects	ICP																																															
23. Feeding of the Dashboard by FAITH.be	all																																															
24. Annual report done by projects	all																																															
25. Meetings with the projects for feedback on annual report	all																																															
26. Communities of practices meetings	all- Ulg & UA/UGent leads																																															
27. Support to IAC	all; UCL is first contact																																															
28. Support to the projects: Helpdesk + Critical incident analysis	all																																															

3. Inleiding

3.1 Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid - Integreo

Het plan “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” (Integreo) werd op 19 oktober 2015 goedgekeurd door de ministers van Volksgezondheid van de deelstaten en de federale overheid. De uitvoering van dit plan zal zich onder meer concretiseren in pilootprojecten voor geïntegreerde zorg. Als onderdeel hiervan zijn 20 kandidaat pilootprojecten geselecteerd om hun project verder uit te werken.

De proefprojecten worden verondersteld om geïntegreerde zorg ontwikkelen in een locoregionaal gebied van ongeveer 100 tot 150 000 inwoners. Integreo maakt gebruik van de WHO-definitie van geïntegreerde zorg, zijnde: "*Geïntegreerde gezondheidszorg is gezondheidszorg die wordt beheerd en geleverd op een manier die waarborgt dat mensen een continuüm van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziekte management, revalidatie en palliatieve zorg ontvangen, op de verschillende niveaus en locaties van zorg binnen het gezondheidssysteem, en op basis van hun behoeften gedurende hun levensloop.*" (2015 - WHO wereldwijde strategie op mensgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg).

De oproep voor pilootprojecten, onderdeel van het Belgische plan voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, vraagt toekomstige projecten 14 componenten te includeren, gestructureerd op 3 niveaus:

- Op het niveau van de patiënt:
    5. Empowerment van de patiënt
    6. Ondersteuning van mantelzorgers
    7. Casemanagement
    8. Werkbehoud, socioprofessionele en socio-educatieve re-integratie
- Op het niveau van professionals
    11. Preventie: preventie betreft verschillende interventiedomeinen
    12. Overleg en coördinatie
    13. Intra- en transmurale zorgcontinuïteit
    14. Valorisatie van de ervaring van patiëntenorganisaties
    15. Geïntegreerd patiëntendossier
    16. Multidisciplinaire guidelines
- Op locoregionaal niveau: loco-regional level
    11. Ontwikkeling van een kwaliteitscultuur
    12. Aanpassing van de financieringssystemen
    13. Stratificatie van de risico’s binnen de bevolking en cartografie van de omgeving
    14. Change management

3.2 FAITH.be - Federated consortium for Appraisal of Integrated care Teams in Health in Belgium

De pilootprojecten en het gehele Integreo plan zullen profiteren van wetenschappelijke follow-up en worden onderworpen aan een wetenschappelijke evaluatie. Een consortium van 6 Belgische universiteiten is geselecteerd om een wetenschappelijke evaluatie van het programma "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" in België (Integreo) uit te voeren en ondersteuning te bieden aan de pilootprojecten gedurende de looptijd van het programma. De universiteiten verenigd in de zogenaamde FAITH.be consortium - Federated consortium for Appraisal of Integrated

care Teams in Health in Belgium - zijn UA, UGent, KULeuven, VUB, ULg en UCL (coördinator van het consortium).

Opdracht van FAITH.be

Het FAITH.be consortium is verantwoordelijk voor "*(a) de (wetenschappelijke) steun aan pilootprojecten en (b) evaluatie tijdens de uitvoeringsfase. Dit moet leiden tot het in kaart brengen van "best practices" en daarmee tot aanpassing van de projecten of veralgemening van de projecten".*
"Met het oog op de follow-up en ondersteuning van de projecten, dient het wetenschappelijke team: (a) indicatoren te identificeren (kosten, resultaat, proces) en manieren om gegevens te meten voor de jaarverslagen, om zo acties te identificeren voor de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur; (B) een controle raamwerk voor te stellen, inclusief instrumenten om de evolutie van de voorgestelde interventie te meten + triggers of alarmen om projecten op de hoogte te stellen van noodzakelijke aanpassingen; en (c) het administratieve team te ondersteunen in de evaluatie van project kandidaturen".

Om deze missie te volbrengen heeft FAITH.be vier gerelateerde pijlers van werk opgesteld:

1) Een **uitkomst evaluatie** (gebaseerd op de Triple Aim + gelijkheid en job tevredenheid) om de algehele effectiviteit van geïntegreerde zorgprogramma's vanuit verschillende perspectieven (de patiënten, de aanbieders, de overheid, etc.) te evalueren;
2) Een **implementatie evaluatie** om te begrijpen waarom en hoe locoregionale projecten evolueren door de tijd heen;
3) Een **ondersteuningsmechanisme voor de ICP** om hen te helpen bij hun zelfevaluatieproces zodanig dat kwaliteitscultuur en effectief veranderingsmanagement worden versterkt;
4) Een **ondersteuningsmechanisme voor het interadministratieve team (IAC).**

Dit protocol verduidelijkt het algemene kader, de objectieven, methoden, analyses en management van de vier gerelateerde werkpaketten tijdens de voorziene duurtijd van het Integreo-programma. De volgende drie delen zullen beschreven worden in het onderzoeks- en ondersteuningsprotocol: Deel 1: Outcome evaluatie; Deel II: implementatie-analyse en Deel III: Ondersteuning van kwaliteits- en veranderingsmanagement. Opdat het FAITH-consortium deze drie werkpakketten goed zou kunnen uitvoeren, dienen de pilootprojecten aan een aantal randvoorwaarden te voldoen. Deze zullen eerst omschreven en voorgesteld worden als voorwaarde voor de voorstellen die volgen in dit protocol.

4. Voorwaarden waaraan "geïntegreerde zorg voor chronisch zieken" pilootprojecten moeten voldoen zodat FAITH.be kan voorzien in zinvolle ondersteuning, kwaliteitsmanagement en bruikbare evaluaties.

FAITH.be gaat ervan uit dat aan een aantal belangrijke voorwaarden moet worden voldaan door de pilootprojecten, alvorens FAITH.be zijn taken inzake externe evaluatie en ondersteuning van de projecten succesvol kan uitvoeren. Deze voorwaarden of projectkenmerken moeten het mogelijk maken voor projecten om te leren-door-te-doen en om progressieve maar duurzame veranderingen in de richting van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken te produceren.

Op basis van recente kennis en inzichten over de uitvoering van geïntegreerde zorg en plaats-gebaseerde systemen (systemen van aanbieders die een populatie binnen een bepaald gebied dekken waarin zij samenwerken om de gezondheid en zorg voor de bevolking te verbeteren), hebben we gekozen voor vier belangrijke kenmerken - **bestuur, operationele beheer van de verandering, de beschikbaarheid van gegevens voor (zelf-)evaluatie en een cultuur van leren uit de praktijk** - die aanwezig moeten zijn in het ontwerp van de pilootprojecten:

4.1 Bestuur

De lokale principes voor het bouwen van "geïntegreerde" plaats-gebaseerde systemen van zorg zijn onder andere “het ontwikkelen van een geschikte bestuursstructuur, systeem leiderschap installeren en het ontwikkelen van een duurzaam financieel model” (Ham & Alderwick 2015). Daarom moeten de volgende elementen aanwezig zijn in de beschrijving van de ontwikkeling van het bestuur van de pilootprojecten:

1. “Het ontwikkelen van een **gemeenschappelijke visie en doelstellingen als gevolg van de lokale context en de behoeften en wensen van het publiek”** (Ham & Alderwick 2015). Dit moet een duidelijk verband leggen tussen de gezondheid van de bevolking, individuele ervaring van de zorg, de kosten van de zorg en de klinische/ sociale processen die op het spel staan.

2. “Het ontwikkelen van een **geschikte bestuursstructuur** voor het zorgsysteem, die **patiënten en het publiek op een betekenisvolle manier moet betrekken in de besluitvorming**” (Ham & Alderwick 2015). Hierbij moet de **betrokkenheid van de stakeholders** gebalanceerd worden met flexibiliteit voor soepele acties. Om dit mogelijk te maken is een zekere mate van vertrouwen nodig.

3. “Identificeer **de juiste leiders die moeten worden betrokken bij het beheer van het systeem** en ontwikkel **een nieuwe vorm van systeem leiderschap**. De juiste leider moet een voldoend niveau van anciënniteit hebben en als zodanig worden erkend door de belangrijkste organisaties. Een **duidelijke en formele overeenkomst** moet worden gesloten tussen partners om **de leider een duidelijke (operationele) bevoegdheid te geven om op te treden**”. Wederom is een belangrijk punt het **vertrouwen tussen de organisatie leiders en eerstelijns gezondheidszorg en sociale zorgverleners** (Ham & Alderwick 2015).

4. Stem af hoe **conflicten worden opgelost en wat er gebeurt als mensen zich niet aan de afgesproken regels van het systeem houden**. Focus op **informele mechanismen, zoals bemiddeling, in plaats van juridische stappen** (Ham & Alderwick 2015). Dit moet in lijn zijn met de doelstelling van "het opbouwen van samenwerkingsverbanden tussen de organisaties en betrokken leiders” (Collins 2016).

5. Ontwikkel een **duurzaam financieringsmodel** voor het systeem over drie verschillende niveaus (Ham & Alderwick 2015): (1) bereik overeenstemming over de gecombineerde middelen die beschikbaar zijn om de doelstellingen van het systeem te bereiken. Een belangrijk punt hierbij is het plan voor de

financiering van extra activiteiten om de integratie van de zorg te versterken (d.w.z. eHealth-records of activiteiten om patiënten te "activeren" (Nolte et al. 2016); (2) bereik overeenstemming over de manier waarop deze middelen naar aanbieders zullen stromen (bijvoorbeeld door middel van contracten met individuele aanbieders; vermijd het creëren van nieuwe silo's), en (3) bereik overeenstemming over hoe deze middelen worden toegewezen aan aanbieders en de manier waarop de kosten, risico's en voordelen worden gedeeld.

6. Houd rekening met het financiële model en mogelijkheden, **implementeer de nodige personele en overige middelen** om verwezenlijking van de projectdoelstellingen mogelijk te maken.

4.2 Operationeel beheer van de verandering

In de tweede plaats dient het operationeel beheer van de verandering duidelijk te worden gepland en gebudgetteerd door de projecten. Dit omvat:

1. Het hebben van een **document met gedetailleerde planning of ontwerp van het zorgmodel** (Nolte et al. 2016). In dat document moeten onder andere de populatie die wordt bediend en de grenzen van het systeem duidelijk worden omschreven. Een bruikbare strategie is om in de **initiële operationele populatie complexe situaties van personen met gezondheids- en sociale behoeften op te nemen**. Dit is een belangrijk entry-punt (met mogelijke quick-wins) om te starten met de integratie van zorg (Contel et al. 2015). Daarnaast moet de juiste partners en diensten die moeten worden betrokken duidelijk worden vermeld. Deze partners moeten altijd ten minste ziekenhuizen, de eerstelijnsgezondheidszorg en sociale zorg (welzijn) diensten zijn.

Prioriteer interventies en doelgroepen, rekening houdend met de lange en kortetermijndoelstellingen, implementatiebarrières en facilitators, en de mogelijkheid om 'quick wins' te bereiken.

Duidelijke **stapsgewijze planning van de verandering** (Busetto et al. 2015) en het gebruik van **verschillende fasen in de ontwikkeling** van geïntegreerde zorg (Minkman 2016), “gericht op korte termijn resultaten die continue feedback en iteraties genereren die helpen om het implementatieproces te verfijnen” (Hernández et al. 2015).

Focus op **workflow veranderingen en plan hiervoor** (Busetto et al. 2015), dat wil zeggen door middel van (multidisciplinaire en inter-organisatorische) klinische richtlijnen (Savage et al. 2016)

2. Creëer **een toegewijd team (niet maar niet onafhankelijk werkend van anderen) om de werking van het systeem te beheren**. In het bijzonder moet het team in staat zijn om te helpen bij de besluitvorming, implementatie en na die beslissing (Ham & Alderwick 2015)(Nolte et al. 2016).

Wat betreft het beheer van het budget suggereren sommigen “een ‘integrator’ organisatie te engageren die het populatiebudget bijhoudt en de contributie van verschillende aanbieders coördineert, maar geen controle over diensten of bestaande relaties met aanbieders heeft” (Collins 2016).

3. Besteed aandacht aan de **integratie van zorg op verschillende niveaus** (klinisch, professioneel en organisatorisch niveau), zowel voor de individuele patiënt als voor groepen (populaties) (Valentijn 2013).

4.3 Beschikbaarheid van bruikbare gegevens voor (zelf) evaluatie

Een derde centraal element om verandering en kwaliteit te beheren is om voldoende informatie beschikbaar te hebben om beslissingen te nemen. De noodzakelijke voorwaarden hiervoor zijn:

1. Ontwikkel een enkele set van maatregelen om voortgang te monitoren en gebruikt dit voor verbetering.

2. Zorg voor de ontwikkeling van gestandaardiseerde diagnostiek en (een samenvatting van) klinische informatie in eHealth dossiers (Contel et al. 2015).

3. “Betrek verschillende stakeholders en het frontline personeel dat geraakt wordt door de innovatie, bijvoorbeeld in de ontwikkeling van structuren, richtlijnen en indicatoren om zo 'buy-in' van de deelnemende partners te verkrijgen” (Nolte et al. 2016).

4. Plan om klinische gegevens via eHealth dossiers te delen (Busetto et al. 2015; Savage et al. 2016).

4.4 Cultuur van leren uit de praktijk

Tenslotte, naast de "harde" gegevens wordt verwacht dat projecten ook ruimte geven aan "praktische en lokaal gesitueerde kennis” (Dickinson 2014) om naar boven te komen en gesystematiseerd te worden. Wat naar voren moet worden gebracht is het "belang van verhalen en verhaallijnen en de dagelijkse praktijk" in plaats van " managementtechnieken en strategieën voor de praktijk” (Dickinson 2014; Hernández et al. 2015). Dit moet meer aandacht besteden aan 'hoe we geïntegreerde zorg implementeren en professionals ondersteunen om dit te realiseren" en aan de "stilzwijgende kennis van individuen”.

5. DEEL I: Evaluatie van resultaten FAITH.be

5.1 Doel van de uitkomst evaluatie door FAITH.be

De gevolgen van de pilootprojecten geïntegreerde zorg m.b.t. de Triple Aim dimensies te evalueren - het verbeteren van de gezondheid van de bevolking, het verbeteren van ervaringen van patiënten en het verminderen van kosten - en op twee extra dimensies: het verbeteren van job tevredenheid van zorgverleners en rechtvaardigheid in de gezondheidszorg (Triple Aim2 +).

5.2 Operationalisering van de belangrijkste concepten

Voor de duidelijkheid operationaliseren we de belangrijkste concepten die onderdeel zijn van de uitkomst evaluatie:

Gezondheid van de bevolking: de gezondheidssituatie van een groep van individuen, met inbegrip van de verdeling van deze resultaten binnen de groep. Deze groepen zijn vaak geografische bevolkingsgroepen, zoals volkeren en gemeenschappen, maar kunnen ook andere groepen zijn, zoals werknemers, etnische groepen, gehandicapten, gedetineerden, of andere afgebakende doelgroepen (Kindig & Stoddart, 2003).

Ervaringen van patiënten: de som van alle interacties die patiënt percepties beïnvloeden over een continuüm van zorg (Mullaney et al., 2012).

Kosten: in de FAITH.be uitkomst evaluatie zullen kosten worden berekend door te kijken naar kostengroepen, het idee is mogelijke verschuivingen van de ene kostengroep naar de andere groep te monitoren (bijvoorbeeld de verschuiving van hospitalisatiekosten naar thuiszorgkosten, etc.). Dit wordt nader toegelicht verderop in het protocol.

Efficiëntie en billijkheid: Vanwege de complexiteit van deze dimensie zal de verbetering van "value for money" in gebruikte diensten (in tegenstelling tot “do-not-do” of “low value care”) dienen als proxy voor efficiëntie en rechtvaardigheid. Diensten met lage waarden zijn gerelateerd aan misbruik, overmatig gebruik of onderbenutting van de gezondheidszorg. Ze zijn kostbaar, maar hebben een zeer lage waarde, en de resultaten van dergelijke diensten rechtvaardigen geenszins hun enorme kosten (dat wil zeggen lage efficiëntie). Do-not-do zorg verwijst naar de aanbevelingen van NICE (https://www.nice.org.uk/savingsandproductivity/collection). Als er gelijkheid is in gezondheid, zou iedereen idealiter een gelijke kans hebben om hun volledige gezondheid potentieel te benutten. Meer pragmatisch, niemand zou worden benadeeld in het bereiken van dit potentieel, als dit kan worden vermeden (Wyatt et al., 2016). Hoogwaardige zorg die niet wordt gebruikt door mensen in nood met bepaalde kenmerken (specifieke ziekte, of specifieke socio-economische status) zal worden gebruikt als een proxy voor rechtvaardigheid.

Werkleven van de medewerker: de werk voldoening zoals ervaren door gezondheidzorgmedewerkers.

5.3 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die de uitkomstevaluatie beoogd te beantwoorden staan hieronder opgesomd aan de hand van zes dimensies die nodig zijn om de zes bovengenoemde doelen van Integreo te omvatten.

Tabel 3. Lijst van de onderzoeksvragen voor de uitkomstevaluatie

Uitkomst dimensie	Onderzoeksvragen
1. Verbeteren van de volksgezondheid	1a. Wat is de vergelijkende effectiviteit van de geïntegreerde zorg pilootprojecten in het verbeteren van de volksgezondheid? 1b. Wat is de algemene effectiviteit van het geïntegreerde chronische zorgprogramma (Integreo) bij het verbeteren van de volksgezondheid?
2. Kosten	3a. Hoe veranderen de kosten als totaal en als een verdeling tussen verschillende kostenposten in elk project? 3b. Hoe veranderen de kosten als totaal en als een verdeling tussen de verschillende kostenposten in het gehele programma (alle projecten samen)?
3. Verbeteren efficiëntie (dat wil zeggen, beste waarde voor openbare gezondheidszorg middelen)	4a. Wat is de vergelijkende effectiviteit van de geïntegreerde chronische zorg pilootprojecten op het verbeteren van "value for money" van de diensten die worden gebruikt (in tegenstelling tot de “do-not-do” "of "lage waarde care")? 4b. Behoudens beschikbare gegevens, wat is algemene effectiviteit van het geïntegreerde chronische zorgprogramma (Integreo) op het verbeteren van "value for money" van de diensten die worden gebruikt (in tegenstelling tot de “do-not-do” "of "lage waarde care")?
4.Verbeteren van rechtvaardigheid in de gezondheidszorg	6a Wat is de vergelijkende effectiviteit van de geïntegreerde zorg pilootprojecten in het verbeteren van rechtvaardigheid in toegang tot gezondheidszorg en sociale diensten? 6b. Wat is de algemene effectiviteit van het geïntegreerde chronische zorgprogramma (Integreo) in het verbeteren van rechtvaardigheid in toegang tot gezondheidszorg en sociale diensten?
5.Versterken van patiëntervaringen	2a. Wat is de vergelijkende effectiviteit van de geïntegreerde zorg pilootprojecten in het versterken van patiëntervaringen (PROMs/PREMs)? 2b. Wat is de algemene effectiviteit van het geïntegreerde chronische zorgprogramma (Integreo) in het versterken van patiëntervaringen (PROMs/PREMs)?
6. Verbeteren van werkleven van zorgverleners	5a. Wat is de vergelijkende effectiviteit van de geïntegreerde zorg pilootprojecten in het verbeteren van het werkleven van zorgverleners? 5b. Wat is de algemene effectiviteit van het geïntegreerde chronische zorgprogramma (Integreo) in het verbeteren van het werkleven van zorgverleners?

5.4 Design van de FAITH.be uitkomst evaluatie

5.4.1 Triple Aim^{2+} Framework als basis voor de uitkomst evaluatie

De uitkomst evaluatie beoogd de effecten van de geïntegreerde zorg pilootprojecten te meten aan de hand van de uitkomstmaten die werden voorgesteld in het Integreo programma - het verbeteren van de gezondheid van de bevolking, het verbeteren van ervaringen van patiënten, kosten (efficiency), het verbeteren van ervaringen en arbeidsvreugde van professionals en het verbeteren van rechtvaardigheid (equity) in de gezondheidszorg. Het **Triple Aim^{2+} framework** is het richtinggevende kader voor de kwantitatieve uitkomst analyse.

Het Triple Aim^{2+} bouwt voort op het Triple Aim framework dat voor het eerst werd voorgesteld door het Institute for Healthcare Improvement in 2008 (Striefel & Nolan, 2012). De drie dimensies van de Triple Aim, aangepast in functie van Integreo, die tegelijkertijd nagestreefd moeten worden, zijn:

- Verbeteren van volksgezondheid;
- Verbeteren van zorgervaringen van patiënten (inclusief kwaliteit en tevredenheid); en
- Verstrekken van zorg tegen de best mogelijke prijs-kwaliteitverhouding

Daarnaast werd ook het werkleven van professionals in de gezondheidszorg vaak genoemd bij de bespreking van Triple Aim uitkomsten. Werkleven is niet opgenomen in de oorspronkelijke Triple Aim, deels omdat dit niet altijd gelijktijdig nagestreefd kan worden met de drie oorspronkelijke dimensies. Desalniettemin, omdat het zo vaak genoemd werd, besloten Bodenheimer & Sinsky in 2014 de Triple Aim uit te breiden en het belangrijke aspect van het verbeteren van het werkleven van artsen en personeel toe te voegen.
Vanwege het belang van rechtvaardigheid in de gezondheidszorg includeren we dit als vijfde dimensie in de FAITH.be uitkomstevaluatie. Wanneer gesproken wordt over alle vijf dimensies, zullen we dit het Triple Aim2 + framework noemen.

5.4.2 Analytisch kader voor het evalueren van de vijf uitkomst dimensies

Het evalueren van de Triple Aim dimensies is moeilijk gebleken in de praktijk, onder andere omdat de begrippen (volks)gezondheid, kwaliteit van zorg en kosten niet eenduidig gedefinieerd zijn (Hendrikx et al. 2016). Bovendien vonden Hendrikx et al. (2016) dat niet alle drie dimensies van de Triple Aim even vaak zijn geëvalueerd. De meeste metingen zijn gerelateerd aan de kwaliteit van zorg dimensie, terwijl de volksgezondheid- en kosten dimensies veel minder metingen omvatten en zelden gedekt worden. Dit is opmerkelijk omdat wordt aangenomen dat alleen het gelijktijdig nastreven, en daarmee evalueren, van deze dimensies kan leiden tot een duurzaam gezondheidszorgsysteem met een hogere kwaliteit.

Voor het meten van de Triple Aim dimensies heeft het Institute for Healthcare Improvement (IHI) een aantal belangrijke uitgangspunten gedefinieerd die in acht moeten worden genomen (Striefel & Nolan, 2012). Afgezien van deze principes, bieden verschillende papers aanwijzingen over hoe de Triple Aim dimensies te meten. De kaders die deze papers voorstellen bieden vele mogelijke indicatoren voor de dimensies, wat mogelijk tot een hoge meetlast kan leiden (Hendrikx et al., 2016). Daarom moet een zorgvuldige selectie gemaakt worden van indicatoren die de doelstellingen van de uitkomst evaluatie dienen, binnen de mogelijkheden van het FAITH.be project en in aanmerking nemende de meetlast of registratiedruk voor professionals in de gezondheidszorg. We hebben de geïntegreerde zorg

pilootprojecten als uitgangspunt genomen en op basis daarvan gekozen voor de volgende, sterk gerelateerde, kaders die als leidraad zullen dienen voor de ontwikkeling van onze indicatoren om de vijf uitkomst dimensies te evalueren:

- Het menu van Triple Aim uitkomstmaten als opgesteld door Striefel & Nolan (2012) gebaseerd op het IHI Triple Aim prototyping initiatief (zie Bijlage 2).
- De Zes Doelen van het Institute of Medicine voor Verbetering van het gezondheidszorgsysteem (*report reference: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*), zijnde: veilige, effectieve, tijdige, patiëntgerichte, rechtvaardige en efficiënte gezondheidszorg.
- Het analytisch kader (Hendrikx et al., 2016) - gebaseerd op de Population Health Conceptual Framework - voor het evalueren van population management (PM). PM streeft ernaar om de gezondheidsbehoeften van de bevolking at-risk en chronisch zieken op alle punten van het gezondheidszorgcontinuüm aan te pakken middels de integratie van diensten in de gezondheidszorg, preventie, sociale zorg en welzijn (zie Bijlage 3).

De evaluatie van de geïntegreerde zorg pilootprojecten op de vijf uitkomst dimensies van de Triple Aim^{2+} - het verbeteren van de volksgezondheid, het verbeteren van patiëntervaringen, het verbeteren van efficiëntie (dat wil zeggen, beste waarde voor volksgezondheidmiddelen), het verbeteren van het werkleven van zorgverleners en het verbeteren van rechtvaardigheid in de gezondheidszorg - heeft de volgende kenmerken:

- Summatief (met een tussentijds meetpunt); en
- Hoofdzakelijk gebaseerd op kwantitatieve data (maar niet uitsluitend want ook kwalitatieve data kunnen worden opgenomen)

5.5 Selectiecriteria voor indicatoren

Indicatoren om de resultaten van de pilootprojecten te meten op de dimensies van de Triple Aim^{2+} worden geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- Indicatoren moeten van belang zijn voor en de prioritaire onderzoeksgebieden van FAITH.be meten. Indicatoren zullen door het onderzoeksteam worden geclassificeerd op basis van hun belang voor de FAITH.be uitkomst dimensies:
    - Essentiële indicatoren (‘need to know' indicatoren)
    - Belangrijke indicatoren (‘should know’ indicatoren)
    - ‘Nice to know’ indicatoren

Alleen essentiële indicatoren zullen worden opgenomen in de evaluatie.

- Waar mogelijk moeten indicatoren worden gebaseerd op routinematig beschikbare data om zo registratiedruk te verminderen (dat wil zeggen indicatoren dienen afgestemd op die indicatoren die providers verplicht zijn te melden aan andere betalers of voor openbare rapportage).
- Bij voorkeur moeten gevalideerde indicatoren worden gebruikt en er moet empirisch bewijs zijn dat de indicator zorgt voor stabiele en betrouwbare informatie op het niveau waarop zal worden gerapporteerd.
- Haalbaarheid: de beschikbaarheid van gegevens en beperking van middelen spelen een belangrijke rol gezien tijd en middelen voor nieuwe verzameling(en) van aanvullende gegevens beperkt zijn.
- Gevoeligheid: wat betreft de voorgestelde interventies en het vermogen om veranderingen in de tijd te laten zien.

5.6 Selectieproces van indicatoren

Het selectieproces van uitkomst indicatoren om de vijf uitkomst dimensies te meten volgt een stapsgewijze benadering:

1. Selectie indicatoren door FAITH.be consortium op basis van wetenschappelijke- en grijze literatuur (december 2016)
2. Validatie van de 'wetenschappelijke' indicatoren set door deskundigen uit de validatiegroep 'indicatoren' (december 2016)
3. Aanvullende selectie indicatoren op basis van overleg met de geïntegreerde zorg pilootprojecten (januari 2017)
4. Beoordeling van de indicatoren set in termen van 'haalbaarheid' door middel van bijeenkomsten met healthdata.be (december 2016) en IMA
5. Introductie indicatoren set aan geïntegreerde zorg pilootprojecten (februari 2017)

Selectie indicatoren door FAITH.be consortium op basis van wetenschappelijke- en grijze literatuur

In Tabel 4 presenteren we de gemeenschappelijke indicatoren die door het FAITH.be consortium werden geselecteerd om de vijf uitkomst dimensies te meten. Een belangrijke voorwaarde is dat het mogelijk moet zijn met daadwerkelijke databanken en wanneer projecten inderdaad gegevens verzamelen via de BelRAI screener bij inclusie, en daarna jaarlijks, indien mogelijk gelijktijdig met de vervollediging van de het globaal medisch dossier. In Bijlage 1 presenteren we de tabel met alle indicatoren die aanvankelijk waren geselecteerd.

Tabel 4. Selectie van indicatoren door het FAITH.be consortium op basis van wetenschappelijke- en grijze literatuur

I: VOLKSGEZONDHEID						
Indicator	**Teller**	**Noemer**	**Definitie**	**Frequentie datarapportage**	**Databron**	**Sample op basis waarvan dit gemeten kan worden**
Arbeidsongeschiktheid	Aantal mensen die een pauze in beroepsleven hebben gemeld als gevolg van gezondheidsproblemen in de laatste 12 maanden	Actieve populatie gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Percentage mensen in arbeidsongeschiktheid na 1 jaar	Jaarlijks	IMA	Sample A, B en C
Activiteiten van het dagelijks leven	Aantal mensen met ADL > 3 na 1 jaar	Totaal aantal patiënten met ADL> 3 op T0 gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Percentage mensen met ADL> 3 na 1 jaar van degenen die ADL> 3 hadden op T0	Jaarlijks	BelRAI screener afgenomen bij inclusie/Ander instrument voor kinderen	Sample B en C
Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven	Aantal mensen met IADL > 24 na 1 jaar	Totaal aantal patiënten met IADL> 24 op T0 gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Percentage mensen met IADL> 24 na 1 jaar van degenen die IADL> 24 hadden op T0	Jaarlijks	BelRAI screener afgenomen bij inclusie/Ander instrument voor kinderen	Sample B en C
Vermijdbare sterfte	Aantal voortijdige sterfgevallen dat niet mag voorkomen in de aanwezigheid van tijdige en effectieve gezondheidszorg	Populatie gestratificeerd middels subgroepen (hierboven uitgelegd)	Aantal voortijdige sterfgevallen dat niet mag voorkomen in de aanwezigheid van tijdige en effectieve gezondheidszorg (/10000, gecorrigeerd voor leeftijd)	Jaarlijks	IMA/ziekenhuisdata	Sample A en B

5.7 Evaluatie van de kosten, efficiëntie en billijkheid

"*In essentie is het belangrijk om tot inzicht te komen of geïntegreerde zorg al dan niet een interventie is die kosteneffectief moet zijn en moet bijdragen aan de financiële duurzaamheid, of het een complexe strategie is om te innoveren en langdurige veranderingen te brengen in de manier waarop de dienstverlening in gezondheidszorg en sociale zorgsectoren worden georganiseerd, die meervoudige veranderingen op verschillende niveaus betekenen. De evidentie die hier, en elders, wordt aangehaald wijzen duidelijk richting de laatste stelling. Initiatieven en strategieën zullen een continue evaluatie over lange tijdsperioden nodig hebben, die het voor hen mogelijk maken om de impact van hun inspanningen in te schatten, zowel op economisch vlak als op vlak van gezondheidsuitkomsten.*". [4]

Dit citaat wijst op verschillende overwegingen over het finale doel van de evaluatie. Men tracht de gehele gezondheidszorgsector te monitoren om

- Potentiële verbeteringen te identificeren
- De implementatie van deze verbeteringen te verifiëren
- Het effect van de geïmplementeerde veranderingen voor de verschillende stakeholders te evalueren

De studie van gezondheidszorggebruik en de kosten zullen dus essentiële informatie opleveren voor de projecten om een reflexief proces op gang te zetten om hun praktijken doorheen de tijd aan te passen of te veranderen. Deze analyse is complementair aan de outcome-analyse. Ze poogt één van de belangrijkste objectieven van de projecten, namelijk het verbeteren van de efficiëntie, in het bijzondere met betrekking tot de intermediaire uitkomsten (indicatoren van zorggebruik).

Twee verschillende soorten efficiëntie zullen geëvalueerd worden:

- Technische efficiëntie, gedefinieerd als "the physical relation between resources (capital and labour) and health outcome. A technically efficient position is achieved when the maximum possible improvement in outcome is obtained from a set of resource inputs" (Palmer and Torgerson, 1999). (bv. patiënten die beter geholpen zijn, terwijl de gebruikte middelen gelijk gebleven zijn)
- De productieve efficiëntie wordt gedefinieerd als: […] « Refers to the maximization of health outcome for a given cost of choosing different combinations of resources to achieve the maximum health benefit for a given cost. Dit type van efficiëntie zal onderzocht worden op basis van de kostenanalyse.

De intermediaire uitkomsten zullen op normatieve wijze gedefinieerd worden ten opzichte van de finale resultaten met betrekking tot de theoretisch verwachte gezondheid:

- Op basis van een literatuurstudie
- In consulatie met de professionals van de projecten
- Samen met de experten: indicatoren identificeren voor zorggebruik met (of zonder) toegevoegde waarde.

Bepaalde resultaten met betrekking tot de finale gezondheid zullen desalniettemin gemeten worden (bv. vermijdbare sterfte), afhankelijk van en op basis van de beschikbare gegevens.

---

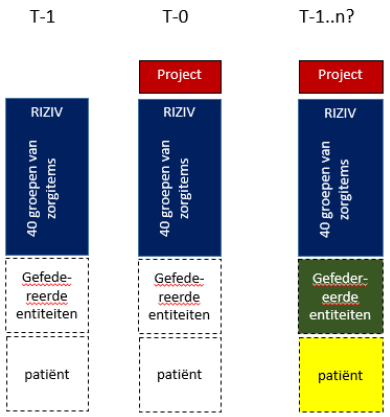
[4] Ellen Nolte, Emma Pitchforth What *is the evidence on the economic impacts of integrated care ?* World Health Organization 2014.

Billijkheid zal ook geëvalueerd worden op een manier die complementair is aan de evaluatie van de efficiëntie, om zich ervan te vergewissen dat de verbeteringen niet gebeuren op kosten van bepaalde patiënten.

5.7.1 Kostenevaluatie

De kosten voor de gezondheidszorg zullen in een eerste fase geschat worden voor: het RIZIV, regio's (dagopvang en verpleeghuizen) en patiënten (remgeld). IMA-data zal gebruikt worden om de 40 groepen van zorg die terugbetaald worden te meten (zie de onderstaande grafiek, in blauw). In een tweede fase kunnen kosten voor andere types van zorg ook geschat worden, afhankelijk van de beschikbaarheid van de data. Kosten zullen jaarlijks geëvalueerd worden voor elk project afzonderlijk. De berekening zal het mogelijk maken om de "startup" te evalueren en vervolgens de implementatiekosten (de kosten gerelateerd aan de activiteiten die nodig zijn om het bestuur (governance), coördinatie en management in te richten).

De projectkosten zullen jaarlijks worden geëvalueerd. De boekhouding van de projecten zou de evaluatie van de startup kosten en de kosten van de uitvoering mogelijk te maken (dat wil zeggen, de kosten van de activiteiten die nodig zijn om het beheer, de coördinatie en het beheer van het management uit te voeren). De vergelijking tussen projecten met betrekking tot structuur en gebruikte middelen zal worden uitgevoerd om de productiviteit (gemeten in monetaire eenheden of in hoeveelheid geleverde diensten) te analyseren. De indicatoren zullen op generieke wijze geconstrueerd worden om een vergelijking tussen de projecten mogelijk te maken (bv. de gemiddelde kosten per patiënt in het afgelopen jaar, het aantal vergaderingen voor "coördinatie" dat gerapporteerd werd voor het aantal patiënten dat opgevolgd werd in het voorbije jaar) (Brousselle et al. 2009).



Figuur 1 Kostenevaluatie doorheen de tijd

Tabel 5 Type bronnen die gebruikt worden en het perspectief van de kostenevaluatie

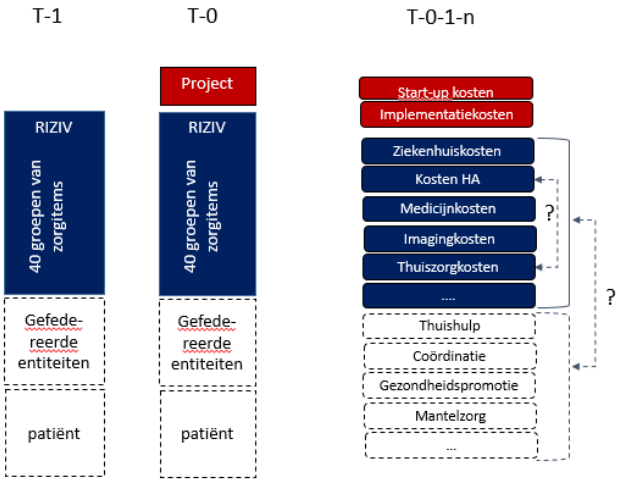
	Type bronnen	**Voorbeelden**	**Type stakeholders**	**Data bronnen**
Eerste fase	Terugbetaalde gezondheidszorg		- RIZIV - Regio's - Patiënten	IMA data
	Geïntegreerde zorg afspraken	Bv opleidingsprogramma's	- Patiënten - RIZIV	Project data

		voor patiënten, huisartsentrainingen, deelname aan vergadering	- Andere	
Tweede fase	Sociale diensten	Bv huishoudhulp, maaltijden-aan-huis	- Regio's - Patiënten	Regionale data
	Informele zorg		Mantelzorgers	Geen routinedata beschikbaar
	Andere gebruikte bronnen	Verplaatsingskosten, gebruik van transport	Patiënten	

a. Berekening van de kosten naar type van gezondheidszorgverlener en verschuivingen tussen zorgverleners doorheen de tijd

Gezondheidszorgverleners kunnen geïdentificeerd worden per type (ziekenhuis, woonzorgcentrum, huisarts, etc,) en of ze al dan niet participeren in het geïntegreerde zorgproject. Deze analysevorm zal het mogelijk maken om verschuivingen van kosten tussen de verschillende zorgverleners (al dan niet betrokken in het GZP) te schatten.

Een voorbeeld van de verdeling van de kosten wordt schematisch weergegeven in de onderstaande figuur:



Figuur 2. Kostenevaluatie per type zorgverlener

B. Berekening van de kosten per populatie

Over het algemeen zal een soort van benchmarking worden toegepast. In elk project wordt de volledige **populatie en een subset van patiënten** geïdentificeerd. De populatie maakt deel uit van: Wij zullen een benchmarking gebruiken voor het geheel.

- (1) de administratieve doelgroep

- (2) De operationele doelgroep, die van de activiteiten van de projecten gebruik maakt

Een vergelijking van de kosten en dienstgebruik moet zorgvuldig uitgedacht worden, aangezien aan een gelijkaardig zorgpakket verschillende kosten kunnen verbonden zijn doordat de patiëntenkenmerken kunnen verschillen (deze zijn niet gemakkelijk te identificeren op basis van administratieve data), of doordat de zorgverleners andere kenmerken hebben. Anderzijds zijn een aantal belangrijke aanpassingen mogelijk gezien de rijkheid van de routinedata en gezien de populatiegroep die wordt beschouwd (sociodemografische aanpassingen, gebruik van propensity scores), met als doel zich ervan te verzekeren dat de geobserveerde verschillen toe te schrijven zijn aan de projecten. Desalniettemin kan de identificatie van de verschillen in zorggebruik tussen de verschillende vergelijkingsgroepen (groepen zonder project, en de administratieve populatie die geen gebruik maakt van het project) ook essentiële informatie opleveren die ons helpt om de specificiteit van de bestudeerde groepen te begrijpen voor de zorgverleners om zo:

- De rekrutering van begunstigden te kunnen opvolgen
- Eventuele problemen met toegankelijkheid/ rekrutering te identificeren (bv. Een wanneer operationele populatie een ander specifiek profiel heeft dan dat oorspronkelijk was voorzien)
- Bepaalde patronen van zorggebruik te identificeren die mogelijk verband houden met een specifiek profiel (bv. Gerelateerd aan een geografisch gebied, sociaaleconomische status, leeftijdscategorie ...)

5.7.2 Efficiëntie-evaluatie

Welke types gezondheidszorggebruik kennen een ”hoge/lage waardering” voor elke patiëntengroep?

- Op niveau van de begunstigde (vergelijking voor/na)
    - Hoe varieert het gebruik van verschillende soorten zorggebruik (gemeenschapsgerichte zorg, woonvoorzieningen, langdurige zorg/acute zorg…) doorheen de tijd (voor/na de interventie) voor specifieke patiëntengroepen (personen met een handicap, multimorbiditeit, einde-levensfase…)
    - Welke veranderingen in het zorggebruik zijn wenselijk voor de patiëntengroepen? Wordt er een toename in “hooggewaardeerde” zorg en een afname in “laag gewaardeerde” zorg geobserveerd?
    - Welke gevolgen hebben de ‘positieve” veranderingen in het geobserveerde zorggebruik op de kosten?
- Vergelijkingen tussen de administratieve populatie (die nog niet van de mogelijkheden van het project gebruik maakt)/niveau van de gebruikers
- - Wat zijn de verschillen in het gebruik van verschillende soorten zorggebruik (gemeenschapsgerichte zorg, woonvoorzieningen, langdurige zorg/acute zorg…) tussen de groepen van gebruikers en dezelfde groep in de administratieve populatie of specifieke patiëntengroepen (personen met een handicap, multimorbiditeit…)?
- Leiden de verschillen in zorggebruik tot verbetering in dit gebruik en welke kost is hieraan verbonden?

Value for money moet daarom gebruikt worden om efficiëntie- en billijkheidsissues op te sporen en moet de ICPs aanzetten tot een reflectie hierover.

- **De waarde (Value)** wordt gemeten aan de hand van (sociale en) gezondheidsspecifieke gebruikspatronen voor specifieke subgroepen uit de populatie. De geselecteerde projecten (in juni 2017) zullen betrokken worden om (sociale en) gezondheidsspecifieke gebruikspatronen voor specifieke subgroepen uit de populatie te identificeren die gerelateerd zijn aan de projectinterventies. Benchmarks met betrekking tot (sociaal en) gezondheidsgebruik (gedefinieerd op basis van evidentie of consensus van experten) zullen vergeleken worden met het geobserveerde gebruik van middelen (tijdens de eerste fase op basis van de IMA-data).
- **Geld (Money).** Dit zal gemeten worden op basis van het kostenpatroon van de zorg waarop gefocust wordt. De kosten zullen doorheen de tijd gemonitord worden.

Dus, twee verschillende normatieve analyses zullen uitgevoerd worden:

- Een kwaliteitsbenadering: specifieke patronen van gezondheidszorggebruik zullen geïdentificeerd worden bij de verschillende projecten (gefocust op een specifieke doelgroep binnen de populatie en een specifiek dienst/zorgaanbod). De geobserveerde kosten zullen vergeleken worden met de kosten van de het "gebenchmarkte" zorggebruik. Deze zullen gedefinieerd worden op basis van een literatuurstudie die uitgevoerd wordt door medische studenten, expertgroepen en professionele medewerkers van de projecten.
- Een kwantitatieve benadering: een grondige analyse van de extreme scores van de distributie van de verdeling van het zorggebruik laten toe om overmatig/ondermatig zorggebruik te identificeren, bv.:
    - De meerderheid van de kwetsbare ouderen consulteert op zijn minst één keer de huisarts per half jaar. Een significante proportie van de ze ouderen consulteert de huisarts niet gedurende deze periode. Hebben deze personen een andere socio-economische status, of wonen zij in een bepaald geografisch gebied?
    - Waarom maakt een aanzienlijk deel van de ouderen zonder functionele of cognitieve beperkingen gebruik van hygiënische zorgverpleging gedurende een lange periode?

In een eerste fase zal de statistische analyse verkennend zijn. Het doel is om potentiële verbeteringen in de distributie van gezondheidszorg te identificeren, en om de verschillen in patronen van gezondheidszorggebruik te begrijpen. Hiervoor zullen verschillende statistische technieken worden gebruikt, aangezien de distributie van resources en kosten van gezondheidszorg vaak niet normaal verdeeld zijn, omwille van scheefheid, een veelheid aan nul waarden… Parametrische en niet-parametrische methoden zijn mogelijk (generalised linear models, quantile regression…). De bootstrapping methode kan gebruikt worden om onzekerheid te schatten.

Billijkheid: de nood aan een indicator voor socio-economische status

Naast andere criteria (geografisch, demografisch…) moet socio-economische status opgenomen worden om billijkheid te kunnen onderzoeken. Er is geen mogelijkheid om een voldoende specifieke en exhaustieve indicator voor socio-economische status te halen uit de IMA-data. Daarom zullen verschillende variabelen uit de KSZ gebruikt worden om deze indicatoren te construeren. De belangrijkste beperking van de KSZ-data is dat ze geen volledige informatie bevatten van inkomsten uit financiële activa en eigendommen. Maar, in sommige gevallen wordt de toekenning van sociale voordelen bepaald op basis onder andere dergelijke inkomsten. Een deel van de personen met lage inkomsten kunnen ook andere financiële of andere inkomsten vanuit eigendommen hebben die niet geregistreerd worden.

De belangrijkste criteria die gekozen worden om de socio-economische status te definiëren zullen op het inkomstenniveau zijn. Een precies algoritme gebaseerd op de verschillende KSZ-indicatoren zal geconstrueerd worden om:

- De nodige variabelen te identificeren
- Het risico op vertekeningen te analyseren (op vlak van accuraatheid, exhaustiviteit, specificiteit, en discrepanties in de timing van de updates) voor de gebruikte variabelen.

Synthese

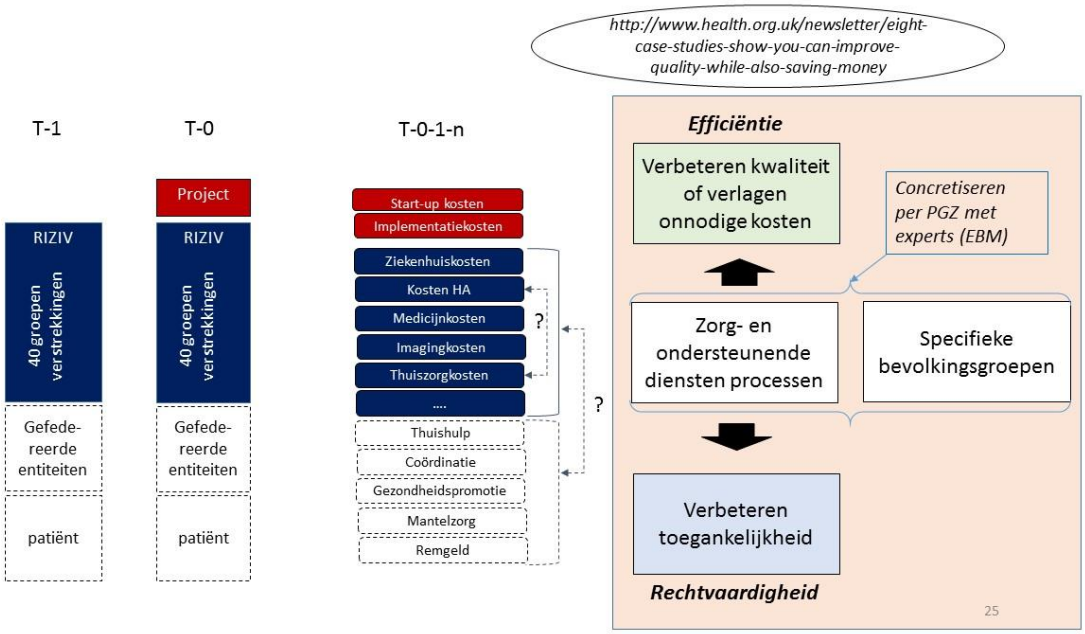
Verschillende soorten vergelijkingen zijn denkbaar en kunnen gecombineerd worden: voor/na, administratieve populatie/gebruikersniveau, tussen projecten, "gebruikelijk zorggebruik". Analyse 1(), (2), (3) en (4) zijn gepland. De haalbaarheid zal echter geschat worden op basis van de potentiële moeilijkheden die kunnen opduiken (bv vertraging van beschikbaarheid van data) of belangrijke veranderingen die kunnen gebeuren in de projecten (bv in de doelpopulatie), en naar gelang veranderingen in de prioriteiten. Het is dan ook nodig dat we de haalbaarheid van de verschillende benaderingen evalueren in overeenstemming met de inter-administratieve cel en het wetenschappelijk begeleidingscomité.

Tabel 6 Synthese van de mogelijke en geplande analyses

Type vergelijking	**Administratieve populatie** (gebrek aan accurate individuele data over beperkingen op basis van de BelRAI screener)	**Operationele populatie**
No *(bij aanvang)*	(1) - Beschrijvende analyse van het zorggebruik en de kostenstructuur - Identificatie van de belangrijke issues volgens de normatieve analyse van zorggebruik: ✓ Gebaseerd op specifieke patronen van gezondheidszorggebruik)gedefinieerd in de literatuurstudie) en andere bronnen zoals experten en de professionals die deel uitmaken van het project ✓ Gebaseerd op potentieel ondergebruik en overgebruik van gezondheidszorg (kwantitatieve analyse)	
Doorheen de tijd *(binnen het project)*	(3) Opvolging van de veranderingen in de kostenstructuur en –niveaus. (naargelang het opschalingsproces van de projectimplementatie), om zo te berekenen: ✓ De opschaling van de projecten ✓ De impact van de veranderingen in gezondheidszorggebruik op de kosten	(2) - Vergelijking tussen de administratieve en operationele populaties die nog geen gebruik maken van het project. - Voor/na vergelijking bij gebruikers De objectieven zullen zijn: ✓ De identificatie van potentiële verschillen in de profielen tussen de verwachtte en de bereikte profielen (vb. socio-economische, verder gevorderde ziektestadia…) ✓ De identificatie van verbeteringen in het gezondheidszorggebruik ✓ Het berekenen van de verschillen in kosten

Tussen de geïmplementeerde projecten *(als operationele populaties vergelijkbaar zijn)*	Beschrijving van de regionale verschillen met betrekking tot: ✓ Het profiel van de doelgroep en de subgroepen ✓ Zorggebruik ✓ Hoogte van de kosten en de kostenstructuur	- Beschrijvende analyse van de verschillen in profielen en subgroepen van gebruikers - Schatting van de verschillen in zorggebruik en kosten voor gelijkaardige gebruikers
"gebruikelijk zorggebruik" *(ongedefinieerd geografisch gebied))*		(4) Een gelijkaardige sample van "gebruikelijk zorggebruik" in de permanente sample, - Aanpassingen in de profielen van de nodige patiënten - Schatting van de verschillen in zorggebruik en kosten

De vergelijking tussen de het gezondheidszorggebruik dat gebenchmarkt werd zal indicaties opleveren over de toegankelijkheid van zorg (als proxy voor billijkheid) en de efficiëntie van zorg. De onderstaande figuur geeft dit schematisch weer:



Figuur 3 Evaluatie van gezondheidszorggebruik als proxy voor billijkheid

Tabel 7. Selectie van kostenindicatoren door het FAITH.be-consortium op basis van wetenschappelijke en grijze literatuur

II: KOSTEN (de geïncludeerde kosten zullen bij de start overeenkomen met de nomenclatuurcodes die zich in de lijst met de codes van 40 groepen verstrekkingen ziekteverzekering bevinden)					
Indicator	**Teller**	**Noemer**	**Frequentie datarapportage**	**Databron ***	**Sample op basis waarvan dit gemeten kan worden**
Ziekenhuisopname kosten	Ziekenhuisopname kosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B
Medische beeldvorming en laboratorium kosten	Medische beeldvorming en laboratorium kosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B
Huisartskosten	Huisartskosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B
Medisch specialist kosten	Medisch specialist kosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B
WZC kosten	WZC kosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B
Medicijnkosten	Medicijnkosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B
Verpleegkundige thuiszorgkosten	Verpleegkundige thuiszorgkosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B
Spoedgevallen kosten	Spoedgevallen kosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B
Totale gezondheidszorgkosten	Totale gezondheidszorgkosten over 1 jaar	Totale populatie en gestratificeerd op basis van bovengenoemde criteria	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample A en B

Opmerking:

- Zodra data over sociale zorg beschikbaar worden gemaakt via de regio's ("aide au domicile", "welzijn ") zullen andere kostenposten moeten worden berekend. Dit moet o.m. toelaten om na te gaan of een vermindering in de kosten in de ene sector niet gebeurt ten koste van een verhoging van de kosten in een andere sector.
- (*) Databronnen die nodig zijn voor de indicator of voor de stratificatie

Tabel 8: Selectie van indicatoren van gewaardeerde zorg door het FAITH.be-consortium op basis van de wetenschappelijke en grijze literatuur

III: GEWAARDEERDE ZORG (INDICATIE VAN TECHNISCHE EFFICIENTIE EN RECHTVAARDIGHEID)					
Indicator	**Teller**	**Noemer**	**Frequentie datarapportage**	**Databron**	**Sample op basis waarvan dit gemeten kan worden**
Ziekenhuisopname door middel van de afdeling spoedeisende hulp (per 1000) afgelopen 12 maanden	Aantal episodes van hospitalisatie door middel van de afdeling spoedeisende hulp in de afgelopen 12 maanden	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C
Aantal spoedeisende hulp consulten (per 1000), laatste 12 maanden	Aantal spoedeisende hulp consulten van hospitalisatie in de afgelopen 12 maanden	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C
Aantal vroege 30-daagse heropnames (per 1000) in de afgelopen 12 maanden als gevolg van ziekte Xi	Aantal vroege 30-daagse heropnames in de afgelopen 12 maanden	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C
Aantal poliklinisch gespecialiseerde bezoeken (per 1000)	Aantal poliklinisch gespecialiseerde bezoeken in de afgelopen 12 maanden in een bepaald persoon profiel	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C
Indices van het aantal gespecialiseerde bezoeken / huisarts bezoek	Aantal gespecialiseerde poliklinische bezoeken / huisartsbezoek in de afgelopen 12 maanden in een bepaald persoon profiel	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C
Het aantal patiënten dat <5 geneesmiddelen gebruikt (per 1000), laatste 12 maanden, ongeacht oorzaak	Het aantal patiënten dat <5 geneesmiddelen gebruikt, laatste 12 maanden, ongeacht oorzaak	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C
Het aantal patiënten dat >5 geneesmiddelen gebruikt (per 1000), laatste 12 maanden, ongeacht oorzaak	Het aantal patiënten dat >5 geneesmiddelen gebruikt, laatste 12 maanden, ongeacht oorzaak	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C
Het aantal patiënten (per 1000) met stopzetting van geneesmiddelenvoorschrift essentieel voor de bestrijding van de ziekte	Het aantal patiënten met stopzetting van geneesmiddelenvoorschrift essentieel voor de bestrijding van de ziekte	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C
Gebruik globaal medisch dossier	Aantal mensen met een open globaal medisch dossier	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C

Aantal huisartsbezoeken buiten kantooruren per 1000 patiënten in de afgelopen 12 maanden	Aantal huisartsbezoeken buiten kantooruren in de afgelopen 12 maanden	Een bepaald persoon profiel	Jaarlijks	IMA + BelRAI screener	Sample B en C

Opmerking:

- Zodra data over sociale zorg beschikbaar worden gemaakt via de regio's zullen andere kostenposten moeten worden berekend. Dit moet o.m. toelaten om na te gaan of een vermindering in de kosten in de ene sector niet gebeurt ten koste van een verhoging van de kosten in een andere sector.
- Bijzondere nadruk zal worden gelegd op:
    - Voor rechtvaardigheid (equity): focus op onderbenutting voor specifieke subgroepen (dat wil zeggen geen gebruik van verpleging en verzorging bij ADL> 3 onderbreking medicijnen als gevolg een spoedopname voor een specifieke aandoening)
    - Voor efficiëntie: focus op profielen met de hoogste kosten

5.8. Populaties in de uitkomst evaluatie

De effecten van de geïntegreerde zorg pilootprojecten zullen worden vastgesteld door uitkomstmaten te vergelijken door de tijd heen en voor verschillende populaties:

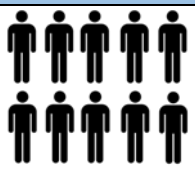
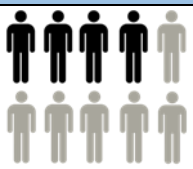
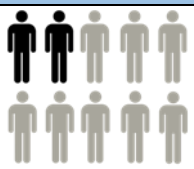
(A) *"De administratieve doelpopulatie"* is de gehele bevolking van begunstigden wonende in het afgebakende geografische gebied waarin het project plaatsvindt en die beantwoorden aan de meetbare kenmerken die het project heeft gedefinieerd en die geselecteerd werden in de gezamenlijke KB-lijst; tenzij het pilootproject ervoor kiest om de totale bevolking in de doelpopulatie op te nemen, betreft dit (groepen van) begunstigden die verschillende chronische ziekten hebben, zonder beperkingen met betrekking tot leeftijd, comorbiditeit of eventuele polypathologieën en zorgperioden;

"De operationele doelgroep": de groep van begunstigden van wie alle belanghebbenden in een project overeenkomsten hebben gesloten en zich engageren om geïntegreerde zorg aan te bieden om zo de doelstellingen van artikel 2 van het KB te bereiken.

(B) "*Geïncludeerde begunstigden*": de begunstigden binnen de operationele doelgroep die persoonlijk geïnformeerd werden over de zorgarrangementen in het kader van geïntegreerde zorg en met wie specifieke overeenkomsten werden gesloten, die het gevolg zijn van de ontwikkeling van de componenten uit artikel 3 van het KB. Begunstigden wiens woonplaats zich buiten de regio van het pilootproject bevindt, kunnen hier ook deel van uitmaken.

(B) ***De operationele/begunstigde populatie*** is een subpopulatie van de bevolking in het afgebakende geografische gebied. Het is samengesteld uit de 'rechthebbenden' voor wie daadwerkelijk zorgafspraken zijn gemaakt in het kader van het project (bijvoorbeeld een zorgpad, de betrokkenheid van een casemanager, de lay-out en afspraken in een multidisciplinair zorgenplan, empowerment van de patiënt, ...).

(C) ***Het project subsample*** is een willekeurige of gestratificeerde-sample van 100 personen die deel uitmaken van de operationele/ begunstigde bevolking van het project.

Administratieve populatie (A)	Operationele/begunstigde populatie (B)	Subsample van de operationele/begunstigde populatie (C)
		

Figuur 4 De verschillende types van populaties – de geïncludeerde populatie zal wellicht toenemen doorheen de tijd

5.9 Stratificatie procedure

Het doel van de stratificatie is om de effecten van projecten voor specifieke subgroepen van de populatie te analyseren. Dit is met name nuttig voor de 'waarde voor de gezondheid' evaluaties.

De volgende verschillende soorten variabelen worden gebruikt om te stratificeren:

- Diagnose (ziekte met inbegrip van multi- of comorbiditeit) (mogelijk met IMA-database via proxy's of in de toekomst door middel van gedeelde klinische bestanden)

- Functionele de status (ADL en IADL) (mogelijk met BelRAI screener)
- Cognitieve status van (mogelijk met BelRAI screener)
- Sociale status (mogelijk met BelRAI – mogelijks toe te voegen aan de screener)
- Leeftijd (mogelijk met Kruispunt bank)
- Sociaaleconomische status (mogelijk met Kruispuntbank)

Tabel 9 Designs van de Triple Aim2+ evaluatie

Design	Populatie van belang / Sample	Data	Methode	Indicatoren voor onderzoeksvraag n°
Populatie gebaseerde time series (sample A)	Gehele populatie (OF geïncludeerd) in de administratieve populatie (A)	IMA- HIS-Farmanet en Kruispuntbank	- Time-series - Matching van de controlegroep via *propensity* scores - Stratificatie via IMA en Kruispuntbank data	- Volksgezondheid - Kosten
Project gebaseerd cohort (Sample B)	De hele operationele/begunstigde populatie(B), met informed consent	Data verzameld door de projecten: BelRAI screener en andere project specifieke data (PSD)	- Cohort studie design (follow-up van individuen) - Stratificatie via IMA en Kruispuntbank data en BelRAI screener	- Volksgezondheid - Kosten - *Value for money* → Rechtvaardigheid en efficiëntie
		Korte termijn: IMA Lange termijn: Routinematig beschikbare data (eHealth)		
		Link met RRN		
FAITH-subsamples (sample C)	Randomisatie (baseline) en gestratificeerde randomisatie van project gebaseerd cohort (B)	PROMs en PREMs *(FAITH.be verzameling)*	- Cohort studie design (follow-up van individuen) - Stratificatie via IMA en Kruispuntbank data en BelRAI screener	- Patiënt ervaring
	Herhaalde gestratificeerde subsamples van bij een project betrokken professionals?	Gerelateerd aan werkleven/werktevredenheid professionals *(FAITH.be verzameling)*	Stratificatie gebaseerd op representativiteit van de verschillende zorgverleners	- Werkleven van professionals

5.10 Dataverzameling en dataflow

5.10.1 Een aantal leidende principes omtrent de nodige dataverzameling om de uitkomstenevaluatie mogelijk te maken

1. Op dit moment zijn er zoveel onzekere factoren met betrekking tot het verzamelen van gegevens dat het niet mogelijk is een volledig gedetailleerd protocol op te stellen. Voor veel procedures is FAITH.be ook afhankelijk van externe factoren en organisaties, onder andere de projecten zelf. Dus, op dit het moment kunnen we enkel voorstellen formuleren die met de stakeholders en partners zullen moeten worden besproken, zoals met de pilootprojecten.
2. We kunnen echter wel al enkele leidende principes formuleren:
   KISS – Keep It Simple & Smart (houdt het eenvoudig en slim) – zelfs wanneer de wetenschappelijke standaarden die gelden voor ”laboratoriumachtige omstandigheden’ niet worden bereikt.
   b. Het doel is om een monitorsysteem op te zetten dat toelaat om de Triple Aim 2+ op regelmatige basis te evalueren
   c. Data zal zo veel als mogelijk via routinedatabronnen worden verzameld. De primaire databronnen (huisartsenpraktijken, ziekenhuizen…) indien mogelijk en beschikbare secundaire databronnen (IMA, KSZ…). We schuiven hierbij het KISS-principe (keep it simple and smart) naar voor. De grote complexiteit van het gehele plan en de diverse projecten zo veel mogelijk te vereenvoudigen, zou weleens de enige manier kunnen om tot resultaten te komen.
   d. We pleiten ook voor een pragmatische, ‘bottom-up’-benadering bij de dataverzameling. We starten met haalbaar en beschikbare procedures, en zullen stap voor stap een systeem opbouwen dat nieuwe technologieën en procedures introduceert wanneer ze beschikbaar en functioneel worden (dit betekent: niet te veel computer bugs, gebruiksvriendelijk…)
   e. Indien supplementaire dataverzameling nodig is voor de transversale analyse (bv. PROMs & PREMs), zal FAITH deze evaluatie organiseren. Hiervoor zullen we hoofdzakelijk gebruik maken van een innovatieve “app”. Deze technologie maakt het mogelijk om via een geautomatiseerd systeem vragen te laten opspringen of data rechtstreeks in te geven.
   f. Principe b en c brengen met zich mee dat we de beperkingen met betrekking tot de wetenschappelijke nauwkeurigheid van de dataverzameling, en dus ook met betrekking tot de resultaten, moeten erkennen. Er is nu eenmaal geen mogelijkheid om een soort ‘laboratoriumomgeving’ te creëren, noch de mogelijkheid om een setting te creëren die de voorwaarden voor een gerandomiseerd, gecontroleerd experiment benaderen.
   g. FAITH.be zal geen bijkomende (extra) inspanningen vragen van de projecten om data te verzamelen voor data die ze zelf niet nodig hebben. Elk project is uiteraard vrij om extra dataverzamelingen te organiseren indien zij dit nuttig of noodzakelijk achten om hun doelen te bereiken.
   h. We moeten overlappingen vermijden. De data die verzameld wordt door FAITH.be moet nuttig zijn voor de projecten en vice versa. We zoeken met andere woorden naar synergiën. Daarom moet een gezamenlijke onderneming met elk project en FAITH.be met betrekking tot de dataverzameling, analyse en interpretatie overwogen worden. We stellen voor dat elk project dat dit wenselijk echt, een ‘evaluator’ toewijst die virtueel deel zal uitmaken van het ‘uitgebreide’ FAITH.be-consortium dat toegang zal hebben tot alle verzamelde data van het desbetreffende pilootproject, dus ook de data verzameld door FAITH.be. Deze gezamenlijke onderneming moet een structurele synergie tussen de FAITH.be-databank en de dashboard van de projecteren garanderen.

i. We stellen voor om zo veel mogelijk databronnen aan elkaar te linken, in de mate waarin de privacy commissie dit toe zal laten.

5.10. 2 Dataflow en specifieke vragen voor IMA

De voorgestelde dataflow wordt geïllustreerd in de onderstaande figuur. Deze zal progressief ontwikkeld worden, afhankelijk van de beschikbaarheid van de data van specifieke databronnen.

Verwacht wordt dat:

- IMA en KSZ-databanken onmiddellijk beschikbaar zullen zijn. Een beperking van deze databanken is de vertraging vooraleer deze vervolledigd zijn.
- Diagnose vanuit de ziekenhuizen (Met de ICD-10 classificatie in MZG, die snel beschikbaar zou kunnen zijn) en vanuit de eerstelijnszorg (waar de standaardisatie van de diagnose minder gestandaardiseerd is en de informatieve met een grotere vertraging beschikbaar is)
- De BelRAI screener zal ingevuld worden voor elke nieuwe persoon die geïncludeerd wordt in het project.
- Mensen die geïncludeerd worden in het project (met hun zorgverlener die hen includeert) zullen "gevlagd" worden via MyCareNet
- FAITH.be zal een specifieke dataverzameling organiseren voor de PROMs and PREMs + Jobtevredenheid van de zorgverlener
- Data over sociale en welzijnsdiensten zullen door de regio's geleverd worden (maar dit is nog niet georganiseerd)
- Healthdata.be neemt de rol op van derde partij en om de individuele link tussen de data van de verschillende databanken met het geëncrypteerde nationale nummer
- Specifieke data zal geproduceerd worden door de projecten (grotendeels over de geleverde activiteiten en de implementatie van de 14 componenten)

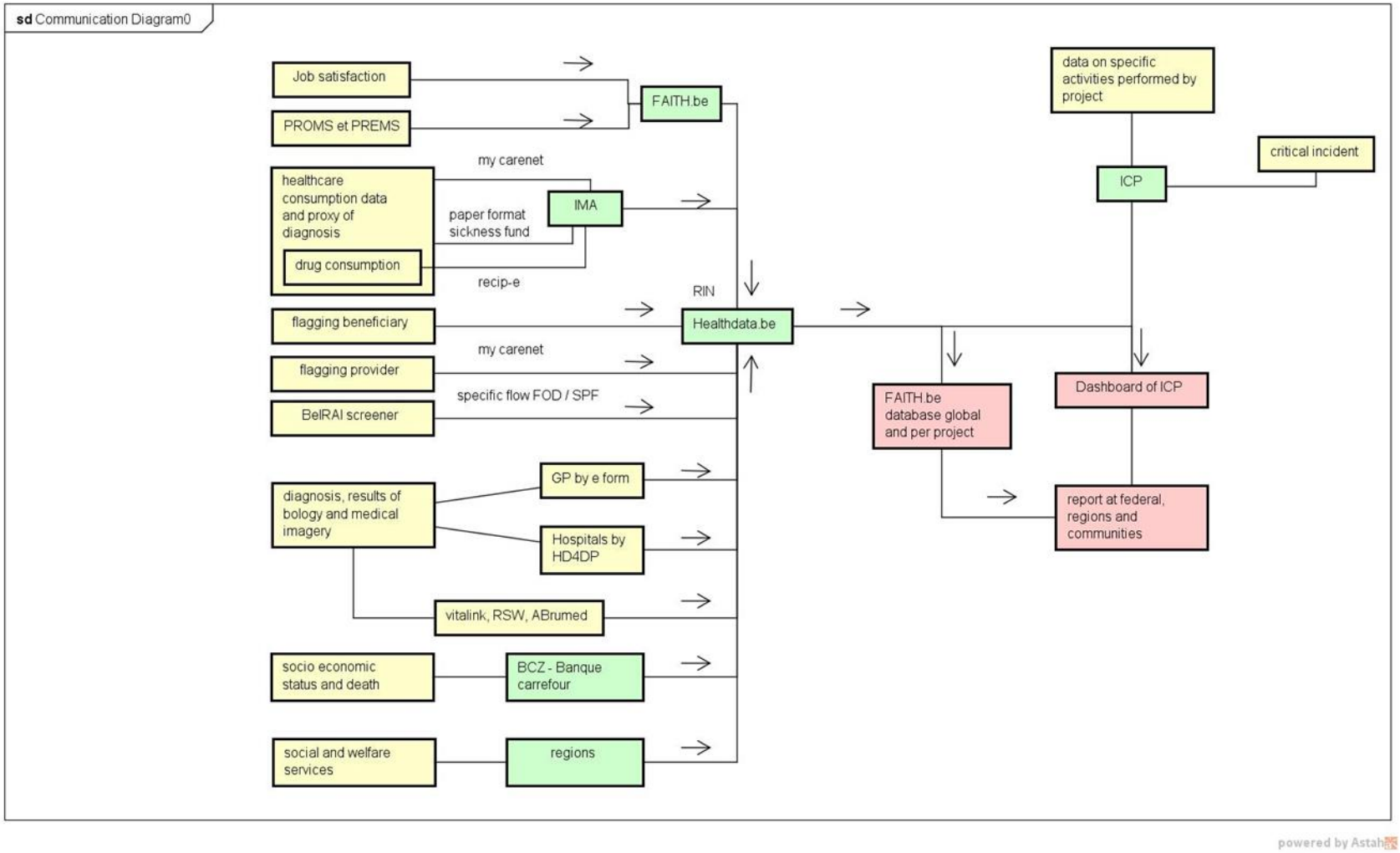
Stappen om te werken met IMA-databanken worden als volgt voorgesteld:

1) Wanneer de projecten geselecteerd worden zullen de administratieve, operationele populatie en specifieke subgroepen (stratificatie) voor de geselecteerde projecten **(Juni 2017)**
2) Samen met de projecten en experten het profiel op vlak van gezondheidszorgconsumptie definiëren (met inbegrip van ADG) dat moet toelaten om de operationele populatie en specifieke subgroepen te identificeren (stratificatie van de operationele populatie) voor elk geselecteerd project in de IMA-databank **(Juni –Juli 2017)**
3) Het dossier voor de privacy commissie uitschrijven wanneer stap 1 en 2 gedefinieerd zijn **(Juni-Juli 2017)**. Dit zou de volgende vragen voor IMA inhouden:
    a. FAITH.be zal werken aan drie verschillende samples met de geselecteerde mensen met het specifieke profile dat overeenstemt met de verschillende strata van de operationele populatie:
        i. Van de administratieve populatie van de projecten (A)
        ii. Van een vergelijkingssample (bestaande uit mensen uit de populatie van de projecten (B) (geëxtraheerd uit de permanente sample, of uit de algemene populatie?)
        iii. Van de geïncludeerde populatie (gevlagd via MyCareNet") (C)
    b. De volledige IMA-databank verkrijgen van sample A (administratieve populatie) en B:

i. Een soort “data mining” doen, i.e. door bij alle strata naar “ongebruikelijke” zorggebruik te bekijken en “do-not-do –types” van gezondheidszorg te identificeren

4) Een eerste aanlevering van IMA-data met retrospectieve data van sample A en B (drie voorgaande jaren, 2013, 2014, 2015) van de samples A **(levering voorzien voor September-Oktober 2017)**
5) Tegelijkertijd ook zoeken naar evidentie of bijdragen van experten om deze “do-not-do”-types van gezondheidszorggebruik te definiëren voor strata van de operationele populatie
6) Tweede aanlevering van IMA-data met de volgende elementen **(Mei 2018)**:
    a. Voor de administratieve populatie, de 40 groepen om de kosten te berekenen
    b. Voor administratieve populatie, de operationele populatie, onderverdeeld in strata (geïdentificeerd op basis van een specifiek gezondheidszorggebruikprofie), geïncludeerde populatie, en vergelijkingssample, de 40 groepen plus eventuele specifieke groepen van (gezondheidszorg) dienstverleningen om de “do-not-do-types” van gezondheidszorggebruik te identificeren.

    De beschouwde periode:
    a. Een jaar voor de start van de projecten (September 2016 – Augustus 2017)
    b. De langst mogelijke periode, rekening houdend met het aanvaardbare niveau van vervollediging (70% van de provisie, of 90%) van de basisgegevens?
7) Derde aanlevering (dezelfde dan de tweede) in **Mei 2019** met een langere periode die in beschouwing genomen wordt



Figuur 5. Mogelijke algemene populatieflow

5.11 Drie studie designs die gebruikt zullen worden

De effecten van de geïntegreerde zorg pilootprojecten zullen worden vastgesteld door middel van drie studie designs voor de vijf uitkomst dimensies van de Triple Aim [2+]. De keuze voor een bepaald design zal afhankelijk zijn van de betrokken populatie(s), de beschikbaarheid van data op verschillende niveaus en de algemene haalbaarheid.

5.11.1 Inclusieprocedure voor patiënten

De procedure voor het includeren van patiënten zullen FAITH.be en de projecten samen moeten bespreken. Aan elk project wordt gevraagd om in het kandidaatsstellingdossier de procedure voor de inclusie van patiënten in de projecten te preciseren. Om een evaluatie van de impact van de projecten mogelijk te maken, moet hierbij aan bepaalde minimale voorwaarden worden voldaan. Deze worden hieronder beschreven:

- Tijdens het eerste contact van een patiënt met het project, vraagt de professional de toestemming van de patiënt. Deze toestemming kan in twee fasen gebeuren, afhankelijk van de verschillende aspecten waarover de patiënt zijn toestemming al dan niet verleent:
    - De patiënt stemt toe om deel te nemen aan het project. In dit geval kunnen de medische gegevens worden gedeeld met professionals met wie hij een therapeutische relatie heeft, en kunnen deze gegevens worden gebruikt voor de wetenschappelijke evaluatie[5].
    - De patiënt stemt toe om gecontacteerd te worden door FAITH.be, om eenmaal per jaar een paar vragen over de ervaren gezondheid en ervaringen met geïntegreerde zorg (PROM en PREM) te beantwoorden. In dit geval, wanneer hij/ zij toestemt om gecontacteerd te worden via SMS, e-mail (of telefoon in bepaalde omstandigheden - zie hieronder) en worden deze coördinaten opgeslagen via een beveiligd platform.
- Op dat moment verifieert de professional of de patiënt al in het systeem (via MyCareNet) is gevlagd. Als de patiënt niet is gevlagd, vlagt de professional de patiënt alsnog;
- Op hetzelfde moment evalueert de professional de staat van de patiënt - of delegeert hij deze taak aan een collega - met behulp van de BelRAI screener 2+
- Als de patiënt toestemt om gecontacteerd te worden door FAITH.be voor de bevraging over PROMs en PREMs, geeft de professional de contactgegevens (mobiele nummer of e-mailadres) in via het beveiligde platform.

5.11.2 Time series design met externe controlegroep

Dit is een *repeated time series design*. Er zal een jaarlijkse meting plaatsvinden op individueel niveau, gebaseerd op routinematig gegevens (IMA en sociodemografische gegevens), op de "administratieve populatie" op het moment van de meting. Stratificatie zal worden gedaan voor de analyse (zie hieronder).

---

[5] Volgens het Koninklijk Besluit van 13 februari 2001, artikel 15, § 2 over de bescherming van persoonlijke gegevens, is toestemming van de patiënt niet vereist als de intermediaire organisatie die betrokken is bij het coderen en koppeling van zijn gezondheidsgegevens een overheidsadministratie is, of die bij wet de expliciete taak heeft ve om gegevens te verzamelen en coderen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de eHealth platform.

Vergelijkingen zullen gemaakt worden (1) door de tijd, (2) tussen projecten en (3) met een "controle" -groep. De controlegroep zal worden samengesteld uit de IMA permanente steekproef.

Om de best mogelijke vergelijking te hebben zal een specifieke controlegroep per project worden gevormd door middel van matching. Potentieel verstorende variabelen die beschikbaar zijn in de IMA-databank zullen worden gecombineerd in een *propensity* score. Deze wordt gebruikt voor het vergelijkingsproces van controle vóór het project start (datum te bepalen). Specifieke scenario's zullen worden onderzocht wat betreft de matching procedure (dat wil zeggen variabelen geïncludeerd in de *propensity* score en 1: 1 versus *multiple matching*).

5.11.3 Longitudinaal "projectmatig" cohort- ontwerp zonder externe controlegroep

Dit is een open cohortstudie design - follow-up van individuen - gebruik makend van de operationele/ begunstigde populatie (B). Er zal een follow-up plaatsvinden van personen die daadwerkelijk in het project instromen (inclusieproces te bepalen), een gestratificeerde analyse door de tijd en een vergelijking tussen de operationele populaties van de verschillende projecten. Wanneer personen geïncludeerd worden in het project, zal verplicht een informed consent gevraagd moeten worden.
Routine data en enkele andere data zullen worden verzameld.

- *Routine data:*
    - *Op korte termijn, IMA-database en Kruispuntbank*
    - *Op lange termijn,*
        - *Gedeelde klinische informatie door middel van eHealth*: Voor zover de technische systemen van eHealth het toestaan om relevante routinematig e-data (SumEHR) te verzamelen die beschikbaar zijn via gedeelde medische e-file - en met toestemming van de patiënt - zullen individuele routine elektronische gezondheidsdata gebruikt worden. Dit behelst onder meer gegevens over de diagnose, leefgewoonten, monitoring van de relevante symptomen (dat wil zeggen de bloeddruk, gewicht) of (bio) markers (dat wil zeggen HbC1, spirometrie, etc.) voor het opvolgen van ziekten en behandelingen.
        - Data die beschikbaar moeten worden gemaakt via de regio's en gemeenschappen: sociale zorg consumptie en gezondheid bevorderende activiteiten die door de gewesten en gemeenschappen worden gefinancierd.
- *Data verzameld op projectniveau (wanneer er contact plaats heeft met de patiënt):*
    - *Op korte termijn:* Verwacht wordt, onder andere, dat data over de diagnose en het afhankelijkheid niveau (deze laatste via de BelRAI screener?) zullen worden verzameld wanneer personen geïncludeerd worden in de operationele populatie.
    - *Op lange termijn:* specifieke data worden verzameld. Met ondersteuning van FAITH.be zullen binnen elk project enige gegevens worden gekozen, afhankelijk van de doelgroep van het project. FAITH.be zal ondersteuning bieden bij het 'wat' en 'hoe' wat betreft het verzamelen van deze data.

Procedure voor het linken van databases:

- "Markeren" van individuen die het cohort binnenkomen: FAITH.be stelt voor om de BelRAI screener[6] te gebruiken in web-based systemen om patiënten te identificeren.
- Informed consent: elke patiënt die in het project-gebaseerde cohort wordt geïncludeerd moet een informed consent ondertekenen. Voor die tijd zal reeds toestemming worden gevraagd aan ethische- en privacy commissies.

In het begin (met IMA-data en BelRAI screener) zal het grootste deel van de data jaarlijks verzameld worden.

5.11.4 "FAITH-subsamples" sub-cohort design voor PROMS, PREMS

Data zullen herhaaldelijk verzameld worden uit twee soorten subsamples voor elk project voor tijdreeksen analyse. Beide subsamples hebben onafhankelijke beoordelaars om bias te voorkomen. Om deze reden zullen onderzoekers van FAITH.be direct betrokken bij het verzamelen van gegevens van deze subsamples (FAITH.be verzameling). De twee subsamples zijn:

- *Subsamples minimaal 100 personen uit de operationele/begunstigde populatie* (B) zullen bijdragen aan het schatten van de PROMs (zie specifiek instrument in de lijst van indicatoren) en PREMS door middel van zelf-toegepaste vragenlijsten (web-based systeem). Een geschat totaal van 2000 patiënten (wij hopen op zijn minsten 100 per project) zal worden opgenomen in de enquête over PROMS en PREMS. Alleen die patiënten die informed consent hebben gegeven, opgenomen in cohort (B) van het pilootproject, en die in staat zijn om een vragenlijst in te vullen, zullen worden geïncludeerd. De selectie van patiënten zal gemaakt worden op het 'instappunt' van het project. Elk project dient zijn eigen instappunt te definiëren. In deze instappunten geven patiënten om hun informed consent. Dit informed consent zal de mogelijkheid inhouden dat patiënten gecontacteerd worden door FAITH.be voor onderzoeksdoeleinden. Herhaalde metingen zullen worden gepland. Aanvullende interviews en/ of focusgroepen kunnen worden georganiseerd als specifieke vragen voortkomen uit de PROMS en PREMS-resultaten.

  Dataverzameling voor de PROMS in die subsample: De meting zal minimaal bestaan uit een T0 en T1 meting, (en indien mogelijk een meting tussen T0 en T1). Naast de items van het meetinstrument, zullen ook geslacht en leeftijd worden geregistreerd.
  Voor elk project zou er een duidelijk '**contactpunt**' voor de patiënten (= **de plaats waar ze hun informed consent kunnen ondertekenen**). Wanneer patiënten het document ondertekend hebben, zou FAITH.be toegang tot hun persoonlijke data moeten krijgen (naam, telefoon, emailadres). De patiënt moet aangeven op het document of hij/zij gecontacteerd wenst te worden om gegevens over de PROMs en PREMs te verzamelen: via 1) mail, 2) telefoon of 3) brief – of via een ander, nog te bepalen, platform (zie verder in het hoofdstuk over dataverzameling bij professionals). FAITH.be zal dan een 1) weblink naar de vragenlijst sturen, de patiënt opbellen voor een telefonische bevraging, of 3) de patiënt contacteren door een papieren vragenlijst op te sturen (die kan teruggestuurd worden door de patiënt). De projecten zijn dus verantwoordelijk voor de eerste communicatie naar patiënten over de metingen van de PROMs en PREMs, en om het informed consent te laten tekenen. De projecten verlenen ons dan de toegang tot de data van de

[6] Eén instrument met dezelfde (webbased) dataverzamelings procedure moet gebruikt worden door alle projecten

patiënten, maar enkel die gegevens die opgenomen zijn in het informed consent, wanneer dit goedgekeurd wordt door het ethisch comité.
FAITH.be is verantwoordelijk voor het contacteren van de patiënten voor de bevraging en is verantwoordelijk voor de data-analyse.

Dataverzameling voor de PREMS in die subsample: De PREMs die onderdeel vormen van het FAITH.be project zullen worden gemeten middels het PACIC instrument ("Patient Assessment of Care for Chronic Conditions" (PACIC, 20 items) die betrekking heeft op essentiële dimensies gerelateerd aan bijvoorbeeld: 1) de continuïteit van zorg, 2) gezamenlijke besluitvorming, 3) rollen en verantwoordelijkheden van het team, 4) toegang tot gezondheidszorgdata, 5) zelfmanagement, en 6) educatie.
De respondent wordt gevraagd om zijn/ haar mening in de vakken van een Likertschaal te geven voor elk van de dimensies.

De meting zal bestaan uit een herhaalde meting (indien mogelijk jaarlijks) tot het einde van de evaluatie.

Alle interviewers (leden van het FAITH.be-consortium verantwoordelijk voor dit deel van het protocol) moeten een collectieve ééndaagse training volgen om de standaardisatie van de gehele datacollectie en veldwerk procedures zeker te stellen.

5.11.5 Subsamples representatief voor alle betrokken partners bij een pilootproject

FAITH.be zal subsamples representatief voor alle betrokken professionals bij een pilootproject bestuderen om de effecten van het project op de volgende punten te meten:

- Werktevredenheid
- Houding ten opzichte van multidisciplinair werken
- Afwezigheidsgraad (alleen indien routine data kan worden verkregen via provider organisaties)
-

Betrokken populatie
De populatie van belang waarvoor een subgroep zal worden gecreëerd bestaat uit alle professionals die betrokken zijn bij de uitvoering van een pilootproject.
Echter, op dit moment is deze populatie nog grotendeels onbekend voor het FAITH.be consortium. In hun "Finale template voor interesseverklaring" zullen pilootprojecten een beschrijving te geven van de minimale partners (d.w.z. partners die verplicht aanwezig dienen te zijn binnen een consortium) die zullen worden opgenomen in hun project en een beschrijving van de facultatieve partners (d.w.z. extra niet- vereiste partners die worden opgenomen in een consortium). Zodra deze informatie beschikbaar is kan FAITH.be de populatie van belang definiëren op basis waarvan subsamples zullen worden gecreëerd. Box 1 geeft een gedetailleerde beschrijving van 'minimal partners' en facultatieve partners'.

Box 1. Beschrijving van 'minimale partners' en 'facultatieve partners' in pilootprojecten

A. Minimale partners die verplicht dienen aanwezig te zijn binnen het consortium:

1. Actoren vanuit de eerste lijn (minimaal huisartsen en thuisverpleegkundigen, met de mogelijkheid tot uitbreiding naar apothekers, kinesitherapeuten, tandartsen, psychologen...)
2. Actoren vanuit de tweede lijn (ziekenhuizen, revalidatiecentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, expertisecentra, …). De profielen van zorgverleners zullen gekozen worden in functie van die het meest betrokken zullen zijn bij de veranderingen die door Integreo veroorzaakt worden.
3. Medisch specialisten die vaak betrokken zijn bij chronische zorg (bv. geriatrie, cardiologie, …)
4. Partners uit de woonzorg en thuiszorg
5. Overleg- en coördinatiestructuren of netwerken (bv. SEL, LMN, GDT, …)
6. Patiënten-, mantelzorg- en/of familieverenigingen

B. Facultatieve partners die ook kunnen betrokken worden binnen het consortium:

1. Actoren vanuit de welzijnssector (bv. diensten voor personen met een handicap, jeugdzorg, andere sociaal-maatschappelijke diensten, …)
2. Actoren vanuit de ziekenfondsen
3. Actoren vanuit de non-profit sector (socioculturele organisaties, sportverenigingen, opleidingscentra, vrijwilligersorganisaties, …)
4. Actoren vanuit de lokale overheden (steden/gemeenten en OCMW)
5. Actoren vanuit de private sector (commerciële partners en bedrijven)

Bron: "Finale template voor interesseverklaring"

Alle pilootprojecten zullen informatie verstrekken voor hun minimale en facultatieve partners aangaande:

- Partner naam/ organisatie/ contactgegevens
- Rol binnen de zorgsector/ type activiteit (bijv. thuisverpleging en thuishulp)
- Diensten van de organisatie die betrokken zijn (indien van toepassing)

Methoden

De pijler "professionals in de gezondheidszorg en welzijnszorg" zal worden geëvalueerd door het FAITH.be -consortium zelf. Er zal geen extra werk van de lokale projecten worden gevraagd.

- Voorgestelde Steekproef: "allen die betrokken zijn bij de uitvoering van een pilootproject" (cf. Protocol.). Meer technisch gezien, kunnen we zeggen dat "alle gezondheidswerkers die zijn beschouwd worden als 'betrokken bij een geïntegreerd zorgproject (GZP) en die (elektronisch) een specifiek 'Informed Consent Document' hebben ondertekend.
- Omwille van de projecten zelf, voor de overheid en voor het FAITH.be, moet een inclusieprocedure voor 'betrokken professionals' worden overeengekomen en uitgerold. Wij denken dat de projecten zelf hebben aanzienlijk voordeel door het definiëren van de groep van professionals die werkt binnen het project, en dat dus een "win-win" situatie kan worden gecreëerd tussen FAITH.be en de projecten.
- Vooral in grotere organisaties (ziekenhuizen, verpleeghuizen), moet speciale aandacht worden besteed aan het includeren en aanduiden alle professionals die betrokken zijn bij het project.
- 'betrokken bij een GZP' moet breed worden geïnterpreteerd: van "werken voor het project als coördinator = de binnencirkel" tot (=>) "ten minste één patiënt die ook een 'cliënt' van het

proefproject is = de buitencirkel". Verschillende kringen zullen ontstaan bij de verdere uitrol van de projecten.

- Het betreft professionals die werkzaam zijn in volgende domeinen:
    - Actoren uit de eerstelijnszorg (huisartsen en thuisverpleegkundigen, met de mogelijkheid tot verlenging voor apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen, psychologen, ...)
    - Actoren uit de tweedelijnszorg (ziekenhuizen, revalidatiecentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, expert centers, ...). Het profiel van professionals zal worden gekozen op basis van degenen die het meest worden beïnvloed door de veranderingen die Integreo met zich meebrengt.
    - Medische specialisten die vaak betrokken zijn bij chronische zorg (bijv. geriatrie, cardiologie, ...)
    - Partners uit residentiële zorg en thuiszorg
    - Overleg- en coördinatiestructuren of netwerken (bijvoorbeeld SEL, LMN, GDT ...)
    - Patiënten-, mantelzorgers- en/ of familieverenigingen
    - Actoren uit de welzijnssector (bijvoorbeeld voor personen met een handicap, jongeren, andere sociale en maatschappelijke diensten, ...)
    - Actoren van de ziekenfondsen
    - Actoren uit de non-profit sector (socioculturele organisaties, sportclubs, opleidingscentra, vrijwilligersorganisaties, ...)
    - Actoren van lokale overheden (steden/ gemeenten en OCMW)
    - Actoren uit de private sector (commerciële partners en bedrijven)
- De inclusieprocedure van de "betrokken" professionals moet worden bepaald in consensus met de projecten zelf, FAITH.be en de overheid, omdat deze procedure praktische, methodologische en juridische implicaties heeft. Bijvoorbeeld, professionals kunnen worden uitgenodigd door de projecten om zich in te schrijven, of kunnen op eigen initiatief intekenen. De "inschrijving" zou geautomatiseerd moet worden en zou een automatische geïnformeerde toestemming moeten inhouden, waarin vermeld wordt dat de betrokken providers mogelijks gecontacteerd kunnen worden door FAITH.be voor de evaluatie.
- Elke persoon die een geautomatiseerde informed consent heeft getekend zal gecontacteerd worden door FAITH.be Vragenlijsten worden op twee manieren verzonden: Hetzij door weblink of smartphone app.
- De "app procedure" creëert een versleutelde, beveiligde online platform, een 'virtueel sociaal netwerk beschikbaar via app (of computer). Met dit systeem kunnen we vragenlijsten geregeld laten 'opspringen' bij alle personen die geïncludeerd zijn in het netwerk, dus de gehele sample van geïncludeerde professionals die te betrokken zijn bij het project.
- Wat betreft deze "beveiligde site" bestaan verschillende mogelijkheden: b.v. commerciële platformen zoals Meplis™ of Healthdata.be, een specifieke app die hiervoor wordt ontwikkeld. Om dit op een professionele manier te organiseren, zal FAITH.be een consultant aanstellen om ons te adviseren over hoe we dit best aanpakken.
- [Deze techniek kan overigens ook gebruikt worden voor de patiënt subgroep C]
- Dus, op dit moment, bestaan een aantal onlinemogelijkheden. We kunnen dan ook stellen dat we voor de bevraging van de professionals noch de telefonische, noch papieren vragenlijsten zullen worden gebruikt.

- De eerste vragenlijst ("T0") direct na opname worden gestuurd. Daarna, en dat moet nog bepaald worden, kunnen we de vragen verspreiden zoals we zelf willen (bijvoorbeeld een paar vragen op een meer regelmatige ritme van minder vragen op een minder regelmatig ritme) en dat zal gebeuren in overleg met de GZP's, de IAC en het begeleidingscomité.
- Mensen hebben steeds de mogelijkheid zich terug te trekken uit de virtuele gemeenschap
- Dus, er zal geen selecte steekproefprocedure toegepast worden. Alle geïncludeerde personen zullen de vragenlijst ontvangen en wij zullen de gegevens van degenen die bereid zijn om te reageren ontvangen.
- Wat FAITH.be wenst te weten:
    - Antwoorden op de vragenlijsten die input geven voor de indicatoren: jobtevredenheid, houding ten opzichte van multidisciplinaire aanpak, (en burn-out)
    - Een aantal kenmerken die stratificatie van de steekproef toelaten:
        - ICP-identificatie (1 maal)
        - Rijksregister nummer voor de koppeling - indien geaccepteerd door de privacy commissie] = identiteit! (1 keer)
        - Geslacht en geboortejaar (1 keer)
        - Loopbaan (totale duur van de professionele carrière, anciënniteit huidige functie) - een open vraag gerelateerd aan veranderingen in hun functie als gevolg van de GZP kan worden toegevoegd
        - Functie en domein (regelmatig)
        - Naam van de partner/ organisatie/ contactgegevens (regelmatig)
        - [Rol binnen de zorgsector/ type activiteit (bijvoorbeeld thuisverpleging en huishoudelijke hulp)
        - [De diensten van de organisatie die betrokken zijn (indien van toepassing)]
        - De intensiteit van het contact met de GZP (om het beeld van de persoon in de "kringen" rond het project (regelmatig).
- Hoe zit het ziekteverzuim?
- We kunnen de personen zelf vragen om hun afwezigheden te rapporteren
- We kunnen dit vergelijken met de beschikbare geregistreerde afwezigheden, die - indien toegestaan door de privacy commissie – gekoppeld kunnen worden aan de subsample aan de hand van het Rijksregister nummer
- Wanneer het een organisatie betreft, kunnen we de HR-afdeling van deze organisaties vragen naar de afwezigheden.
- De resultaten van deze analyses zouden eventueel vergeleken kunnen worden met deze van de IVENC-studie (waarvan professor A. Declercq een van de hoofdonderzoekers is) en de EU-studie RN4Cast, waarvan professor W. Sermeus de Europese coördinator is.

Tabel 10 Voorbeelden van indicatoren betreffende het werkleven van professionals

WERKLEVEN VAN PROFESSIONALS						
Indicator	**Teller**	**Noemer**	**Definitie**	**Frequentie datarapportage**	**Databron**	**Sample op basis waarvan dit gemeten kan worden**
Werktevredenheid	Aantal professionals dat "volledig mee eens" of "mee eens" antwoordt, gemiddeld, op geselecteerde indicatoren voor werktevredenheid	Totaal aantal professionals dat vragenlijst invulde	Percentage professionals dat een goede tot zeer goede werktevredenheid ervaart	Jaarlijks	Data verzameld door het FAITH.BE team (sample)	Individueel niveau professional (alle professionals betrokken bij de uitvoering geïntegreerde zorg project?)
Houding ten opzichte van multidisciplinair werken	Aantal professionals dat "volledig mee eens" of "mee eens" antwoordt, gemiddeld, op geselecteerde indicatoren voor houding t.o.v. multidisciplinair werken	Totaal aantal professionals dat vragenlijst invulde	Percentage professionals dat een goede tot zeer goede houding heeft t.o.v. multidisciplinair werken	Jaarlijks	Data verzameld door het FAITH.BE team (sample)	Individueel niveau professional (alle professionals betrokken bij de uitvoering geïntegreerde zorg project?)
Afwezigheidsgraad als gevolg van ziekte (enkel wanneer routinematige data)	Het aantal verloren werkdagen per jaar als gevolg van ziekte (exclusief zwangerschapsverlof)	Het totaal aantal actieve project beroepsbevolking, gedefinieerd in headcounts	Gecompenseerd verzuimpercentage (verzuim wanneer gepland om te werken, vakantie en andere geplande verlof uitgesloten) wegens ziekte	Jaarlijks	Data verzameld door het FAITH.BE team (sample)	Geaggregeerd (voor professional project populatie?)

[*] Dueñas-Espín, I., Vela, E., Pauws, S., Bescos, C., Cano, I., Cleries, M., ... & Kaye, R. (2016). Proposals for enhanced health risk assessment and stratification in an integrated care scenario. BMJ open, 6(4), e010301.

5.11.4 (vervolg) Versterking van patiëntervaringen - PROMs (Patient Reported Outcome Measures) en PREMs (Patient Reported Experience Measures)

- ***Meetinstrument***

De PROMs als onderdeel van het FAITH.be project zullen gemeten worden door middel van het **EQ-5D-5L ™ instrument** (Nederlands/ Frans/ Duitse versie). Dit instrument is gekozen omdat het een gestandaardiseerde maat voor de gezondheidstoestand is, ontwikkeld door de EuroQol Groep om een eenvoudige maatstaf te creëren voor klinische en economische beoordeling[7]. De EQ-5D-5L gezondheid vragenlijst voorziet daarmee in een simpel beschrijvend profiel en een indexwaarde voor de gezondheidstoestand. Het instrument is toepasbaar op een breed scala aan gezondheidsaandoeningen en behandelingen.

De EQ-5D-5L bestaat uit 2 pagina's - het EQ-5D-5L beschrijvend systeem en de EQ visuele analoge schaal (EQ VAS). Het beschrijvende systeem bestaat uit *vijf* dimensies (mobiliteit, zelfzorg, gebruikelijke activiteiten, pijn/ ongemak, angst/ depressie). Elke dimensie heeft 5 niveaus: geen problemen, lichte problemen, matige problemen, ernstige problemen, en extreme problemen.

Een EQ-5D-5L gezondheidstoestand (of profiel) is een set van observaties over één persoon. Een EQ-5D-5L gezondheidstoestand kan worden omgezet in één samenvattende index door toepassing van een formule die in essentie gewicht toekent aan elk van de niveaus in elke dimensie. Deze formule is gebaseerd op de evaluatie van de EQ-5D-5L gezondheidstatussen van algemene bevolking “samples”.

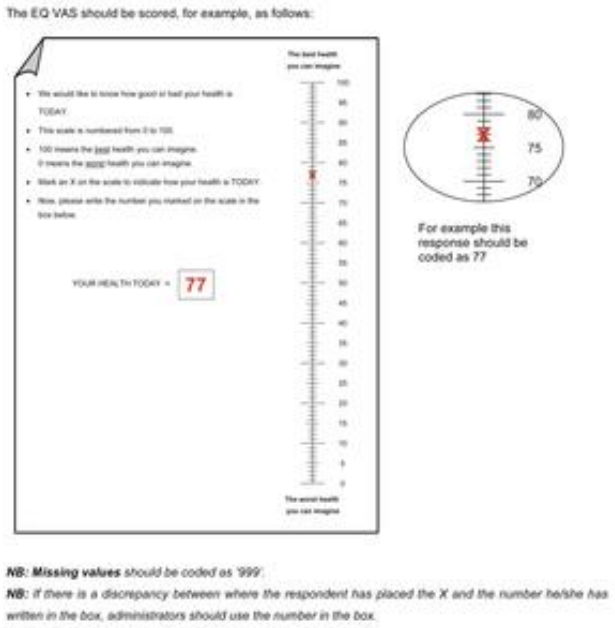
---

1. EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990;16:199-208

Figuur 6 de EQ – 5D-5L heeft vijf dimensies

De respondent wordt gevraagd om zijn/ haar gezondheidstoestand aan te geven door het aanvinken (of aankruisen) van het vak met het meest geschikte statement in elk van de 5 dimensies. Deze beslissing resulteert in een 1-cijferig nummer dat het geselecteerde niveau voor die dimensie aangeeft. De cijfers voor de 5 dimensies kunnen worden gecombineerd in een 5-cijferig nummer dat de gezondheidsstatus van de respondent omschrijft.

Opgemerkt moet worden dat de nummers 1-5 niet gebruikt mogen worden als kardinale score.



Figuur 7 de VAS van de EQ – 5D-5L

De EQ VAS registreert de zelf-gerapporteerde gezondheid van een respondent op een 20 cm verticale visuele analoge schaal met eindpunten gelabeld 'De beste gezondheid u zich kunt voorstellen' en 'De ergste gezondheid u zich kunt voorstellen'. Deze informatie kan worden gebruikt als kwantitatieve maat van de gezondheid zoals beoordeeld door de individuele respondenten. De EQ-5D-5L vraagt de respondenten om simpelweg 'een X te markeren op de schaal om aan te geven hoe uw gezondheid vandáág is' en vervolgens om 'het nummer dat u op de schaal markeerde in het vak hieronder te schrijven'.

Dataverzameling: **De T0 meting** zal plaatsvinden wanneer de patiënt het informed consent getekend heeft = wanneer hij/zij in het project geïncludeerd wordt. Zoals hierboven reeds werd aangehaald, moet elke project duidelijk omschrijven wat het '**contactpunt'** voor de patiënt is **(=de plaats waar ze het informed consent kunnen tekenen**). Wanneer de patiënt het formulier ondertekend heeft krijgt FAITH.be toegang tot de persoonlijke gegevens van de patiënt (=naam, telefoonnummer, emailadres). De patiënt moet aangeven op het formulier of ze al dan niet gecontacteerd willen worden per 1) mail, 2) telefoon, 3) brief = de verschillende manieren om gegevens voor de PROMs en PREMs te verzamelen. FAITH.be zal dan een 1) weblink naar de vragenlijst sturen, de patiënt opbellen voor een telefonische bevraging, of 3) de patiënt contacteren door een papieren vragenlijst op te sturen (die kan teruggestuurd worden door de patiënt).
De projecten zijn dus verantwoordelijk voor de eerste communicatie naar patiënten over de metingen van de PROMs en PREMs, en om het informed consent te laten tekenen. De projecten verlenen ons dan de toegang tot de data van de patiënten, maar enkel die gegevens die opgenomen zijn in het informed consent, wanneer dit goedgekeurd wordt door het ethisch comité.
FAITH.be is verantwoordelijk voor het contacteren van de patiënten voor de bevraging en is verantwoordelijk voor de data-analyse.

De PREMs zullen gemeten worden op basis van de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC-instrument), dat werd ontwikkeld door de MacColl Center for Health Care Innovation, group Health Cooperative (2014). Dit instrument bevat 20 vragen en 5 antwoordcategorieën./5-punten Likert schaal (Bijna nooit, Over het algemeen niet, Soms, Meestal, Bijna altijd)

De vragen (aangepaste versie):

Toen ik zorg ontving voor mijn chronische ziekte(n), gedurende de laatste 6 maanden:

1. Werd er naar mijn eigen ideeën en verwachtingen gevraagd bij het maken van een behandelplan
2. Werden mij keuzes in de behandeling gegeven waar ik over na kon denken
3. Werd mij gevraagd of ik ooit problemen heb met mijn medicijnen of de effecten ervan
4. Werd mij een folder gegeven met adviezen om mijn gezondheid te verbeteren
5. Was ik tevreden over de organisatie van de zorg die ik kreeg
6. Werd mij uitgelegd hoe mijn eigen handelen of gedrag mijn gezondheid beïnvloedt
7. Werd mij gevraagd om te vertellen wat ik zelf wil bereiken met de zorg voor mijn chronische ziekte(n)
8. Werd ik geholpen om specifieke doelen op te stellen om mijn eetgedrag en bewegingspatroon te verbeteren
9. Werd mij een kopie van mijn behandelplan gegeven

10. Werd ik aangemoedigd om naar een cursus of (groeps)bijeenkomst te gaan die mij zou kunnen helpen om te gaan met mijn chronische ziekte(n)
11. Werden mij direct of in een onderzoek vragen gesteld over mijn leefstijl (roken, bewegen, eten, etc.)
12. Was ik zeker dat mijn arts of verpleegkundige rekening hield met wat ik belangrijk vond toen zij mij behandelingen adviseerden
13. Werd ik geholpen een behandelplan te maken dat ik in mijn dagelijkse leven kon toepassen
14. Werd ik geholpen om vooruit te plannen, zodat ik zelfs als ik me ziek of niet lekker voel met mijn chronische ziekte(n) om kan gaan
15. Werd mij gevraagd hoe mijn chronische ziekte(n) mijn leven beïnvloeden
16. Werd na een bezoek aan de huisarts, medisch specialist of verpleegkundige contact met mij opgenomen om nog eens te vragen hoe het met mij ging
17. Werd ik aangemoedigd om aan activiteiten bij mij in de buurt mee te doen die mij zouden kunnen helpen
18. Werd ik doorverwezen naar bijvoorbeeld een diëtist, een fysiotherapeut of een maatschappelijk werker
19. Werd mij verteld waarom mijn bezoek aan andere specialisten, zoals de oogarts of de neuroloog, belangrijk zijn in mijn behandeling
20. Werd mij gevraagd hoe mijn bezoeken aan andere artsen verliepen

Een open tekstruimte zal worden voorzien bij de vragenlijst waar de patiënten aanvullende en eigen commentaren op de zorg kunnen noteren.

De pilootprojecten zullen aangemoedigd worden om deze methoden op regelmatige wijze en op lange termijn toe te passen, en de resultaten mee te nemen in hun auto-evaluatie. De pilootprojecten zullen aangemoedigd worden om de vragenlijsten en methodologie te blijven gebruiken in hun praktijken, en deze methoden op lange termijn hanteren voor hun zelfevaluatie. Dit zal de professionals sensibiliseren over het belang van patiëntgerichte zorg.

Tabel 11. Mogelijke PREMs indicatoren, gebaseerd op de PACIC

PREMs: PACIC instrument						
Indicator	**Teller**	**Noemer**	**Definitie**	**Frequentie datarapportage**	**Databron**	**Sample op basis waarvan dit gemeten kan worden**
Continuïteit van zorg	Percentage patiënten dat meestal "mee eens" antwoordt, gemiddeld	Totaal aantal mensen in de sample	Het aantal mensen dat denkt dat ze gecontacteerd werden na een bezoek om te kijken hoe het gaat	Jaarlijks	Data verzameld door het FAITH.BE team (sample)	Sample C
Gezamenlijke besluitvorming	Percentage patiënten dat meestal "mee eens" antwoordt, gemiddeld	Totaal aantal mensen in de sample	Het aantal mensen dat denkt dat ze actief betrokken zijn in een gezamenlijk besluitvormingsproces	Jaarlijks	Data verzameld door het FAITH.BE team (sample)	Sample C
Tevredenheid met de organisatie van de zorg, informatie en communicatie	Percentage patiënten dat meestal "mee eens" antwoordt, gemiddeld	Totaal aantal mensen in de sample	Het aantal mensen dat denkt dat hun zorg goed georganiseerd wordt, dat gevraagd werd om over hun problemen met medicijnen te praten, waaraan vragen gesteld werd over een gezondheidsgewoonten, hoe hun chronische conditie hun leven beïnvloedt, die doorverwezen werden naar andere zorgverleners, hoe consumpties met andere zorgverleners hun behandeling kunnen helpen en hoe de consultaties bij andere dokters verlopen.	Jaarlijks	Data verzameld door de projecten	Sample C
Zelfmanagement	Percentage patiënten dat meestal "mee eens" antwoordt, gemiddeld	Totaal aantal mensen in de sample	Het aantal mensen dat denkt dat ze goed geïnformeerd zijn over essentiële en verwachte zelf)management activiteiten	Jaarlijks	Data verzameld door de projecten	Sample C

5.12 Universiteiten en onderzoekers betrokken bij de uitkomst evaluatie

Tabel 12. Universiteiten en onderzoekers betrokken bij de uitkomst evaluatie

Betrokken universiteiten	Betrokken onderzoekers	Email
Vrije Universiteit Brussel (VUB)	Prof. dr. Liesbeth Borgermans Prof. dr. Hubertus Vrijhoef Liset Grooten	liesbeth.borgermans@vub.ac.be b.vrijhoef@mumc.nl fgrooten@vub.ac.be
Université de Liège (ULg)	Prof. Michèle Guillaume Dr. Benoit Petré Dr. Isabelle Bragard	mguillaume@ulg.ac.be benoit.petre@ulg.ac.be isabelle.bragard@ulg.ac.be
Katholieke Universiteit Leuven (KUL)	Prof. dr. Geert Goderis Prof. dr. Walter Sermeus Elias Vandeun	geert.goderis@kuleuven.be walter.sermeus@kuleuven.be elias.vandeun@student.kuleuven.be
Université catholique de Louvain (UCL)	Prof. Jean Macq Ms. Sophie Cès Ms. Anne-Sophie Lambert Ms. Thérèse Van Durme	jean.macq@uclouvain.be sophie.ces@uclouvain.be anne-sophie.lambert@uclouvain.be therese.Van Durme@uclouvain.be

Ethische overwegingen

Een voorstel aan de privacy commissie zal worden ingediend, ondersteund door Healthdata.be. Op dezelfde manier zal ook een aanvraag ingediend worden bij de ethische commissie. Het ethische ziekenhuis- en faculteitscomité van de UCL zal dienen als centraal ethisch comité en de ethische commissies van de vijf andere universiteiten zullen simultaan een aanvraag ontvangen. DAITH.be zal een duidelijke informatiefiche en een informed consent voorzien, dat we voor enkele GZP's zullen indienen, met het oog op het controleren van de leesbaarheid van documenten voor de doelgroep.

6. DEEL II: Implementatie evaluatie

Als onderdeel van een algemene evaluatie van de locoregionale programma's van geïntegreerde zorg, beschrijft dit deel het protocol van de implementatiestudie, die de uitvoering van deze programma's in hun verschillende contexten zal evalueren.

6.1 Rationale voor mixed methods en co-creatie

Een evaluatief implementatieonderzoek beperken tot het meten van 'effectgroottes' zou het doel missen en is bovendien te eng. We kunnen niet zomaar vertrouwen op getallen. Door te over simplificeren kunnen kritische nuances verloren gaan. Bij de uitvoering van 'real life' implementatie-evaluaties laten we een positivistische benadering van de wetenschap beter los. Positivisme gaat ervan uit dat er sprake is van een externe werkelijkheid die objectief gemeten kunnen worden; dat fenomenen als "projectdoelen", "resultaten" en "formatieve feedback" nauwkeurig en ondubbelzinnig kunnen worden gedefinieerd; dat feiten en waarden duidelijk te onderscheiden zijn; en dat generaliseerbare uitspraken over de relatie tussen input en output variabelen mogelijk zijn (Greenhalgh & Russell, 2010).

Succesvolle implementatie en evaluatie impliceert voortdurende aanpassing aan een veranderende context en feedback processen om op langere termijn spin-offs, transpositie en duurzaamheid mogelijk te maken. Eerder dan logische modellen (waarbij de input en output van een proces min of meer op lineaire wijze aan elkaar gelinkt worden) en puntschattingen van de effecten te maken, baseert implementatieonderzoek zich op veranderingstheorieën, onderzoekt het de natuurlijke diversiteit en de interactie van de interventie met de context, om zo bruikbare inzichten te genereren. De toepassingen van de interventies in de 'echte wereld', met het oog om te begrijpen wat werkt, hoe en waarom, in welke specifieke contexten, en het testen van benaderingen om de uitvoering en de daadwerkelijke ‘adoptie’ te verbeteren. De focus ligt op kennisproductie, het vertalen en uitdiepen van issues als zijnde factoren die de implementatie en de resultaten van de implementatie beïnvloeden, en hoe een interventie op te schalen om een bredere toepassing en duurzaamheid mogelijk te maken (Peters et al., 2013).

‘Sensemaking’, het begrijpen van het project is essentieel bij een veelzijdig programma met gecontesteerde doelen en uitgangspunten die continu verschuiven. De verzameling en analyse van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens helpt om inzicht te verwerven in deze complexiteit, eerder dan een eenduidige "waarheid" te produceren (Peters et al., 2013)

We moeten een open aanpak hanteren, waarbij er plaats is voor nieuwe ontwikkelingen. Een evaluatie kan niet worden ontworpen in het begin en zomaar worden doorgezet tot aan het einde; het moet groeien en zich aanpassen op basis van bevindingen en praktische problemen die zich voordoen in het veldwerk. De definitieve interventie en de toepassing ervan wordt immers per definitie niet op voorhand vastgelegd.

Een co-creatieve aanpak behelst de samenwerking tussen onderzoekers en eindgebruikers van bij de start van het project, bij de vraagformulering, ontwikkeling en uitvoering van de onderzoeksopzet, en het bepalen van de strategie, met implementatie- en de bredere verspreidingsstrategieën als onderdeel van het oorspronkelijke opzet. Een kenmerkende eigenschap van co-creatie is zijn emergente en adaptieve natuur, wat gedetailleerde pre-specificatie van interventies en uitkomstmaten onmogelijk maakt (Greenhalgh & Russell, 2010). Dit houdt wellicht een iteratief proces van reflectie en actie in, 'uitgevoerd met en door lokale mensen in plaats van op hen'.

6.2 Focus op componenten van geïntegreerde zorg

De componenten van geïntegreerde zorg kunnen onderverdeeld worden in drie niveaus. Op het microniveau omvat dit patiënt empowerment, ondersteuning van de mantelzorger, casemanagement, socioprofessionele (re) integratie en preventie. Op het mesoniveau (m.a.w. locoregionaal), handelen de componenten over de interactie tussen aanbieders en governance. De interactie tussen aanbieders moet worden verbeterd door ruimte voor onderhandelingen te scheppen, door de coördinatiefuncties, strategieën om naadloze zorg te versterken, de waardering van ervaringen van patiëntenorganisaties, geïntegreerde patiëntendossiers, en multidisciplinaire richtlijnen. Om dit te ondersteunen verwacht men governance op locoregionaal niveau, aanpassing van de financiering, de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur, change management en stratificatie van de risico's binnen de bevolking. De onderverdeling in micro-, meso- en macroniveau is echter geen rigide onderverdeling. Bepaalde componenten kunnen op verschillende niveaus worden benaderd. Bijvoorbeeld, wanneer zorgverleners niet de optimale zorg kunnen bieden aan chronische patiënten omdat zij daarvoor niet de nodige opleiding hebben genoten, kan dit als een probleem op microniveau worden beschouwd, aangezien patiënten hier gevolgen van ondervinden. Anderzijds kan men dit ook als een probleem op mesoniveau beschouwen, omdat de zorginstellingen ervoor moeten zorgen dat hun personeel goed opgeleid is (WHO, 2002).

Vanwege hun ontwerp en inbedding, kunnen deze programma's worden gezien als complexe adaptieve systemen (CAS, (Plšek en Greenhalgh, 2001), zie bijlage 6 voor meer informatie). We stellen voor om een realistische benadering (realist approach (Lacouture et al; 2015; Pawson & Tilley; 1997)) te hanteren, aangezien deze benadering uitermate geschikt is om de implementatie van dergelijke complexe adaptieve systemen te analyseren (zie o.m. bijlage 11).

6.3 Objectieven van de FAITH.be implementatie-analyse

De implementatieanalyse verwerft inzicht in de mechanismen die bepalen of een pilootproject al dan niet succesvol is. Deze inzichten worden teruggekoppeld naar de pilootprojecten, opdat zij hieruit kunnen leren om hun project te optimaliseren. De objectieven van de implementatieanalyse staan dus in sterke mate in teken van de ondersteuning van de projecten:

1. Identificeren van beslissende mechanismen die leiden tot successen of mislukkingen van het project, binnen hun context;
2. Input geven in functie van feedback geven voor de projecten omtrent het implementatieproces. De projecten en het support-team informeren (op regionaal en federaal niveau) over de beslissende drivers voor succes (zie deel III: Ondersteuning bij de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur en change management, voor praktische uitwerking);
3. Op basis van de implementatie-analyse input geven voor de uitkomstanalyse met betrekking tot zaken waar dieper op moet worden ingegaan;
4. Input geven aan de uitkomstenanalyse en potentiële verklaringen voor bijvoorbeeld onverwachte kwantitatieve (tussentijdse) resultaten aan te rijken of uit te diepen; in functie van de ondersteuning en feedback van de projecten;
5. Een aantal mid range theorieën ontwikkelen die omschrijven welke contexten en mechanismen bepalen of een pilootprogramma leidt tot succes of mislukking, maar ook of de Triple Aim-doelstellingen al dan niet bereikt worden, geïllustreerd aan de hand van de veertien componenten van geïntegreerde zorg. Deze theorieën wordt omschreven in een beleidsrapport.

6.4 Onderzoeksvragen

- Hoe wordt het geïntegreerde zorgprogramma gepercipieerd door de stakeholders chronische zorgverlening op het locoregionale niveau?
- Wat maakt dat een programma in zijn lokale context zijn objectieven al dan niet bereikt, betreffende de Triple aim (+ job tevredenheid en billijkheid) en de veertien componenten van geïntegreerde zorg.?
    - Welke objectieven werden bereikt? Welke objectieven werden niet bereikt?
    - Voor wie?
    - Hoe en waarom?
- Welke aanpassingen waren nodig om deze objectieven te bereiken? Met welke middelen/resources?

6.5 Design van de FAITH.be implementatie analyse

6.5.1 Theoretisch kader van de implementatieanalyse

We stellen voor om een realistische benadering (realist approach) te hanteren om het implementatieproces van de geïntegreerde zorgprogramma's te evalueren. Een realistische benadering zoekt antwoorden op vragen naar het hoe, voor wie en waarom de implementatie van deze programma's de verwachte resultaten oplevert – of niet. (Pawson, 2013). Analoog aan het RAMESES II-framework, betreft de eerste stap het selecteren van een initiële theorie, die de logica van de implementatie verklaart (Wong et al., 2016). Het multidisciplinaire onderzoeksteam opteerde voor het gebruik van de *Normalisation Process Theory* (May et al., 2016). Deze theorie biedt een goed uitgangspunt om te verklaren hoe de elasticiteit van de context de coherentie, cognitieve participatie, actie en reflectie van de betrokken actoren op micro-, meso- en macroniveau kan beïnvloeden.

Een mind map van deze theorie en hoe deze toegepast wordt in de context van de locoregionale programma's van geïntegreerde zorg vindt u in Bijlage 7.

Deze theorie zal op twee manieren getest en verfijnd worden op basis van:

- Een multipele casestudie (3-5 programma's) en
- Een analyse van alle geïntegreerde zorg programma's

De resultaten van de casestudies zullen de inhoud bepalen van de vragenlijsten die naar de projecten worden gestuurd. Deze zullen worden verfijnd doorheen de tijd, zoals hieronder wordt verduidelijkt.

6.5.2 Een multipele, ingebedde casestudie bij 3-5 locoregionale programma's

Een multipele, ingebedde casestudie laat ons toe om theorieën te identificeren die verklaren wat een programma in zijn specifieke context succesvol maakt, en waarom. Het abstractieniveau maakt de theoretische replicatie van bevindingen in andere settings mogelijk.

De selectie van de cases zal gebeuren met het oog op het verzamelen van een zo rijk mogelijke hoeveelheid aan informatie. Dit wil zeggen dat die cases geselecteerd zullen worden die samen de grootste diversiteit binnen de verschillende projecten weerspiegelen (Gerring, 2007). Wij stellen voor om te beginnen met drie programma's (één per regio). Indien er tijdens het evaluatieproces, één of

twee programma's interessant lijken om additioneel op te nemen in deze multiple embedded casestudie, zal dit ook gebeuren, indien de werklast dit toelaat. Een zorgvuldige evaluatie van de werklast die de inclusie van deze extra cases met zich meebrengt zal worden besproken met het wetenschappelijke begeleidingscomité en de IAC.

De geselecteerde cases genieten niet zozeer extra ondersteuning vanuit FAITH.be. Het doel is vooral om meer diepgaande info over deze projecten te vergaren in functie van de implementatie-analyse. Projecten ontvangen tijdens deze focusgroepen geen concrete ondersteuning of feedback, maar worden gevraagd om te reflecteren over de verschillende aspecten. De andere projecten ontvangen een vragenlijst waarin zij gevraagd worden om over dezelfde onderwerpen te reflecteren. Bovendien worden stakeholders van eventuele stopgezette projecten geïnterviewd, om de achterliggende redenen te achterhalen. De inzichten die verworven worden dankzij de focusgroepen, interviews, vragenlijsten en ruimere implementatieanalyse worden regelmatig gedeeld met alle projecten via de lerende gemeenschap, zodat elk project beschikt over deze informatie.

Datacollectie voor de multiple, embedded casestudie

T0: Dataverzameling binnen de drie maanden na de start van het programma – gedefinieerd als de inclusiedatum van de eerste patiënten (Juni- September 2017)

- Documentanalyse: ingediende dossiers (template van het IAC), flyers, websites, vergaderagenda's en -verslagen, overeenkomsten tussen partners, overeenkomsten met RIZIV, eventueel andere documenten die werden geïdentificeerd tijdens contacten met de projecten. De relevante documenten worden systematisch geselecteerd, geanalyseerd, gecodeerd en gesynthetiseerd. De documentanalyse focust in de eerste plaats op ontwikkelingen, aanpassingen en evoluties van projecten, met bijzondere aandacht voor die aspecten die in de internationale wetenschappelijke literatuur als doorslaggevend worden beschouwd voor een succesvolle organisatie van geïntegreerde zorg ("red flags" zie bijlage 15).
- Focusgroepen [8] met de hoofdcoördinator(en) en belangrijkste stakeholders;
    - Identificatie van de stakeholders: We zullen een formele procedure ontwikkelen om de stakeholders van de programma's die deel uitmaken van de casestudies te identificeren. De aard van die stakeholders zal mee bepalen hoe de gegevens verzameld worden (het aantal focusgroepen en/ of eventueel het aantal individuele diepte-interviews).
        - Eerst zullen we de gegevens van de SWOT-analyse, die de programma's in 2016 uitwerkten, gebruiken om de initiële stakeholders binnen het project te identificeren (de meest invloedrijke personen binnen elk programma, zoals vertegenwoordigers van de gebruikers en hun mantelzorgers, van huisartsen of lokale multidisciplinaire netwerken, managers van thuiszorginstellingen, ziekenhuizen, lokale 'voorvechters'. Met andere woorden, alle mensen met een grote verantwoordelijkheid in, of invloed op de implementatie van de programma's van geïntegreerde zorg.
        - Vervolgens zal de lijst worden beoordeeld door het onderzoeksteam en de leden van de klankbordgroep die ook de relevantie en haalbaarheid van de

[8] Focusgroepen krijgen de voorkeur. Indien bepaalde stakeholders niet aanwezig kunnen zijn op de voorgestelde data of wannneer ze niet aanwezig kunnen zijn omwille van andere redenen, kunnen extra intereviews georganiseerd worden zodat ook hun kijk op het implementatieproces kan worden meegenomen in de analyse.

uitkomstindicatoren beoordeelden (21 december 2016). Zij zullen ook de omvang en verwachte impact van elke individuele stakeholder op het implementatieproces beoordelen. Degenen die een meerderheid van de stemmen achter zich krijgen, worden weerhouden voor de focusgroepen.

- We zullen de NOMAD-tool gebruiken om de perceptie van de betrokken partijen over de implementatie van het programma te achterhalen. Deze tool is gemaakt door de bedenkers van de Normalisatie Proces Theorie en blijkt een waardevol instrument voor deze doeleinden (Finch et al, 2013; May, 2015b). De tool is te vinden in Bijlage 8 en de gebruikersgids in Bijlage 9.
- De focusgroepen worden voorafgegaan door een eerste analyse van de beschikbare gegevens (document-analyse). Deze analyse geeft de gespreksleider(s) inzicht in de evolutie en de huidige stand van zaken van het project. De documentenanalyse beoogt ook hiaten, onduidelijkheden of "grijze zones" in de logica en implementatie van het programma te identificeren, waarop dieper moet worden ingegaan tijdens de focusgroepen. De focusgroepen worden ondersteund door een interviewleidraad. We wensen een generieke gespreksleidraad te gebruiken voor de drie programma's die deel uitmaken van de casestudie (zie Bijlage 10). Op basis van de eerste resultaten van de documentanalyse kunnen in bepaalde gevallen extra vragen worden toegevoegd aan de interviewleidraad. Bijvoorbeeld wanneer "grijze zones" worden geïdentificeerd in de logica van de interventie et van zijn implementatie.

T1: Datacollectie een jaar na aanvang – gedefinieerd als de datum van de inclusie van de eerste patiënten (Juni 2018)

- Documentenanalyse: idem als op T0 maar met een focus op veranderingen: vergaderverslagen, veranderingen in afspraken, jaarverslagen, etc.
- Focusgroepen en interviews zoals op T0.

T2: Datacollectie twee jaar na aanvang (Juni – September 2019)

- Dezelfde datacollectie als op T1: documentenanalyse, focusgroepen en interviews.

Focusgroepsdiscussies en interviews worden opgenomen en letterlijk getranscribeerd (of samengevat, afhankelijk van de werklast op dat moment), mits toestemming van de geïnterviewden.

Daarnaast zullen we ook voor de casestudies, net als voor alle andere geselecteerde projecten, "kritieke incidenten" documenteren (zie verder).

Data-analyse in het kader van de multiple, embedded casestudie

Er wordt zowel een analyse volgens de Normalisation Process Theory als volgens de realist approach uitgevoerd. Het achterliggende theoretische kader wordt uitgebreid beschreven in Bijlage 11.

1. Thematische inhoudsanalyse en de logica van de interventie zoals beschreven door de uitdenkers van elk project achterhalen.
2. De continue vergelijking van projecten om zo de logica van de interventies te identificeren en te testen in hun eigen context (Rycroft-Malone et al., 2012).
3. Dit zal leiden tot een verdere verfijning van de Normalisation Process Theory, waarbij configuraties van context-mechanisme-uitkomsten die het succes of mislukken van de interventies kunnen verklaren geïdentificeerd worden.

De stakeholders die betrokken zijn bij de verfijning, en eventueel ook de afweging tussen rivaliserende theorieën, zijn leden van het onderzoeksteam (sociologen, verpleegkundigen, artsen en economen), programmacoördinatoren en hun lokale partners. Tijdens dit drie jaar durende iteratief proces, zullen zij zich hierbij baseren op gegevens over het proces en de impact van de programma's. Dit proces verloopt op basis van een sjabloon. Dit sjabloon maakt het mogelijk om een audit trail van de verzamelde gegevens en een standaardisatie van de gegevensverzameling en -analyse mogelijk te maken. Dit kan beschouwd worden als een gecodeerde database met kwalitatieve gegevens, waarin alle relevante onderzoeksresultaten worden weergegeven, evenals de precieze (gedateerd) bronnen waar de informatie werd gehaald. De lay-out van de template is analoog aan het sjabloon dat de projecten hanteerden bij de indiening van hun project, maar op basis van de bevindingen van de onderzoekers kunnen hierin wijzigingen worden aangebracht. Een eerste ontwerp van deze template is te vinden in Bijlage 12.

De discussies in de focusgroepen en interviews worden opgenomen, en mits toestemming van de aanwezigen, letterlijk getranscribeerd (of gesynthetiseerd, afhankelijk van de werklast van het moment).

Voor elke case wordt een verantwoordelijke aangeduid voor het aanvullen van het projectdossier. Deze verantwoordelijke vult het sjabloon continu aan op basis van de recentste gegevens die verzameld werden tijdens de documentanalyse en focusgroepen. De onderzoekers die actief betrokken zijn bij het verzamelen en analyseren van gegevens in het kader van procesevaluatie zullen in nauw contact staan met elkaar (minstens wekelijks contact via telefoon, e-mail of Skype bij de opstart). Wanneer het proces verdergezet wordt en de taakverdeling en afspraken duidelijker worden, kunnen deze overlegmomenten meer verspreid worden. De verantwoordelijke onderhoudt ook nauwe contacten met de referenten die instaan voor de ondersteuning van het desbetreffende project. Zij lichten elkaar minstens maandelijks in over de ontwikkelingen.

Analyse van alle geïntegreerde zorgprogramma's

Dataverzameling aan de hand van vragenlijsten

De dataverzameling bij projecten die niet geselecteerd werden voor de multiple imbedded case study zal overeenstemmen met deze voor de casestudies, met uitzondering van de face-to-face interviews en focusgroepen. In plaats hiervan worden vragenlijsten doorgemaild met hoofdzakelijk open vragen die focussen op:

- De organisatie van het bestuur(governance) binnen het programma,
    - Met een bijzondere aandacht voor de structurele hinderpalen waarmee de projecten geconfronteerd worden, bijv. onderhandelingen/verdeling van de middelen voor het multidisciplinaire werk;
    - Gebruik van het "red flags" document om de evolutie van het project op te volgen (Bijlage 15)
- Procesevaluatie van de implementatie van de componenten van geïntegreerde zorg
- Aanpassingen in het programma op basis van de feedback door de dashboards.

Tussentijdse rapportering van kritieke incidenten.

FAITH.be zal bij alle projecten "kritieke incidenten" documenteren. Een kritiek incident wordt gedefinieerd als elke gebeurtenis of omstandigheid die grote moeilijkheden veroorzaakt, kon veroorzaakt hebben of tot een sprong voorwaarts heeft geleid voor de implementatie van de vooropgestelde activiteiten van de pilootprojecten en het bereiken van de verwachte resultaten (voor meer informatie, zie deel III Ondersteuning door FAITH.be). Het vraagt een actieve deelname van het

managementteam en de zorgverstrekkers om deze incidenten te identificeren en analyseren. Om de analyse van kritische incidenten mogelijk te maken, zullen we coördinatoren en, indien relevant, partijen die betrokken waren bij het kritieke incident interviewen. Kritische incidenten zijn immers een goede manier om de positionering van de verschillende partners in het systeem te achterhalen. Deze interviews worden verder beschreven in het deel "ondersteuning door FAITH.be".

Interviews met stopgezette projecten

We zullen interviews afnemen bij de belangrijkste stakeholders van projecten die hun programma stopzetten, met als doel de redenen voor stopzetting te achterhalen. Indien dit relevant lijkt en de werklast dit toelaat, worden ook partners die zich terugtrekken uit een locoregionaal project geïnterviewd. Deze interviews worden voorafgegaan door een eerste analyse van de beschikbare gegevens (document-analyse van ingediende dossiers, jaarverslagen, vergaderverslagen,).

Data-analyse

De verzamelde gegevens bij deze programma's (vragenlijsten, jaarrapporten, documentatie van kritische incidenten) worden door de onderzoekers verwerkt en samengevat in een overzichtssjabloon. De bevindingen uit deze programma's zullen worden gebruikt om de resultaten van de casestudies verder te verfijnen. Aangezien een realistisch evaluatie schippert tussen ideeën en evidentie, zal het hele proces gebaseerd zijn op (Emmel, 2013):

- Kennis vergaard in de casestudies
- Analyse van kritieke incidenten
- Herhaalde literatuurstudies,
- Overleg met de stakeholders van de programma's tijdens de lerende gemeenschappen, maar ook met hogere ambtenaren en leden van de klankbordgroep,
- Veelvuldige discussies tussen onderzoekers
- Internationale peer reviewers

Feedback met betrekking tot tussentijdse resultaten (betreffende bijv. procesanalyse, coherentie, cognitieve aanpassing, collectieve acties en reflexieve controle (cf. Normalisation Process Theory, zie bijlage 8 en 9) worden gedeeld met de programma's (dashboard).

Taakverdeling

De analyse van de gegevens en literatuurstudie gebeurt door alle betrokken onderzoekers van de implementatie-analyse (zie tabel 13). Voor de analyse van de documenten en de aanvulling van het sjabloon wordt voor elke project een verantwoordelijke onderzoeker aangewezen. De verdeling van de projecten gebeurt op basis van taalgroep. Waar mogelijk staat de contactpersoon van het project (zie deel III, ondersteuning) in voor deze taken. Deze onderzoeker staat ook in voor het exitgesprek bij een eventuele stopzetting van het project, of wanneer een partner uit dit locoregionale project zich terugtrekt.

Indicatoren voor procesevaluatie

Parralel met de implementatie-analyse, zullen we ook de procesindicatoren identificeren die naar alle waarschijnlijkheid cruciaal zijn voor de implementatie en evaluatie het programma. De selectie van de procesindicatoren voor de 14 componenten gebeurt op basis van de criteria zoals uiteengezet in deel I Evaluatie van de resultaten en de praktische fiche 'Zelfevaluatie als onderdeel van Ontwikkeling van Kwaliteitscultuur'.

Om procesindicatoren te definiëren en selecteren hanteren we een 'co-creatie'-aanpak. Deze samenwerking met elk specifiek pilootproject zal van essentieel belang zijn om indicatoren te ontwikkelen en meten die afgestemd zijn op de eigenheden van de projecten. Voor het bepalen van de procesindicatoren wordt volgende stapsgewijze aanpak gehanteerd:

1. Identificatie van beschikbare en potentiële databronnen voor elk specifiek project
2. Selectie van indicatoren door het FAITH.be consortium op basis van praktische haalbaarheid, literatuur (lopende), contacten met deskundigen en de Interadministratieve Cel (zie bijlage 14).
3. Overleg met elk individueel project om na te gaan welke procesevaluatie-indicatoren interessantst zijn en de relevantie en haalbaarheid van de indicatoren geselecteerd door de FAITH.be consortium te bespreken om samen optimale procesindicatoren te selecteren.
4. Validatie van de 'wetenschappelijke/ pragmatische' indicator door deskundigen en de Interadministratieve Cel (september 2017)
5. Set van indicatoren voorstellen aan de pilootprojecten geïntegreerde zorg (oktober 2017)

De verdere uitwerking en taakverdeling van deze procesevaluatie wordt beschreven in Deel III 'ondersteuning van de projecten'.

6.8 Universiteiten en onderzoekers betrokken bij de implementatie-analyse

Tabel 13 Universiteiten en onderzoekers betrokken bij de implementatie-analyse

Betrokken universiteiten	Betrokken onderzoekers	Email
Université de Liège (ULg)	Prof. dr. Michèle Guillaume Dr. Benoit Petré Dr. Isabelle Bragard	mguillaume@ulg.ac.be benoit.petre@ulg.ac.be isabelle.bragard@ulg.ac.be
Universiteit Antwerpen **Universiteit Gent**	Dr. Elien Colman Prof Roy Remmen Prof Ann Van Hecke Dr. Sibyl Anthierens	Elien.Colman@Ugent.be or Elien.colman@uantwerpen.be Roy.remmen@uantwerpen.be Sibyl.anthierens@uantwerpen.be Ann.vanhecke@ugent.be
Université catholique de Louvain (UCL)	Prof. dr. Jean Macq Ms. Sophie Cès Ms. Marlène Karam Ms. Anne-Sophie Lambert Ms. Thérèse Van Durme	jean.macq@uclouvain.be sophie.ces@uclouvain.be marlene.karam@uclouvain.be anne-sophie.lambert@uclouvain.be therese.vandurme@uclouvain.be

7. DEEL III: Ondersteuning bij de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur en change management

7.1 Objectieven van de ondersteuning geboden doorFAITH.be

Binnen het Integreo-programma worden projecten geëvalueerd en ondersteund. Dit onderdeel beschrijft de aangeboden ondersteuning dat ernaar streeft om:

(1) De kwaliteitscultuur binnen projecten te bevorderen.
(2) Lokale projectpartners te begeleiden en ondersteunen in de ontwikkeling van indicatoren voor hun project, de interpretatie en het gebruik van deze indicatoren voor de auto-evaluatie van hun activiteiten.
(3) Pilootprojecten te helpen om hun jaarrapport voor te bereiden, waarin ze hun activiteiten kunnen duiden.

Het omvat onder andere het gebruik van de data verzameld door de projecten. Deze resultaten moeten gebruikt worden om het programma/interventie te verbeteren in overeenstemming met het PDCA-model (Langley et al, 2009). Projecten zullen ondersteund worden bij de reflecterende analyse. Zo willen we hen helpen om een continue kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen.

De FAITH.be-ondersteuning berust op drie basisprincipes:

- Methodologische steun: het werk van FAITH.be moet in essentie beschouwd worden als de methodologische ondersteuning van de pilootprojecten bij de ontwikkeling van hun auto-evaluatieproces. Het FAITH.be-team zal niet zozeer instaan voor de uitvoering van de auto-evaluatie, maar zal de projecten helpen om de best mogelijke resultaten te bekomen, gegeven de lokale context.
- Ervaringen delen: we streven ernaar dat de projectteams leren van elkaars ervaringen. Het delen van ervaringen zorgt ervoor dat goede praktijken verspreid worden.
- Duurzaamheid: we streven ernaar dat de projecten het auto-evaluatieproces autonoom kunnen uitvoeren tegen het einde van de drie jaar.

7.2. Basisprincipes van de ondersteuning

De opdracht omvat zowel algemene (transversale) als individuele (specifiek per project) ondersteuning:

- De gestandaardiseerde, algemene aanpak voor de ondersteuning van de projecten is gebaseerd op verschillende hulpmiddelen die aangeboden worden aan de projecten, die verder in dit hoofdstuk beschreven worden.
- Elk project geniet ook van individuele ondersteuningen, dat bestaat uit individuele feedback op de geproduceerde documenten (zoals het jaarrapport) en een soort “helpdesk’. De modaliteiten van deze helpdesk zullen evolueren doorheen de tijd.

Elke universiteit, lid van het wetenschappelijk consortium wordt, op basis van geografische ligging, als aanspreekpunt toegewezen aan een aantal projecten, zoals Tabel 14 illustreert. De contactpersonen in elke universiteit werden aangeduid om de communicatie tussen de pilootprojecten en het FAITH.be-team te0 verzorgen. De eerste universiteit in de lijst dient als belangrijkste aanspreekpunt. Projecten werden verzocht om deze persoon te contacteren met hun vragen over indicatoren, gebruik van het dashboard, het invullen van het jaarrapport, etc. Deze onderzoeker volgt de ontwikkelingen van het

project van dichtbij op, geeft antwoorden op hun vragen en bezorgdheden en communiceert deze ook naar het ruimere FAITH.be-consortium. De tweede universiteit dient als Back-up. Deze universiteit volgt ook de ontwikkelingen van het project op, woont soms overlegmomenten bij (afhankelijk van echt onderwerp en de werklast) en staat klaar om in te springen voor de eerste universiteit indien nodig. De voorgestelde verdeling van de projecten tussen de FAITH-teamleden kan nog verschuiven na de selectie van de projecten voor de implementatiefase, indien deze selectie een herverdeling van de werklast vereist.

Tabel 14 Verdeling van de pilootprojecten voor de ondersteuningsopdracht

Regio	Naam	Taal	Project	Univ1	Univ2	FAITH.be contact
Brussel	BOOST – Better Offer and Organization thanks to the Support of a Tripod Model	FR	St Gilles	UCL	VUB	T. Van Durme/ J. Macq
Brussel	Keep Moving	FR	Anderlecht	UCL	UGent	T. Van Durme/ J. Macq
Duitstalige gemeenschap	La Communauté Germanophone en bonne santé	Ger	German	ULg	KUL	B. Pétré/ I. Bragard
Wallonië	SIDEMAC BW - Soins Intégré dépendance Malades Chroniques	FR	Ottignies	UCL	KUL	T. Van Durme/ J. Macq
Wallonië	RéLIAN : Réseau Liégeois Intégré pour une Autonomie Nouvelle	FR	Seraing	ULg	UCL	B. Pétré/ I. Bragard
Wallonië	Dinant - Beauraing Soins Intégrés Maladies Chroniques	FR	Dinant	ULg	UCL	B. Pétré/ I. Bragard
Wallonië	CHRONILUX Prise en charge globale des personnes présentant un syndrome métabolique et ses conséquences	FR	Lux	ULg	UCL	B. Pétré/ I. Bragard
Wallonië	Dispositif interdisciplinaire de prise en charge des patients souffrant d'un handicap neurologique dans la région du Centre	FR	La Louvière	UCL	VUB	T. Van Durme/ J. Macq
Wallonië	Grand Namur - Soins Intégrés maladies chroniques	FR	Namur	UCL	ULg	T. Van Durme/ J. Macq
Vlaanderen	Iedereen Inclusief	NL	Genk	UA	VUB	E. Colman/ S. Anthierens/ R. Remmen
Vlaanderen	DE BRUG – het vormen van een zorgketen van diagnostiek, behandeling en begeleiding	NL	Kortrijk	UGent	VUB	E. Colman/ Ann Van Hecke
Vlaanderen	Empact! Collectief Impact Platform Chronic Care	NL	Poperinge	KUL	UA	W. Sermeus/Elias
Vlaanderen	De Koepel	NL	Oostende	UA	VUB	E. Colman/ Ann Van Hecke

Vlaanderen	Herkenrode Geïntegreerd Zorgmodel. De kracht van verbinden	NL	Diepenbeek-Hasselt	KUL	VUB	G. Goderis / W. Sermeus
Vlaanderen	Zorgcontinuïteit en empowerment chronisch zieken	NL	Sint Niklaas	KUL	UA	G. Goderis / W. Sermeus
Vlaanderen	Zorgzaam Leuven	NL	Leuven	VUB	UA	L. Borgermans
Vlaanderen	Doelgerichte zorg als sleutel tot geïntegreerde zorg voor mensen met een chronische aandoening	NL	Gent	UGent	KUL	E. Colman/ Ann Van Hecke
Wallonië	Chronic Care and Cure for Health (3C4H)	FR	Liège	ULg	UCL	B. Pétré/ I. Bragard
Vlaanderen	Geïntegreerde Zorg voor de Chronisch Zieke met multipathologie en verhoogde kwetsbaarheid	NL	Vlaamse Ardennen	UGent	VUB	E. Colman/ S. Anthierens/ R. Remmen
Vlaanderen	Kansarmoede en Chronische Ziekte, een samenspel?	NL	Tienen	VUB	KUL	L. Borgermans

Om ervoor te zorgen dat elk project kan genieten van een fair deel van de aangeboden ondersteuning, zullen de FAITH.be-leden in sterke mate afstemmen met elkaar over de geleverde ondersteuning tijdens een maandelijkse intervisie. Deze strategie garandeert een min of meer gestandaardiseerde ondersteuning voor alle projecten.

Tijdens de conceptualisatiefase zal de focus eerder liggen op de ontwikkeling van project-specifieke indicatoren. De pilootprojecten werden uitgenodigd om hun vragen hieromtrent te richten tot hun contactpersoon bij FAITH.be (ze tabel 14). Tijdens de implementatiefase zal de inhoud bepaald worden door (a) de vragen van de projecten, (b) de werklast die de helpdesk met zich meebrengt (de algemene werklast en de belasting voor elke afzonderlijke universiteit) en in samenspraak met de IAC.

Dit werkpakket kan beschouwd worden als een onderdeel van een participatief actieonderzoek, omdat het projecten in staat stelt om te interageren met het design van de wetenschappelijke evaluatie. Het maakt de co-creatie van de betekenisvolle indicatoren voor projecten mogelijk, waardoor hun zelfevaluatie kan plaatsvinden, waardoor de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur gefaciliteerd wordt. Bovendien vormt dit werkpakket ook een brug tussen de uitkomstevaluatie en de implementatie-analyse. Zowel het werk van het team dat instaat voor de uitkomstevaluatie als het team dat verantwoordelijk is voor de implementatie-analyse zullen kwantitatieve én kwalitatieve gegevens produceren die projecten zullen gebruiken om hun activiteiten te analyseren en hun programma’s aan te passen met behulp van het team dat instaat voor de ondersteuning van de projecten.

Zoals bij elk participatief onderzoek, zijn spanningen en paradoxen normaal en onvermijdelijk (men moet hier natuurlijk transparant over communiceren, om zo tot de best mogelijke keuzes te komen). De onderzoekers hebben geen controle over de experimentele processen en werkwijzen, de beslissingen over het project worden intern genomen. Bovendien is de 'neutraliteit' van onderzoekers ten opzichte van de projecten niet absoluut, omdat ze betrokken zijn bij de ondersteuning van de

projecten. Wat dat laatste punt betreft worden voorzorgen genomen die moeten toelaten dat onderzoekers die participeerden in de uitwerking van bepaalde projecten in serene omstandigheden kunnen werken. Zo zal bijvoorbeeld elk project opgevolgd worden door twee universiteiten. Daardoor kan één universiteit meer afstand houden, aangezien minstens een van deze universiteiten niet heeft meegewerkt aan de uitwerking van het project.

7.3 Onderzoeksvragen

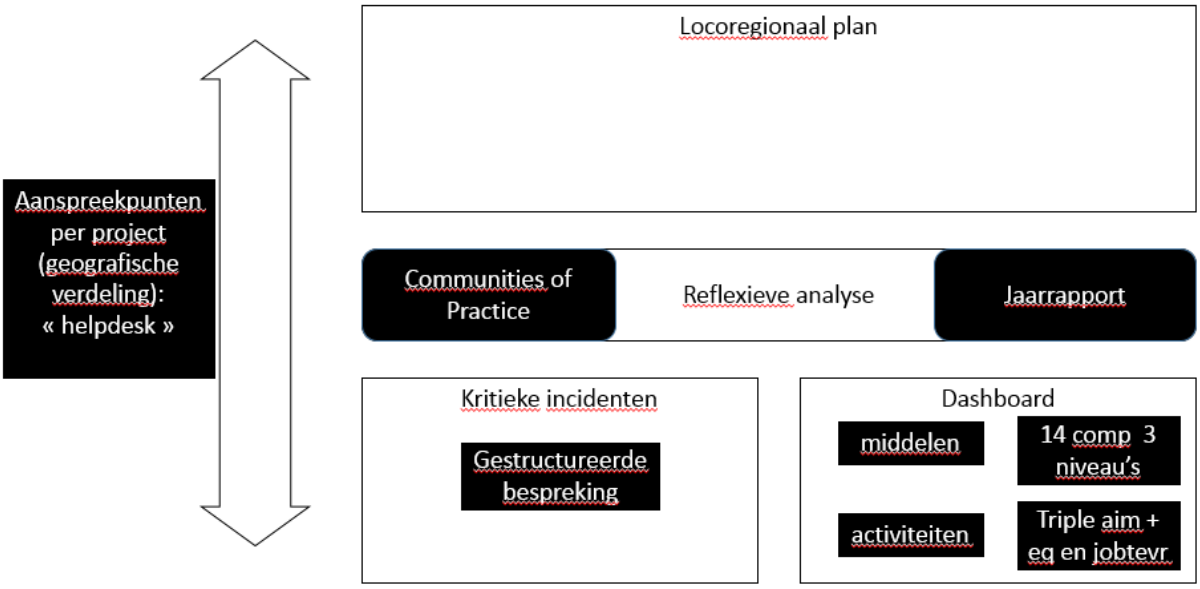
- Hoe tevreden zijn de van de stakeholders van de pilootprojecten met de ondersteuning vanuit FAITH.be?
- Welke aanpassingen van de pilootprojecten hebben zij doorgevoerd dankzij de ondersteuning van FAITH.be?
- Hoe evolueert deze ondersteuning doorheen het implementatieproces van de pilootprojecten?
- Welke onderwerpen moeten besproken worden tijdens de community of practice?
- Op welk vlak is (extra) ondersteuning nodig voor de auto-evaluatie en interpretatie van de resultaten, zodat de projecten uiteindelijk volledig autonoom en duurzaam hun auto-evaluatie kunnen uitvoeren? Hoe kunnen we voldoen aan deze behoeften?
- Welke (extra) ondersteuning is nodig opdat projecten evolueren in de richting van de autonome self-assessment? Welke competenties, tools of andere hulpmiddelen moeten hiervoor worden ontwikkeld?
- Welke ondersteunende aanpak levert de beste resultaten?
- Hoe kan de continue opvolging van de vorderingen van het project leiden tot het identificeren van een rode vlag/ alarmsignaal?

1. Methode

Om dit doel te bereiken, stelt FAITH.be voor om verschillende complementaire tools/strategieën te gebruiken (Figuur 8):

- Instrumenten/tools voor dat management:
    - Het dashboard
    - Template voor rapportering van kritieke incidenten
    - Het jaarrapport
- Strategieën voor reflexieve analyse gericht op *adaptive action planning*:
    - Op het locoregionale niveau ("project" niveau)
        - "Ad-hoc" discussie van kritieke instrumenten
        - Gezamenlijke analyse van het jaarrapport en dashboard, gericht op het nemen van beslissingen
    - Tussen de projecten onderling: Community of practices (lerende gemeenschappen)

Deze tools werden reeds gehanteerd bij eerdere geïntegreerde zorgprogramma's (NSW Government, 2015; North West London Collaboration of Clinical Commissioning Groups, 2016, Díaz-Chao et al, 2014) en zullen gebruikt worden voor de reflexieve analyse gericht op *adaptive action planning*. Samen beantwoorden zij de drie sub-objectieven die de Interadministratieve Cel naar voor heeft geschoven (auto-evaluatie - kwaliteitscultuur – jaarrapport).



Figuur 8 Schematische structuur van de ondersteuning vanuit FAITH.be

Het gebruik van deze complementaire hulpmiddelen./strategieën heeft als doel om het voor de geïntegreerde zorgprojecten mogelijk te maken om aan zelfevaluatie te doen, en dit uiteindelijke ook autonoom te doen. Om dit doel te bereiken zal FAITH.be de projecten helpen om zich deze tools en strategieën eigen te maken door de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur te ondersteunen tijdens de communities of practice, door ondersteuning van de toegewezen contactpersoon en door de ontwikkeling van een specifiek gebied (bijvoorbeeld: "Hoe schrijf je het jaarrapport?") in samenwerking met de interadministratieve cel. Gedurende de drie jaren dat het project loopt, zullen de geïntegreerde zorgprojecten hun competenties met betrekking tot zelfevaluatie ontwikkelen. Daarenboven zal Faiht.be dat het gebruik van deze tools een dynamische discussie tussen de stakeholders van elk geïntegreerd zorgproject faciliteert.

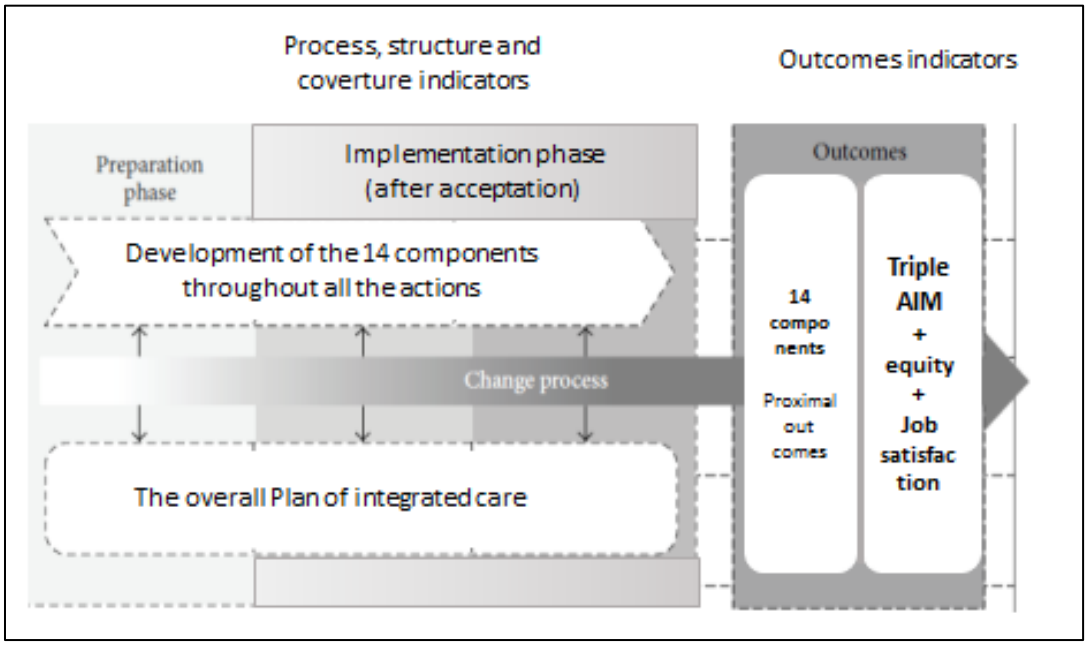
De tools moeten beschouwd worden als een middel om een reflectieve benadering binnen de pilootprojecten, gericht op collectieve acties met het oog op aanpassingen, te faciliteren. Het betreffen onderdelen van de PDCA-cyclus. Een dergelijke benadering van de ondersteuningsmissie stemt overeen met de inhoud van de praktische fiches die verspreid werden via integreo.be.

Tool 1: Dashboard

De eerste activiteiten in het kader van de ondersteuningsopdracht betreft het begeleiden van de pilootprojecten bij de ontwikkeling van een volledige indicatorenset die projecten zullen gebruiken bij de auto-evaluatie van hun acties.

Het dashboard toont de kwantitatieve uitkomst-indicatoren ontwikkeld door het FAITH-team, namelijk indicatoren voor de Triple Aim [2+]; zie ook Deel I: Uitkomstenanalyse). Het dashboard presenteert ook specifieke projectindicatoren, die ontwikkeld werden op maat van elk project om hun specifieke acties en activiteiten op te volgen en. Deze zijn gelinkt aan bereik (coverage), structuur, en proces (implementatie van de 14 componenten van geïntegreerde zorg door middel van specifieke acties), specifieke resultaten (14 componenten) en specifieke distale uitkomsten (Figuur 9) (zie ook deel II:

Implementatie-analyse, en de praktische fiche “Zelfevaluatie als onderdeel van Ontwikkeling van Kwaliteitscultuur”).



Figuur 9. Multipele indicatoren

Het dashboard geeft een synthese van de informatie met betrekking tot de evaluatie van het locoregionaal systeem. Het bevat een set van indicatoren die progressief zullen worden uitgebreid, en die berekend worden op basis van gegevens uit:

1. Routinedata, die samengebracht worden via healthdata.be
    a. Kosten van gezondheidszorg van de populatie
    b. Kosten per groep
    c. Bereik (coverage) van de populatie (met hun kenmerken) – direct uit te voeren via mycare.net
    d. Bereik (coverage) van de betrokken zorgverleners (met hun kenmerken) – direct uit te voeren via mycare.net
2. Data verzameld door FAITH.be
    a. PROMs/PREMs
    b. Jobtevredenheid
3. Data verzameld door de pilootprojecten geïntegreerde zorg (met methodologische ondersteuning van het FAITH-consortium)
    a. De verhouding van het aantal uitgevoerde activiteiten en het aantal geplande activiteiten –direct uit te voeren door de projecten; vorderingen van de projecten met betrekking tot de 14 componenten – de uitvoering hiervan is afhankelijk van de specifieke indicatoren die de projecten identificeren. “Value for money” voor patronen in gezondheidszorggebuik (als indicatoren van efficiëntie en billijkheid) – uitvoering afhankelijk van de specifieke indicatoren die de projecten identificeerden
    b. Kritieke Incidenten

We zullen een stapsgewijze benadering hanteren om het dashboard te ontwikkelen in co-creatie met de projecten. We starten met een preliminaire indicatorenset die van bij de aanvang beschikbaar zal

zijn. Extra indicatoren zullen worden toegevoegd wanneer nieuwe externe en project-specifieke databronnen beschikbaar worden. FAITH.be zal continu trachten de externe indicatoren te verbeteren en uit te breiden, zodat deze kunnen worden toegevoegd aan het dashboard. Projecten zullen gecoacht worden in de verdere ontwikkeling van hun dashboard tijdens meetings en door hun toegewezen contactpersoon vanuit het wetenschappelijke consortium.

Objectieven

Het dashboard presenteert en visualiseert informatie met betrekking tot de vorderingen, resultaten en uitkomsten van het project. Dit instrument helpt de projectteams om informatie samen te vatten, gegevens te analyseren, resultaten te interpreteren, trends te identificeren en conclusies te trekken. In andere woorden, het dashboard helpt de pilootprojecten om hun vooruitgang te monitoren op basis van indicatoren met betrekking tot hun structuur, activiteiten, processen, de implementatie van de 14 componenten door middel van specifieke acties en de resultaten met betrekking tot de 14 componenten en de gemeenschappelijke triple aim + indicatoren, om zo:

- Te evalueren in welke mate hun targets behaald werden (de impact van hun acties)
- Successen, zwakke punten en mislukte acties te identificeren
- Te monitoren welke onderdelen van geïntegreerde zorg extra inspanningen vergen
- Projectteams te ondersteunen om evidence-based beslissingen te nemen

Zo draagt het dashboard ook bij tot het uitbouwen van een kwaliteitscultuur en zet het aan tot maken van evidence-based beslissingen.

Het FAITH-team zal de projecten ondersteunen om de data te interpreteren. Dit wordt beschouwd als een van de belangrijkste aspecten in het kader van kwaliteitsverbetering binnen de projecten. FAITH zal de projectteams coachen zodat ze de auto-evaluatie uiteindelijk autonoom kunnen uitvoeren (wanneer het de wetenschappelijke supportteam ontbonden is).

De specifieke objectieven zijn:

- de ontwikkeling van relevante indicatoren voor elk pilootproject verzekeren;
- projectteams ondersteunen en opleiden met betrekking tot dataverzameling, -management en –analyse, de interpretatie van resultaten en het nemen van beslissingen die hieraan gelinkt zijn
- streven naar consistentie in de meetmethoden wanneer projecten gelijkaardige concepten willen meten
- teams te helpen bij de voorbereiding van hun jaarrapport
- moeilijkheden en problematische aspecten te identificeren waarmee verschillende projecten worstelen, zodat deze topics behandeld kunnen worden in de Community of Practice
- projectteams te helpen en coachen bij de ontwikkeling van indicatoren, de dataverzameling, datamanagement, - analyse en interpretatie van de resultaten.
- de progressie van de projecten vergelijken op basis van gemeenschappelijke gestandaardiseerde indicatoren en op basis hiervan problematische aspecten of kritieke incidenten identificeren, die besproken zouden moeten worden tijdens de Communities of Practice.
- De dataflow tussen healthdata.be en de projecten structureren, voor wanneer het FAITH-team ontbonden wordt
- verhelpen van de technische moeilijkheden die ondervonden worden bij de ontwikkeling van het dashboard voor elk projecten
- de wetenschappelijke equipe en de interadministratieve cel toelaten om de evolutie van de projecten op te volgen, die aanleiding kunnen geven tot het identificeren van een rode vlag/alarmsignaal.

Methode:

FAITH.be zal, in co-creatie met de projecten, voor elk project een specifiek dashboard ontwikkelen. Dit zal stap voor stap gebeuren, waarbij gestart wordt met de indicatoren die beschikbaar zijn bij aanvang van het project. Het dashboard wordt uitgebreid telkens wanneer nieuwe indicatoren gegenereerd worden door FAITH.be en de projecten.

Tijdens de implementatiefase

A. Ontwikkeling van indicatoren

- **Transversale uitkomsten vanuit FAITH.be**: Gemeenschappelijke triple aim-indicatoren (gezondheid van de populatie, patiënten ervaringen, kosten, billijkheid en jobtevredenheid) zullen voorgesteld en besproken worden met de projecten, om ons ervan te verzekeren dat deze indicatoren als relevant beschouwd worden door de lokale teams (zie DEEL 1 van het protocol).
- **Indicatoren met betrekking tot proces/structuur/bereik (coverage)/ 14 componenten vanuit de projecten:** Projecten worden ondersteund om procesindicatoren te bepalen:
    - Overlegmomenten met de projecten: de FAITH-contactpersonen beantwoorden hun vragen, of geeft deze door aan een ander lid van het consortium met de nodige expertise. Wanneer dit wenselijk en praktisch haalbaar is, zet FAITH.be de projecten aan om gelijkaardige indicatoren te gebruiken.

B. Identificeren van de technische voorwaarden waaraan het dashboard moet voldoen:

Twee IT-experten (één voor de Franstalige en één voor de Nederlandstalige projecten) zullen aangesteld worden tijdens de conceptualisatiefase om het ondersteuningsteam team te helpen, in overeenstemming met Healthdata.be, aan wie een gelijkaardige opdracht zou worden toevertrouwd. Dit punt moet nog verder onderzocht worden.

- Door elk project te ontmoeten om na te gaan welke projecten reeds een dashboard gebruiken, welke data warehouse systeem ze gebruiken, welke software ze gebruiken en de specifieke vereisten die dit stelt om de compatibiliteit te garanderen. De eerste contacten met projecten om deze punten te bespreken zijn reeds gemaakt, opvolggesprekken zullen plaatsvinden tijdens de conceptualisatiefase.
- De beschikbare data warehouse systemen /software identificeren, hun compatibiliteit met de systemen die reeds gebruikt worden nagaan, de voor- en nadelen en de geassocieerde kosten in kaart brengen. Mogelijke programma's om dashboards mee te ontwikkelen zijn Excel Power BI, een tool gericht op business-analyses ontwikkeld door Microsoft; Forcea Healthreport, een tool die reeds in een aantal Belgische ziekenhuizen wordt gebruikt; en the Electronic Healthcare Visualization toolkit, dat specifiek ontwikkeld werd om dashboards te maken die medische, gezondheidszorg- en welzijnsdata visualiseren (Badgeley, Shameer, Glicksbrg et al, 2016).

Tijdens de conceptualisatiefase, na de selectie van de projecten

A. Selectie van indicatoren

Op basis van de ingediende locoregionale actieplannen (sjabloon van de IAC) zal een **inventaris** gemaakt worden van indicatoren en activiteiten die door de projecten naar voor geschoven werden,

en de beschikbare routine databronnen:

- De indicatoren rangschikken van zeer goed, goed tot slechte indicatoren. Deze indeling gebeurt op basis van (a) sensitiviteit met betrekking tot de voorgestelde actie (b) haalbaarheid van de datacollectie (c) « validiteit » (zie Bijlage 14 voor voorbeelden van indicatoren met betrekking tot de 14 componenten).
- Consistentie met betrekking tot indicatoren en meetmethoden bewerkstelligen tussen projecten die dezelfde concepten willen meten
- Indien nodig, additionele, beter geschikte indicatoren suggereren, in dialoog met de projecten.
- Een set gemeenschappelijke indicatoren die relevant zijn voor alle projecten bepalen.

In co-creatie met de projecten:

- Een set project-specifieke indicatoren selecteren en ontwikkelen, een individueel dataverzamelingsplan opstellen dat de timing en de verantwoordelijke entiteiten voor de verzameling en analyse van de data beschrijft, de acties die gepland zijn om de project-specifieke indicatoren te verbeteren en uit te breiden
- Indien mogelijk een lijst van gemeenschappelijke, gestandaardiseerde proces- structuur- en resultaatsindicatoren selecteren, die vergelijkingen over de projecten heen toelaten.
- Continu op zoek gaan naar nieuwe databronnen en het dataverzamelingsplan aanpassen in samenwerking met de projecten zelf.

B. Ontwikkeling van het dashboard: een samenwerking tussen de IT-expert; FAITH.be en de projecten

- Het meest geschikte data warehouse systeem/ software voor de projecten selecteren, op basis van efficiëntie, toegankelijkheid, compatibiliteit, gebruiksvriendelijkheid en aanpassingsvermogen.
- Het dashboard construeren, in samenwerking met de projecten:
    - Nagaan wie het dashboard zal gebruiken, wat hun voorkeuren zijn betrekking tot de manier waarop indicatoren zullen worden gepresenteerd, en hoe het dashboard af te stellen op hun data warehouse systeem/software.
    - Een veilig data warehouse systeem ontwikkelen, dat alle beschikbare data en indicatoren bijhoudt, in samenwerking met/uitbesteed aan de experten
    - Een script ontwikkelen dat de indicatoren omzet in grafische elementen in het dashboard en dat het dashboard automatisch vernieuwd wanneer nieuwe indicatoren beschikbaar worden, in samenwerking met/uitbesteed aan experten.
    - Het rapportagesysteem voor “kritische incidenten” integreren in het dashboard, in samenwerking met/uitbesteed aan experten.
    - Een automatische emailmelding implementeren wanneer nieuwe informatie toegevoegd wordt aan het dashboard
    - De werking van het dashboard testen door het FAITH.be-team
    - De projecten en de interadministratieve cel kijken het dashboard na en geven hun feedback door
    - Het dashboard aanpassen op basis van deze feedback, nieuwe indicatoren toevoegen wanneer deze beschikbaar worden en continu op zoek gaan naar manieren om het dashboard te verbeteren. (Bijvoorbeeld door communicatiemiddelen toe te voegen, evidence based guidelines, informatie over best practices, linken naar relevante literatuur of instituties,.) in samenwerking met/uitbesteed aan experten.
- Tijdens de initiële fase van de executiefase, wanneer het dashboard nog in ontwikkeling is, zou het kunnen dat FAITH en de projecten hun scores op de indicatoren op een andere manier zullen moeten communiceren, bijvoorbeeld in een Excel bestand of uitgeschreven in

een rapport. Wanneer het dashboard operatief is, zullen deze scores toegevoegd worden aan het dashboard, zodat projecten hun progressie kunnen monitoren.

C. Het gebruik van het dashboard faciliteren.

- Een gids over het gebruik van het dashboard ontwikkelen
- In samenwerking met IT- en statistische experten opleidingen organiseren voor gebruikers. Deze opleidingen handelen over dashboard management, hoe dit dashboard zelf aan te passen en hoe de datakwaliteit te analyseren.
- De datakwaliteit continu monitoren, aangezien potentiële problemen met de datakwaliteit de automatisering en het degelijke gebruik van het dashboard kunnen verhinderen
- In de communities of practice (zie tool 3) projecten helpen om een reflexieve aanpak te ontwikkelen omtrent:
    - Het gebruik van data om het jaarrapport in te vullen
    - Het communiceren van resultaten naar de betrokken partners (zie ook: de praktische fiche: zelfevaluatie als onderdeel van de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur)

D. De data flow tussen healthdata.be en de projecten structureren
Een oplossing zoeken voor de ethische, technische, materiële, financiële en veiligheidsissues die gerelateerd zijn aan het delen van data tussen de projecten en healthdata.be, voor wanneer FAIth.be ontbonden wordt.

Samengevat zullen we het dashboard stapsgewijs ontwikkelen, in co-creatie met de pilootprojecten en met de ondersteuning van een IT-expert. We starten met de constructie van een dashboard waarin een preliminaire indicatorenset, namelijk die indicatoren die beschikbaar zijn bij de start van de projecten, wordt opgenomen. Extra indicatoren worden toegevoegd wanneer nieuwe externe en project-specifieke databronnen beschikbaar worden. FAITH.be zal continu trachten om de externe indicatoren te verbeteren en uit te breiden, om deze vervolgens te voeren in het dashboard. FAITH.be zal ook continu de projecten blijven ondersteunen om hun project-specifieke indicatoren te ontwikkelen en uit te breiden, alsook om de kwaliteit van de data en hun indicatoren te bewaken. Projecten zullen gecoacht worden in de verdere ontwikkeling van hun dashboard door de leden van het FAITH-consortium die toegewezen werden aan het project. Deze contactpersonen blijven beschikbaar doorheen de gehele evaluatietermijn, overlegmomenten en workshops (als onderdeel van de Communities of Practice) zullen georganiseerd worden. Goede praktijken en andere relevante informatie zal gedeeld worden met alle projecten.

De constructie van het dashboard zal tijdens meetings besproken worden en behandeld worden tijdens de lerende gemeenschappen (Community of practices). Het FAITH-team zal de wetenschappelijke literatuur raadplegen om projecten te helpen bij de ontwikkeling van sensitieve en relevante indicatoren. Dit zal stapsgewijs gebeuren, waarbij we vertrekken vanuit een preliminaire indicatoren set die reeds van bij de aanvang van de projecten beschikbaar is. Extra indicatoren kunnen toegevoegd worden wanneer nieuwe externe en project specifieke gegevens beschikbaar worden.

Tool 2: Rapportage van kritieke incidenten

Een kritisch incident is een gebeurtenis of omstandigheid die grote moeilijkheden veroorzaakt, kon veroorzaakt hebben of tot een sprong voorwaarts heeft geleid voor de implementatie van de vooropgestelde activiteiten van de pilootprojecten en het bereiken van de verwachte resultaten (zowel met betrekking tot de 14 componenten, triple aim, job tevredenheid als billijkheid).

Objectieven:

Het meldingssysteem voor kritische incidenten zet pilootprojecten aan tot een gestructureerde, reflecterende benadering van problemen, gunstige gebeurtenissen, personen, componenten, ... die zich bij de implementatie van het projectactiviteiten manifesteren. Kritische incidenten kunnen enerzijds beschouwd worden als zaken die binnen de controle van het project liggen en kunnen dus een teken zijn van een "disfunctie" van het project. Anderzijds kunnen deze incidenten soms ook buiten de controle van de projecten liggen (waardoor ze niet zozeer een teken van disfunctie zijn). Wat ook de redenen mogen zijn voor het melden van een incident, dergelijke incidenten kunnen belangrijke informatie over het implementatieproces naar boven brengen en de positie van iedere stakeholder binnen het gezondheidszorg- en welzijnssysteem aan het licht brengen. Wellicht zullen we hiervoor het analyseraster op basis van het NPT framework hanteren, waarin het incident gesitueerd kan worden. De prestaties en het design van elk project kan worden verbeterd door disfuncties te identificeren en oplossingen te zoeken. Het doel is om uit deze kritieke incidenten te leren en om een performanter systeem te ontwikkelen.

Methode:

De vier essentiële onderdelen van een succesvol rapportagesysteem voor incidenten zijn (Vincent C et al, 2001):

(i) *Data input*. De systemen voor data-input vereisen de aanwezigheid van een toegewijd team dat instaat voor de identificering van kritieke incidenten binnen het systeem. Het is de verantwoordelijkheid van elk project om zo'n efficiënt team samen te stellen.

(ii) *De data*. Dit betreft de manier waarop de informatie verzameld en verwerkt wordt. Het FAITH-team voorziet een document voor de rapportage van incidenten, dat beschikbaar zal zijn in het dashboard. Dit document nodigt projecten uit om vrij uit te drukken wat er heeft plaatsgevonden. Het bestaat dus vooral uit open vragen zoals: "Kan je het incident beschrijven, wat is er gebeurd? Wie was hierbij betrokken? Wat ging eraan vooraf, wat heeft bijgedragen aan het incident? Hoe werd hiermee omgegaan? Wat deed deze persoon, wat deden deze personen wel of niet? Wat de uitkomst of het resultaat? Wat maakte deze actie effectief of ineffectief? Wat zou deze actie effectiever kunnen maken? (Schluter, Seaton & Chaboyer, 2007; Zwijze-Koning , De Jong & Van Vuuren, 2015).

(iii) *Analyse*. De analysefase zet de melding van het incident om in een 'les'. Het FAITH-team zal de projectcoördinatoren en andere relevante stakeholders interviewen, om het incident en de opeenvolging van gebeurtenissen die de aanleiding voor het incident vormden te bespreken en te analyseren. Het doel van deze stap is om op een participatieve manier (deskundigen, stakeholders van de projecten, het FAITH.BE -team), tot een passende oplossingen te komen. Een instrument dat hierbij kan worden gebruikt is het Ishikawa-diagram (1990)

(iv) *Feedback*. Het doel is om te leren uit deze incidenten en ervoor te zorgen dat de systemen worden verbeterd zodat ze in de toekomst beter kunnen omgaan met dergelijke incidenten. Deze informatie zal verspreid worden onder de projecten aan de hand van geanonimiseerde, samenvattende rapporten en kunnen besproken worden tijdens de community of practice of de leergemeenschappen, mits goedkeuring en toestemming van de betrokken pilootprojecten. Op die manier kunnen projecteren leren uit elkaars ervaringen.

Kritische incidenten kunnen betrekking hebben op zowel institutionele factoren (niet-aangepaste regelgeving), organisatorische factoren (financiële structuur, gebrek aan middelen), werkomgeving (beschikbaarheid apparatuur), teamfactoren (drop-out van de coördinator, communicatieproblemen), patiënt gerelateerde factoren (slechte patiënten inclusie), en activiteiten (slechte resultaten).

Bevorderende factoren voor het rapporteren van incidenten zijn: vertrouwelijkheid tussen de verschillende projecten (projecten hoeven niet te weten bij welk project deze incidenten plaatsvonden); de aanwezigheid van een cultuur waarin incidenten besproken en geanalyseerd worden; snelle feedback aan alle betrokkenen en geïnteresseerden.

Tijdslijn en deliverables:

Tot juni 2017: Ontwikkeling van het instrument om incidenten te rapporteren

- (Partners van) projecten identificeren die reeds een kritisch incidentenrapporteringssysteem gebruiken, achterhalen welke instrumenten zij gebruiken en wat de specifieke kenmerken van deze instrumenten in kaart brengen (voor- en nadelen)
- Selectie of ontwikkeling van een sjabloon om incidenten te rapporteren
- Dit sjabloon voorleggen aan de projecten en de interadministratieve cel, zodat zij feedback kunnen geven
- Finaliseren van het instrument om kritische incidenten te rapporteren

Juli 2017: Elk project wordt geïnformeerd over het bestaan van het rapportagesysteem voor incidenten. Het meldingssysteem zal beschikbaar zijn, zodat projecten eenvoudig toegang hebben tot het rapportage-instrument. Eerst zal FAITH het versturen naar de projectcoördinatoren, daarna zal het geïntegreerd worden in het dashboard. Zodra het FAITH-team een rapport ontvangt zal men op gestandaardiseerde wijze het incident analyseren. Hierbij zullen de hierboven beschreven stappen gevolgd worden. Een samenvatting van elk kritisch incident en de manier waarop hiermee werd omgegaan, zal voorzien worden, zodat elk project kan leren uit de lessen van anderen.

Juli 2017- tot het einde van het project:

- Inclusie van het kritische incidenten rapportage-instrumenten in het dashboard
- Ondersteuning bij de analyse van de kritische incidenten
- Geanonimiseerde, samenvattende fiches die incidenten en de manier waarop ermee omgegaan werd opstellen
- Bijdragen aan de implementatie-analyse, deze inzichten kunnen ook gedeeld worden tijdens de communities of practice
- Indien nodig zullen projectcoördinatoren aangemoedigd worden, tijdens gesprekken of via mail, het rapportage-instrument voor kritische incidenten te gebruiken
- We onderzoeken de mogelijkheid om het rapportagesysteem voor kritische incidenten op basis van een beveiligd platform te laten gebeuren (zie ook het deel over de evaluatie van de jobtevredenheid van de professionals)

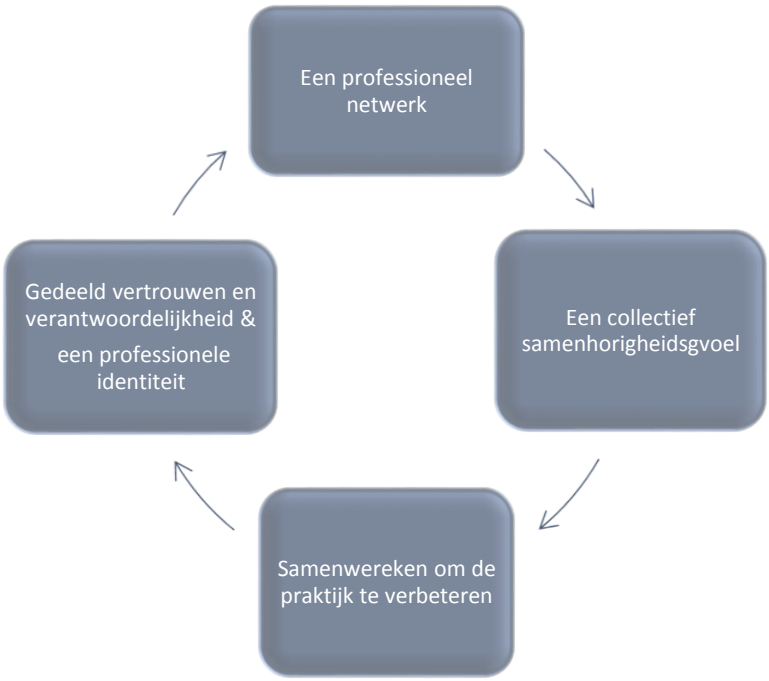
Welke extra werklast brengt de rapportage van kritieke incidenten met zich mee?

- Er zal een document moeten worden ingevuld waarin het incident wordt gerapporteerd (idealiter via het TETRYS-platform). Dan, afhankelijk van de vraag en behoeften, kan worden overwogen om een (al dan niet telefonisch) overleg te organiseren, om het incident te

analyseren en, wanneer het project hiermee akkoord gaat, deze analyse te delen bij de lerende gemeenschap.

Tool 3: Community of practices (CoP)

Communities of practice (soms lerende gemeenschappen genoemd) bieden de ruimte en structuur om mensen samen te brengen rond een gemeenschappelijk doel, waarbij ze hun kennis en expertise willen verdiepen door op continue basis te interageren rond een bepaald topic. Het doel is om mensen, organisaties en systemen die willen leren en over gebruikelijke grenzen heen willen werken, terwijl ze zelf ook verantwoordelijk zijn voor de gemeenschappelijke agenda en de resultaten. Het bevordert de collectieve verantwoordelijkheid. Deze gemeenschappen stellen de deelnemers in staat om kennis – voornamelijk 'taciete' kennis, die in de inleiding vermeld was - te delen en van elkaar te leren, wat hun mogelijkheden om snelle en significante vooruitgang te boeken vergroot (zie figuur 10).



Figuur 10 Schematische voorstelling van de visie met betrekking tot de community of practices

Objectieven

- Het verbindt mensen *vanuit verschillende projecten*. CoP brengt progressieve actoren samen over sectoren, disciplines en geografische gebieden heen om ideeën uit te wisselen en resultaten uit te wisselen en te leren van iets elkaar
- Het zet een *continu verbeteringsproces* in gang door de doelen te bepalen en brengt *de collectieve vooruitgang in kaart*. Deze gemeenschapen brengen deelnemers samen rond gemeenschappelijke doelen, het meten van verwezenlijkingen, hoe verandering te bekomen en hoe moeilijkheden te overwinnen.
- De communities stimuleren om *van elkaar te leren*. De gemeenschappen leren samen van zowel succesvolle als onsuccesvolle ervaringen om diepen zo de collectieve kennis verder uit.
- Het ondersteunt *gedeeld leiderschap* en *gedeelde verantwoordelijkheid*. De scope van een CoP maakt het mogelijk om een breed scala van leidinggevende rollen in te vullen en uiteenlopende vaardigheden te ontwikkelen.
- Het versnelt de evolutie richting impact. Deze gemeenschappen faciliteren fast-cyclus leren, meten resultaten om te begrijpen wat werkt, en voor wie (Wenger E., R. McDermott, Snyder, 2002).

Methode:

Jaarlijks wordt een opleidingsprogramma voorgesteld aan de pilootprojecten door FAITH.be in samenwerking met de 'opleidingscel' van de interadministratieve cel (WP 3). De inhoud van dit opleidingsaanbod speelt in op de moeilijkheden die de pilootprojecten ondervinden tijdens de implementatie van hun actieplan (deze moeilijkheden worden geïdentificeerd door het team dat instaat voor de ondersteuning van de projecten, tijdens overlegmomenten of bij het verwerken van de documenten die de pilootprojecten produceerden). De CoP's leggen de focus vooral op het uitwisselen van praktijken tussen de pilootprojecten onderling. De training die aangeboden wordt door de opleidingscel van de CIA is meer gericht op inzichten van de experten of begeleiding door de interadministratieve cel.

De zogenaamde community of practice workshops zullen twee keer per jaar georganiseerd worden met de coördinatoren en belangrijkste stakeholders van de projecten in de gebouwen van de SPF-FOD en IAC. Tijdens deze CoPs zullen generieke topics besproken worden (bijvoorbeeld de constructie van indicatoren voor auto-evaluatie, data-analyse, interpretatie van de resultaten, het gebruik van benchmarking, hoe de kwaliteit in projecten te verbeteren, hoe kunnen effectief gebruik maken van de PDCA-cyclus, LEAN werken etc.) en andere topics waarover er binnen de groep consensus bestaat omtrent de relevantie voor alle participanten, zodat zij kunnen leren van elkaar. Leermateriaal (bijvoorbeeld best practice fiches gemaakt door de deelnemers, ontwikkelde instrumenten, enz. met de ondersteuning van FAITH.be) zal voor de verspreiding binnen de projecten in beide talen beschikbaar worden gesteld. Een belangrijk punt bij het begin van een CoP is om genoeg gemeenschappelijke grond te vinden tussen de leden om een gevoel van verbondenheid te doen ontstaan en hen de waarde te laten inzien van het delen van inzichten, verhalen en technieken. In dit vroege stadium kan dit bevorderd worden door te constateren dat andere mensen met soortgelijke problemen worden geconfronteerd, een passie delen omtrent dezelfde onderwerpen, over data, instrumenten en toepassingen beschikken, dat ze een bijdrage kunnen leveren, waardevolle inzichten hebben en van elkaar kunnen leren.

Communities of practice kunnen variëren in grootte, maar tellen bij voorkeur 10-12 deelnemers. De community kan bestaan uit leden met vergelijkbare of verschillende rollen of verantwoordelijkheden. Ze ontmoeten elkaar regelmatig face-to-face, virtueel, of via een combinatie van beiden. Sommige gemeenschappen kunnen bestaan uit leden die gelijkaardige patiënten, verantwoordelijkheden, rollen, interesses of doelen hebben. Leergemeenschappen stoelen op interne en externe expertise en resources om hun praktijken te versterken. Omdat het project uitreikt naar patiënten, hun families en ambtenaren die delen in de verantwoordelijkheid voor de projecten, kan een CoP ook vertegenwoordigers van deze groepen bevatten.

Concreet zullen subgroepen samengesteld worden op basis van spreektaal en de geografische ligging van de pilootprojecten. De intervisies zullen tweemaal per jaar plaatsvinden. De CoP zal geleid worden door een moderator van het FAITH-team om de discussie te bevorderen. Hij of zij brengt mensen samen en helpt de community op weg. Andere leden van het wetenschappelijk team kunnen ook aanwezig zijn om te leren van de CoP. Tijdens deze bijeenkomsten is er echter geen hiërarchie, iedereen zal worden behandeld als een gelijke. Iedereen in de gemeenschap is er om van elkaar te leren en de om de praktijk te verbeteren. Van elke sessie zal een samenvatting gemaakt worden die verspreid worden onder de verschillende CoPs pilootprojectteams.

Indien nodig kan een gemeenschappelijke plaats beschikbaar worden gesteld waarop beste praktijken gedeeld kunnen worden, bijvoorbeeld een gedeelde Google-site (tenzij deze ruimte kan beschikbaar worden gesteld via de website Integreo (waarbij een deel van de website toegankelijk is na identificatie - bijvoorbeeld beveiligd met een wachtwoord).

Timeline and deliverables:

CoP bijeenkomsten zullen plaatsvinden het najaar en het voorjaar van elk jaar.

Tool 4: Jaarrapport

Het jaarrapport is een schriftelijke samenvatting van informatie over de structuur, processen en resultaten van de projecten. Het bevat ook een kritische analyse van het verband tussen de activiteiten en resultaten van het lokale project. Dit rapport levert evidentie met betrekking tot het werk van de lokale partners en financierders van het project. Het jaarlijkse rapport helpt de projecten om hun vorderingen ten opzichte van het vorige jaar en de andere projecten beter te begrijpen.

Objectieven:

De pilootprojecten produceren jaarlijks een rapport, meer bepaald een kritische analyse van de implementatie van het project, op basis waarvan ze kunnen identificeren welke acties uitgevoerd moeten worden om hun programma te verbeteren hun programma en welke aanpassingen ze hierin dienen door te voeren in het komende jaar. Deze iteratieve aanpak past binnen de Deming cirkel (Langley et al, 2009), beter bekend als PDCA (Plan -Doe - Check - Aanpassen). Dit rapport weerspiegelt de vorderingen van de projecten. Zowel de indicatoren als de doelstellingen worden hierin besproken, evenals de moeilijkheden waarmee de projecten worden geconfronteerd. Eerdere ervaringen in het kader van het Protocol 3-project zullen worden gebruikt om tot een efficiënte gegevensverzameling te komen, omtrent onder andere gebruik van de middelen, partners, evidentie van de inspanningen binnen de 14 componenten, gegevens vanop het dashboard, inclusief kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Het rapport omvat een kritische analyse van het voorbij werkjaar. De nieuwe doelstellingen voor het komende jaar worden hierin ook beschreven. De vorderingen met betrekking tot deze nieuwe doelstellingen zullen dan in het volgende jaarrapport geanalyseerd worden.

De specifieke objectieven zijn:

- Pilootprojectteams een kritische analyse te laten maken van het verband tussen hun activiteiten en resultaten
- De identificatie van de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van projecten te faciliteren
- De projectteams hun activiteiten te laten onderbouwen en hen ertoe aan te zetten om indien nodig de inhoud van het project aan te passen.

Methode:

De pilootprojecten worden verzocht om elk jaar een rapport te produceren. Het FAITH-team zal hen hierin bijstaan. Het jaarrapport bestaat uit de volgende onderdelen:

1) Consortiumsamenstelling, mogelijke veranderingen hierin en de achterliggende redenen voor deze verschuivingen
2) Geïncludeerde patiënten (aantal en kenmerken)
3) Verwachte **acties** en verwezenlijking gedurende het voorbije jaar (procesindicatoren), waaronder ook een tijdsschema en verantwoording van eventuele vertragingen of lacunes
4) Verwachte en gerealiseerde **resultaten**, waaronder ook een verklaring voor eventuele vertragingen of lacunes
    a. Project specifieke projectindicatoren

b. Gemeenschappelijk uitkomstindicatoren gebaseerd op routine-data, die door het uitkomstevaluatieteam geëxtraheerd werden (een maand voorafgaand aan het jaarrapport)

5) Kritische/reflexieve analyse van de acties en hun resultaten op basis van open vragen omtrent aanwezige drempels en bevorderende factoren bij de implementatie van de acties en de gerealiseerde resultaten. Deze vragen gaan in op die aspecten die in de literatuur als belangrijkste drempels en bevorderende factoren worden aangeduid, namelijk het theoretisch kader, de relevantie van de uitgerolde activiteiten voor elke component, participatie van stakeholders, governance van het project, adequate case identificatie en risico identificatie, patiënt, resultaatsgericht werken, een haalbare planning, analyse van de context.
6) De gehanteerde methodologie voor auto-evaluatie (type van data, methode voor datacollectie, engagement van stakeholders, timing…)
7) Projectaanpassingen (globale visie, objectieven en ontwikkeling van de componenten,) → revisie van het programma aan de hand van de tool box die de IAC naar voor geschoven heeft.

Het FAITH-consortium zal de projecten feedback geven over hun jaarrapport (het betreft een uitgeschreven rapport). Elk jaar organiseren we ook een overlegmoment met het project waarop het jaarrapport besproken wordt. Tijdens deze bijeenkomst zal ook bekeken worden hoe ze hun acties best aanpassen op basis van de bevindingen in dit jaarrapport.

Tijdsschema en deliverables

Tot juni 2017:

- Een template ontwikkelen die de lokale teams dienen te gebruiken voor het opstellen van hun jaarrapport
    - Voorstelling van een eerste sjabloon voor het jaarrapport, gebaseerd op de beschrijving van de verschillende onderdelen die hierboven werden uiteengezet.
    - Aanpassing van het sjabloon op basis van de vereisten van het team dat instaat voor de implementatie-analyse
    - Dit sjabloon voorleggen aan de projecten en de interadministratieve cel, zodat zij hun feedback kunnen geven
    - Het sjabloon finaliseren
- Een handleiding ontwikkelen om het jaarrapport op een gestandaardiseerde manier te beoordelen en feedback te geven aan elk afzonderlijk project.

De template en de bijhorende handleiding

Van juli 2017 tot het einde van het project:

- Een contactpunt aanduiden waar elk pilootteam advies kan vragen bij de voorbereiding van hun jaarrapport ("helpdesk"). Een deel van de eerste CoP zal gewijd worden aan opleiding om het jaarrapport in te vullen.
- Elk jaar, vanaf maart 2018:
    - Maart: De projectcoördinatoren stellen het jaarrapport op. De pilootprojecten kunnen bij het voorbereiden van het jaarrapport hun FAITH-contactpersoon aanspreken met specifieke vragen.
    - April-Mei: Het FAITH-team leest en analyseert de jaarrapporten. Dit werk wordt verdeeld op basis van de geografische spreiding van de projecten. Gedurende dit

proces stemt het FAITH-team en de interadministratieve geregeld met elkaar af, waarbij alle opmerkingen en informatie over elk project met elkaar gedeeld worden.
    - Juni: Individuele feedback geven aan elk project

Het jaarrapport van elk project (tot het einde van de evaluatie)

Uitgeschreven feedback vanuit FAITH.be op elk jaarrapport (tot het einde van de evaluatie)

Ondersteuning van de Interadministratieve Cel

FAITH.be zal de Interadministratieve Cel ondersteunen met de evaluatie van de projecten. De Interadministratieve cel zal ook geconsulteerd worden vooraleer deliverables zoals het dashboard, het instrument of incidenten te rapporteren, het jaarrapport… met de projecten gedeeld worden.

7.5 Ethische overwegingen

Aangezien de documenten die geproduceerd werden door de pilootprojecten (bijvoorbeeld: opname van de CoP, beschrijving van het project volgens de template, ...) in het kader van deze ondersteuning ook gebruikt zullen worden voor de implementatie-analyse, zal een geïnformeerde toestemming gevraagd worden aan de vertegenwoordigers van de pilootprojecten die deelnemen aan de workshops, lokale projectvergaderingen etc.

Vergaderingen (zoals de CoP's) worden opgenomen, zodat veldnota's aangevuld kunnen worden.

Als gevolg van de noodzaak van een ethisch advies, zal dit het onderdeel 'ondersteuning' van het protocol worden nagekeken door een centrale ethische commissie als onderdeel van het globale FAITH.be protocol.

7.6 Universiteiten en onderzoekers betrokken in dit onderdeel

Tabel 15. Universiteiten en onderzoekers betrokken in de ondersteuning

Betrokken universiteiten	Betrokken onderzoekers	Email
Université de Liège (ULG)	Prof Michèle Guillaume Dr Benoit Petré Dr Isabelle Bragard	mguillaume@ulg.ac.be benoit.petre@ulg.ac.be isabelle.bragard@ulg.ac.be
Universiteit Antwerpen Universiteit Gent	Dr Elien Colman Prof Roy Remmen Prof Ann Van Hecke Dr Sibyl Anthierens	Elien.Colman@Ugent.be or Elien.colman@uantwerpen.be Roy.remmen@uantwerpen.be Sibyl.anthierens@uantwerpen.be Ann.vanhecke@ugent.be
UCL	Prof Jean Macq Ms Thérèse Van Durme Ms Marlène Karam	Jean.macq@uclouvain.be Therese.vandurme@uclouvain.be marlene.karam@uclouvain.be
VUB	Prof. Liesbeth Borgermans Ms Liset Grooten	Liesbeth.borgermans@vub.ac.be fgrooten@vub.ac.be
KUL	Prof. Geert Goderis Prof. Walter Sermeus	Geert.goderis@kuleuven.be walter.sermeus@kuleuven.be

8. Ondersteuning van de IAC

FAITH.be zal de IAC ondersteunen bij de evaluatie van de GZP. De IAC zal eveneens regelmatig geraadpleegd worden, in het bijzonder wat betreft het dashboard, critical incident rapportage tool en jaarverslag, vooraleer deze tools worden gedeeld met de GZP.

Zoals in dit protocol herhaaldelijk wordt verklaard, betreft dit een evolutief protocol. Het feit dat het protocol nog steeds in ontwikkeling is, is toe te schrijven aan de verscheidene onzekere factoren die bestaan met betrekking tot de timing van federale en regionale projecten die parallel lopen (bv, de timing voor de uitvoering van het eHealth plan), maar ook met betrekking tot de geïntegreerde zorgprojecten zelf. Daardoor kunnen er substantiële aanpassingen doorgevoerd worden, indien nodig. Dit zal steeds maar in overeenstemming met de IAC en de wetenschappelijke stuurgroep gebeuren.

Naast deze onverwachte veranderingen die een validatie door de CIA en de wetenschappelijke stuurgroep vereisen, kunnen we sommige validatiemomenten reeds voorzien. Deze worden hieronder opgelijst:

Voor de analyse van de outcomes:

- Evaluatie van de haalbaarheid van de verschillende benaderingen van de evaluatie van de kosten, efficiëntie en billijkheid
- Selectie van uitkomsten voor de economische evaluatie met betrekking tot de analyse van de gevolgen voor de kosten.
- Selectie van de specifieke outcomes van de projecten voor de economische evaluatie.
- Organisatie van de evaluatie bij professionals: het bepalen van de frequentie en het aantal vragen voor het verzamelen van gegevens.

Voor de implementatie-analyse:

- Selectie van de projecten voor de case study (en beslissing om al dan niet extra projecten op te nemen in de case study).
- Selectie van een set procesindicatoren

Wat betreft de ondersteuning van de projecten gaat het in de eerste plaats over een samenwerking met de IAC (en in mindere mate over validatie met de wetenschappelijke stuurgroep)

- Het delen van best practices en andere relevante informatie (eventueel via de Integreo website);
- Het ontwikkelen van een jaarlijks vormingsprogramma voor de projecten, waaronder het gebruik van dashboardgegevens om hun beslissingen te onderbouwen in overeenstemming met de literatuur
- Het ontwikkelen van een handleiding voor het schrijven van het jaarverslag;
- Het ontwikkelen van een instrument voor het melden en analyseren van kritieke incidenten;
- Ontwikkeling van het dashboard: organisatie van de datastroom (link met TETRYS, Healthdata.be, etc.), de technische ontwikkeling van het instrumentenpaneel, feedback op het dashboard;
- Het opvolgen van de ontwikkeling van de projecten en identificatie van alarmsignalen/red flags

Bibliografie

Becker C, Holle R, Stollenwerk, B. The excess health care costs of KardioPro, an integrated care program for coronary heart disease prevention. HEALTH POLICY 2015, 119: 778-786.

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. The An8. onals of Family Medicine, 12(6), 573-576.

Busetto, L. et al., 2015. Context, mechanisms and outcomes of integrated care for diabetes mellitus type 2: a systematic review. BMC Health Services Research, 16.

Carreras M, Sanchez-Perez I, Ibern P, et al. Analysing the Costs of Integrated Care: A Case on Model Selection for Chronic Care Purposes. INTERNATIONAL JOURNAL OF INTEGRATED CARE 2016, 16 Art nr: UNSP 10.

CDC, 2014, https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/pdf/eval_planning.pdf

Collins, B., 2016. New care models Emerging innovations in governance and organisational form.

Contel, J.C. et al., 2015. Chronic and integrated care in Catalonia. International journal of integrated care, 15, p.e025. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26150763 [Accessed January 3, 2017].

Díaz-Chao A, Torrent-Sellens J, Lacasta-Tintorer D, Saigí-Rubió F. Improving integrated care: modelling the performance of an online community of practice. Int J Integr Care. 2014 Mar 10;14:e007. eCollection 2014.

Diaz-Ordaz K, Kenward MG, Grieve R. Handling missing values in cost effectiveness analyses that use data from cluster randomized trials. JOURNAL OF THE ROYAL STATISTICAL SOCIETY 2014, 177:457-474

Dickinson, H., 2014. Making a reality of integration: less science, more craft and graft. Journal of Integrated Care, 22(5/6), pp.189–196. Available at: http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/JICA-08-2014-0033 [Accessed January 3, 2017].

Emmel N. (2013) Sampling and choosing cases in qualitative research: a realist approach, London.

Finch TL, Girling, M., May, C.R., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., Steen, I.N., McColl, E.M., Dickinson, C., Rapley, T. . (2015) Nomad: Implementation measure based on Normalization Process Theory. [Measurement instrument]. . Available at: http://www.normalizationprocess.org.

Finch TL, Rapley T, Girling M, et al. (2013) Improving the normalization of complex interventions: measure development based on normalization process theory (NoMAD): study protocol. Implement Sci 8: 43.

Greenhalgh T., Russel J. Why Do Evaluations of eHealth Programs Fail? An Alternative Set of Guiding Principles; PlOS Medicine, 2010. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000360

Gerring J. (2007) Case Study Research: Principles and Practices. Cambridge University Press.

Ham, C. & Alderwick, H., 2015. Place-based systems of care A way forward for the NHS in England.

Hendrikx RJP, Drewes HW, Spreeuwenberg M et al. Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. HEALTH POLICY 2016, 120:471-485.

Hendrikx, R. J., Drewes, H. W., Spreeuwenberg, M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2016). Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. Health Policy, 120(5), 471-485.

Hernández, C. et al., 2015. Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project. International journal of integrated care, 15, p.e006. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26034465 [Accessed August 23, 2016].

Ishikawa, Kaoru (1990); (Translator: J. H. Loftus); Introduction to Quality Control; 448 p; ISBN 4-906224-61-X OCLC 61341428

KCE report (https://kce.fgov.be/publication/report/quality-development-in-general-practice-in-belgium-status-quo-or-quo-vadis#.WDcTWn0kTqk)

Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). What is population health?. American Journal of Public Health, 93(3), 380-383

Köpke S, McCleery, J. (2015) Systematic reviews of case management: Too complex to manage? Cochrane Database Syst Rev 1: Ed000096.

Lacouture, A.; Breton, E., Guichard, A. & Ridde, V (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. Implementation Science. 2015; 10: 153.

Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance (2nd edition). San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2009

Lovibond K, Jowett S, Barton P, Caulfield M, Heneghan C, Hobbs FDR, Hodgkinson J, Mant J, Martin U, Williams B, Wonderling D, McManus D. Cost-eff ectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study. LANCET 2011, 378:1219–30

Marsh K , IJzerman M , Thokala P , Baltussen R , Boysen M , Kalo Z , Lonngren T , Mussen F , Peacock S , Watkins J , Devlin N. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making-Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. VALUE IN HEALTH 2016, 19: 125-137.

May C, Finch T, Mair F, et al. (2007) Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. BMC Health Serv Res 7: 148.

May C, Rapley, T., Mair, F.S., Treweek, S., Murray, E., Ballini, L., Macfarlane, A. Girling, M. (2015b) Normalization Process Theory On-line Users' Manual, Toolkit and NoMAD instrument. Available at: http://www.normalizationprocess.org/.

May C. (2013) Towards a general theory of implementation. Implement.Sci. 8.

May C. (2015a) Complex interventions, healthcare innovations, and the dynamics of implementation. An introduction to Normalization Process Theory. Conference of the doctoral school of the Institute of Health and Society. Brussels.

May CR, Johnson M and Finch T. (2016) Implementation, context and complexity. Implement Sci 11: 141.

May CR, Mair F, Finch T, et al. (2009) Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. Implement Sci 4: 29.

Minkman, M., 2016. The Development Model for Integrated Care: a validated tool for evaluation and development. Journal of Integrated Care, 24(1), pp.38–52. Available at: http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/JICA-01-2016-0005 [Accessed January 3, 2017].

Moore GF, Audrey S, Barker M, et al. (2015) Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ 350: h1258.

Mullaney, T., Pettersson, H., Nyholm, T., & Stolterman, E. (2012). Thinking beyond the cure: A case for human-centered design in cancer care. International Journal of Design, 6(3).

Nolte, E. et al., 2016. Implementing integrated care: a synthesis of experiences in three European countries. International Journal of Care Coordination, 19(2), pp.5–19. Available at: http://eprints.lse.ac.uk/68301/ [Accessed January 3, 2017].

North West London Collaboration of Clinical Commissioning Groups, 2016. http://integration.healthiernorthwestlondon.nhs.uk/informatics

NSW Government. Integrated Care Strategy. Monitoring and evaluation framework. 2016.

NSWGovernment NSW. (2015) Integrated Care Strategy - Monitoring and Evaluation Framework. Sidney.

Pawson R, Tilley, N. (2013) Realistic Evaluation, London: Sage.

Pawson R. (2012) Evidence-based policy: A realist perspective. Sage Publication.

Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. BMJ. 2013;347:f6753. doi: 10.1136/bmj.f7086.

Plsek P and Greenhalgh T. (2001) The challenge of complexity in health care. BMJ 323.

Punton M. (2016) Reflections from a realist evaluation in progress : Scaling ladders and Stitching Theory. IDS Bulletin 18: 12.

Ramsey S, Willke R, Briggs A et al. Good research practices for cost-effectiveness analysis alongside clinical trials: the ISPOR RCT-CEA Task Force Report. VALUE IN HEALTH 2005, 8:521-533

Rycroft-Malone J, McCormack B, Hutchinson AM, et al. (2012) Realist synthesis: illustrating the method for implementation research. Implement.Sci. 7: 33.

Savage, E. et al., 2016. Transforming Chronic Illness Management through Integrated Care: A Systematic Review of What Works Best and Why. International Journal of Integrated Care, 16(6).

Scott JF. (1972) Internalization of Norms: A Sociological Theory of Moral Commitment Upper Saddle River: Prentice Hall.

Seow HY, Sibley LM. Developing a dashboard to help measure and achieve the triple aim: a population-based cohort study. BMC Health Serv Res. 2014 Aug 30;14:363. doi: 10.1186/1472-6963-14-363.

Stiefel, M., & Nolan, K. (2012). A guide to measuring the Triple Aim. Innovation Series. Cambridge: Institute for Healthcare Improvements.

Tabak RG, Khoong EC, Chambers DA, et al. (2012) Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. Am J Prev Med 43: 337-350.

Touati N, Denis J-L, Grenier C, et al. (2016) Implementing Spaces to Favor the Emergence of Ecologies of Complex Innovation in the Public Sector: An Empirical Analysis. Administration & Society.

Tsiachristas A, Stein KV, Evers S, Rutten-van Molken M. Performing Economic Evaluation of Integrated Care: Highway to Hell or Stairway to Heaven? INTERNATIONAL JOURNAL OF INTEGRATED CARE 2016? 16/1-12

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care 2013; 13:e010.

Vincent C, Seckler-Walker J, Taylor-Adams S. (2001) in Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety. Clinical incident reporting, ed Vincent C (BMJ Books, London).

Wenger E., McDermott R., Snyder W., Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge, 2002

Whittington, J. W., Nolan, K., Lewis, N., & Torres, T. (2015). Pursuing the triple aim: the first 7 years. Milbank Quarterly, 93(2), 263-300.

WHO (2002) Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action; chapter 2: Current Systems Are Not Designed for Chronic Problems.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf

Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, et al. (2013) RAMESES publication standards: realist syntheses. BMC.Med. 11: 21.

Wong G, Westhorp G, Manzano A, et al. (2016) RAMESES II reporting standards for realist evaluations. BMC Med 14: 96.

World Health Organization W. (2004) Primary Health Care: main terminology. Available at: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology.

Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. (2016). Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

Yin R. (2009) Case study research/ Design and methods. In: Thousand O (ed). CA.

Bijlagen

Bijlage 1: Selection of indicators by the FAITH.be consortium based on the scientific and grey literature

I: POPULATION HEALTH							
Indicator	**Numerator**	**Denominator**	**Definition**	**Data reporting frequency**	**Data source**	**Level**	**Justification**
Occupational disability	Number of people who have reported a break in professional occupation due to health issues on the last 12 months	Active population of the region covered by the pilot project	Percentage of people in occupational disability	Annual	National Health survey		Part of the national health survey
Activities of daily living	Number of people with ADL > 3	Total number of patients	ADL if yes to BR screener (4 items); Percentage of people with ADL > 3	Annual	BEL Rai screener done on inclusion/Other instrument adapted to children		
Instrumental activities of daily living	Number of people with IADL > 24	Total number of patients	IADL if yes to BR screener (8 items); Percentage of people with IADL > 8	Annual	BEL Rai screener done on inclusion/Other instrument adapted to children		
Cognitive dependency	Number of people with CPS> 3	Total number of patients	CPS if yes to BR screener (5 items)	Annual	BEL Rai screener done on inclusion/Other instrument adapted to children		
Psychological dependency	Number of people with DRS > 3	Total number of patients	DRS if yes to BR screener (5 items)	Annual	BEL Rai screener done on inclusion/Other instrument adapted to children		
Disease prevalence	Number of people with one chronic condition	Total population living in the region	Percentage of population with condition X (for 20 most common chronic diseases)	Annual	AIM or national health survey		

Disease prevalence	Number of people with more than one chronic condition	Total population living in the region	Percentage of population with multiple conditions (for 20 most common chronic diseases)	Annual	AIM or national health survey		
Disease prevalence	Age of onset of chronic condition	People with at least one chronic condition in the region covered by the pilot project	average age of onset (for 20 most common chronic diseases)	Annual	??		
Tobacco use	Percentage of smokers	Total population living in the region	Percentage of smokers (Are you a smoker: yes/no)	Annual	2 levels: Data collected by FAITH.BE in the sub-sample of 100 participants/Gezondheidsenquete	2 levels: Individual level in the sub-sample of 100 participants/aggregated by province for the gezondheidsenquete sample	Triple Aim Outcome Measures (Striefel & Nolan, 2012; Whittington et al., 2015)
Alcohol consumption	Number of people consuming more than 14 drinks per week for women and more than 21 drinks per week for men.	Total population living in the region	Percentage of people consuming more than 14 drinks per week for women and more than 21 drinks per week for men.	Annual	2 levels: Data collected by FAITH.BE in the sub-sample of 100 participants/Gezondheidsenquete	2 levels: Individual level in the sub-sample of 100 participants/aggregated by province for the gezondheidsenquete sample	Triple Aim Outcome Measures (Striefel & Nolan, 2012; Whittington et al., 2015)
Physical activity	Number of people with a moderate physical activity	Total population living in the region	Percentage of people with a moderate physical activity of 30 min per day, almost	Annual	2 levels: Data collected by FAITH.BE in the sub-sample of 100 participants/Gezondheidsenquete	2 levels: Individual level in the sub-sample of 100 participants/aggregated by province for the gezondheidsenquete sample	Triple Aim Outcome Measures (Striefel & Nolan, 2012;

			every day (people of 20-64 years)				Whittington et al., 2015)
Diet	Number of people eating a minimum of 5 fruits or vegetables per day	Total population living in the region	Percentage of people eating a minimum of 5 fruits or vegetables per day	Annual	2 levels: Data collected by FAITH.BE in the sub-sample of 100 participants/Gezondheidsenquete	2 levels: Individual level in the sub-sample of 100 participants/aggregated by province for the gezondheidsenquete sample	Triple Aim Outcome Measures (Striefel & Nolan, 2012; Whittington et al., 2015)
BMI	Number of people overweight / obese	Total population living in the region	Percentage of people overweight (BMI>25) / obese (BMI>30)	Annual	2 levels: Data collected by FAITH.BE in the sub-sample of 100 participants/Gezondheidsenquete	2 levels: Individual level in the sub-sample of 100 participants/aggregated by province for the gezondheidsenquete sample	Triple Aim Outcome Measures (Striefel & Nolan, 2012; Whittington et al., 2015)
Blood pressure	Number of people with high blood pressure	Total population living in the region	Percentage of population with high blood pressure (blood pressure > 140 mmHg systolic and / or 90 mmHg diastolic)	Annual	2 levels: Data collected by FAITH.BE in the sub-sample of 100 participants/healthdata?	2 levels: Individual level in the sub-sample of 100 participants/aggregated by province for the gezondheidsenquete sample	Triple Aim Outcome Measures (Striefel & Nolan, 2012; Whittington et al., 2015)
Cholesterol	Number of population with high cholesterol	Total population living in the region	Percentage of population with high cholesterol (> 5,0 mmol/l)	Annual	2 levels: Data collected by FAITH.BE in the sub-sample of 100 participants/healthdata?	2 levels: Individual level in the sub-sample of 100 participants/aggregated by province for the gezondheidsenquete sample	Triple Aim Outcome Measures (Striefel & Nolan, 2012; Whittington et al., 2015)
Mortality per age	Number of deaths per age	Total population living in the region	Rate of deaths per age (/1000)	Annual	IMA		

Amenable mortality	Number of premature deaths that should not occur in the presence of timely and effective health care	Total population living in the region	Rate of premature deaths that should not occur in the presence of timely and effective healthcare (/10000, adjusted per age)	Annual	IMA/hospital data		
Healthy life expectancy	Total number of years lived without disabilities	Total population living in the region	Average years lived without disabilities	Annual	IMA?		
II: PATIENT EXPERIENCES							
Indicator	**Numerator**	**Denominator**	**Definition**	**Data reporting frequency**	**Data source**	**Level**	**Justification**
Continuity of care	The number of people who think they have been offered good continuity of care	Total number of people in the sample	Percentage of patients who respond "Agree", on average	Bi-Annual	Data collected by the FAITH.BE team (sample)	Individual patient level	UK Patient's voices and literature review on patient expectations
Compassionate care	The number of people who think they have been offered compassionate care	Total number of people in the sample	Percentage of patients who respond "Agree", on average	Bi-Annual	Data collected by the FAITH.BE team (sample)	Individual patient level	UK Patient's voices and literature review on patient expectations
Shared decision making	The number of patients who think they are actively involved in a shared-decision making process	Total number of people in the sample	Percentage of patients who respond "Agree", on average	Bi-Annual	Data collected by the FAITH.BE team (sample)	Individual patient level	UK Patient's voices and literature review on patient expectations

Informed about team	The number of patients who think they are well-informed on the roles and activities of the multidisciplinary team	Total number of people in the sample	Percentage of patients who respond "Agree", on average	Bi-Annual	Data collected by the projects	Data collected by the projects	UK Patient's voices and literature review on patient expectations
Access healthcare data	The number of patients who think they are well-informed on access modalities to their own health care data (i.e. personal health record with medication schemes, lab results,)	Total number of people in the sample	Percentage of patients who respond "Agree", on average	Bi-Annual	Data collected by the projects	Data collected by the projects	UK Patient's voices and literature review on patient expectations
Self-management	The number of patients who think they are well-informed on essential and expected self-management activities	Total number of people in the sample	Percentage of patients who respond "Agree", on average	Bi-Annual	Data collected by the projects	Data collected by the projects	UK Patient's voices and literature review on patient expectations
Education	The number of patients who think they have been offered high-quality educational sessions	Total number of people in the sample	Percentage of patients who respond "Agree", on average	Bi-Annual	Data collected by the projects	Data collected by the projects	UK Patient's voices and literature review on patient expectations

Evaluation quality of care	The number of patients that has participated in the evaluation of the quality of the care process	Total number of people in the sample	Percentage of patients who respond "Agree", on average	Bi-Annual	Data collected by the projects	Data collected by the projects	UK Patient's voices and literature review on patient expectations
III: VALUED CARE (COSTS)							
Indicator	**Numerator**	**Denominator**	**Definition**	**Data reporting frequency**	**Data source**	**Level**	**Justification**
Hospitalisation rate (per 1000) last 12 months	Number of episodes of hospitalisation in the last 12 months	a particular profile of person		Annual	IMA	Individual	Dueñas-Espín, et al. (2016) *
Number of ED consultations (per 1000), last 12 months	number of ED consultations of hospitalisation in the last 12 months	a particular profile of person		Annual	IMA	Individual	Dueñas-Espín, et al. (2016) *
Number of early 30-d readmissions (per 1000) in the last 12 months due to Xi disease	number of early 30-d readmissions in the last 12 months	a particular profile of person		Annual	IMA	Individual	Dueñas-Espín, et al. (2016) *
Number of outpatient specialized visits (per 1000)	Number of outpatient specialized visits in the last 12 months in a given profile of person	a particular profile of person		Annual	IMA	Individual	Dueñas-Espín, et al. (2016) *
Indices of n° of specialized visit / GP visit	Number of outpatient specialized visits	Number of outpatient GP visits in the		Annual	IMA	Individual	Dueñas-Espín, et al. (2016) *

	in the last 12 months in a given profile of person	last 12 months in a given profile of person					
The number of patients using <5 drugs (per 1000), last 12 months, due to any cause	The number of patients using <5 drugs, last 12 months, due to any cause	a particular profile of person		Annual	IMA	Individual	Dueñas-Espín, et al. (2016) *
The number of patients using > 5 drugs (per 1000), last 12 months, due to any cause	The number of patients using > 5 drugs, last 12 months, due to any cause	a particular profile of person		Annual	IMA	Individual	Dueñas-Espín, et al. (2016) *
The number of patients (per 1000) with discontinuation of drug prescription essential for control of the disease	The number of patients with discontinuation of drug prescription essential for control of the disease	a particular profile of person		Annual	IMA	Individual	
DMG use	Number of people who have an open DMG	a particular profile of person		Annual	AIM	Individual	
number of out of hours GP consultation per 1000 patient in the last 12 months	number of out of hours GP consultation per 1000 patients in the last 12 months	a particular profile of person		Annual	IMA	Individual	

Household help	number of people with household help	people in need of HH help		Annual	Social care services (regional databases ?)/ Fiscal declaration/health mutualities/CPAS, OCMW	Individual	
Waiting time between application and provision of household service (turnover.)					health mutualities/CPAS-OCMW (the regions	Individual	
Geographic repartition of household help					Regional data	Individual	
PROVIDER WORK LIFE							
Indicator	**Numerator**	**Denominator**	**Definition**	**Data reporting frequency**	**Data source**	**Level**	**Justification**
Job satisfaction	Number of providers who respond "Fully agree" or "Agree", on average, with select indicators of job satisfaction	Total number of providers	Percentage of providers who respond "Agree", on average, with select indicators of job satisfaction	Annual	Data collected by the FAITH.BE team (sample)	Individual provider level (all providers participating in the integrated care project?)	IHI Whole System Measures 2.0
Work engagement	Number of providers scoring 'very high' or 'high' (≥ 4.67) on the UWES questionnaire	Total number of providers	Rate of providers having a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigour, dedication, and absorption	Annual	Data collected by the FAITH.BE team (sample)	Individual provider level (all providers participating in the integrated care project?)	Utrecht Work Engagement Scale-9 (UWES-9)

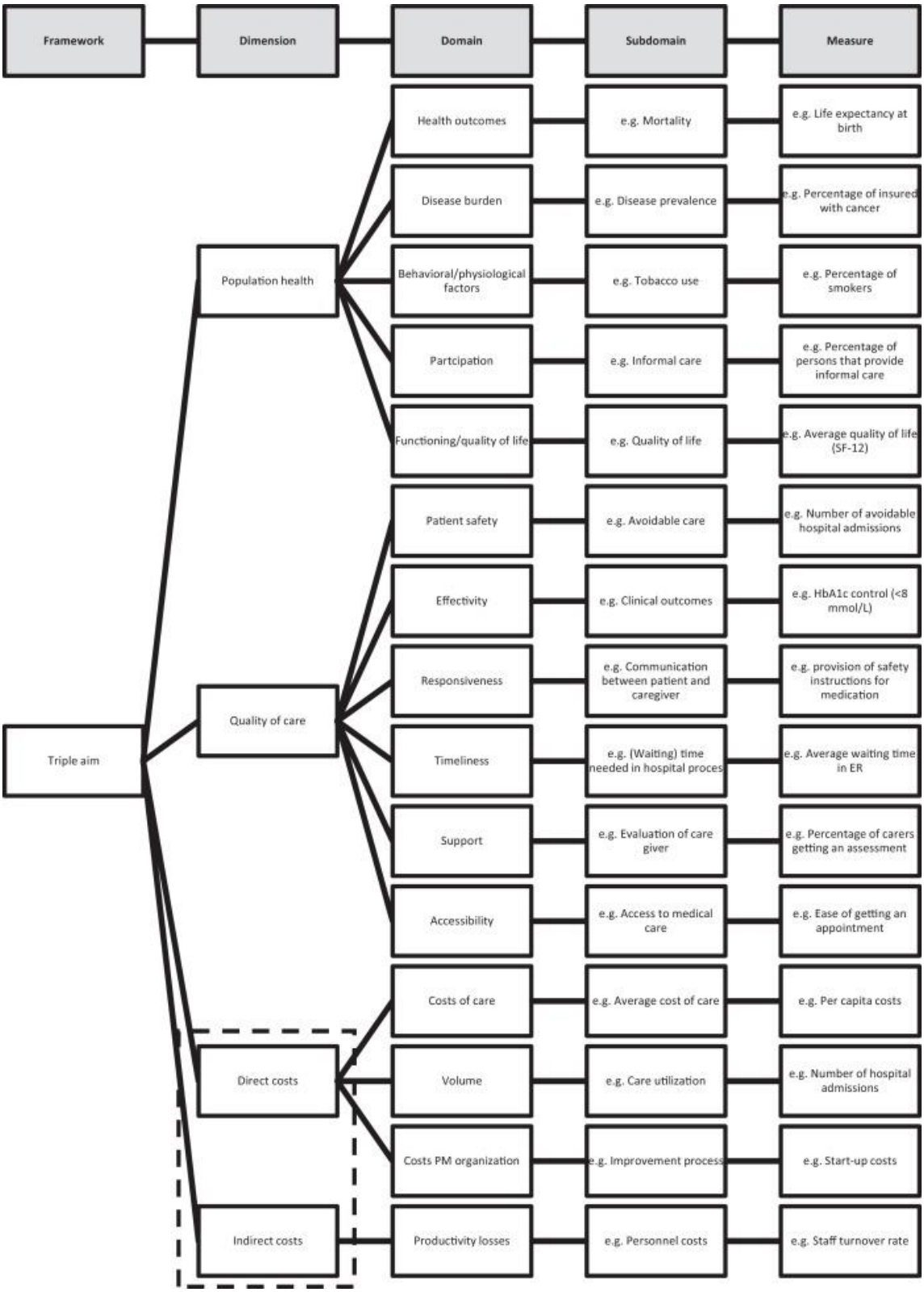
Burn-out	Number of providers with moderate and severe burnout according to MBI score	Total number of providers	Rate of providers dealing with a three-dimensional syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and lack of personal accomplishment.	Annual	Data collected by the FAITH.BE team (sample)	Individual provider level (all providers participating in the integrated care project?)	Maslach Burnout Inventory (MBI)-General Survey,
Absence rates due to illness (only if routinized data)	The number of workdays lost per year due to illness (excluding maternity leave)	The total number of active project health workforce, defined in headcounts	Compensated absence rate (non-attendance when scheduled to work, holidays and other planned leave excluded) due to illness	Annual	Data collected by the projects	Aggregated (for provider project population?)	N/A
EQUITY							
Indicator	**Numerator**	**Denominator**	**Definition**	**Data reporting frequency**	**Data source**	**Level**	**Justification**
Indicator							
Indicator							
Indicator							
Indicator							
Indicator							

[*] Dueñas-Espín, I., Vela, E., Pauws, S., Bescos, C., Cano, I., Cleries, M., ... & Kaye, R. (2016). Proposals for enhanced health risk assessment and stratification in an integrated care scenario. *BMJ open*, 6(4), e010301.

Bijlage 2. Triple Aim Outcome Measures (Striefel & Nolan, 2012; Whittington et al., 2015)

Dimension of the IHI Triple Aim	Outcome Measures
Population Health	**Health Outcomes:** • Mortality: Years of potential life lost; life expectancy; standardized mortality ratio • Health and Functional Status: Single-question assessment (e.g., from CDC HRQOL-4) or multi-domain assessment (e.g., VR-12, PROMIS Global-10) • Healthy Life Expectancy (HLE): Combines life expectancy and health status into a single measure, reflecting remaining years of life in good health
	Disease Burden: Incidence (yearly rate of onset, average age of onset) and/or prevalence of major chronic conditions
	Behavioral and Physiological Factors: • Behavioral factors include smoking, alcohol consumption, physical activity, and diet • Physiological factors include blood pressure, body mass index (BMI), cholesterol, and blood glucose (Possible measure: A composite health risk assessment [HRA] score)
Experience of Care	Standard questions from patient **surveys**, for example: • Global questions from Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) or How's Your Health surveys • Likelihood to recommend
	Set of measures based on **key dimensions** (e.g., Institute of Medicine's six aims for improvement: safe, effective, timely, efficient, equitable, and patient-centered)
Per Capita Cost	**Total cost** per member of the population per month
	Hospital and emergency department (ED) utilization rate and/or cost

Bijlage 3. Framework for measuring Triple Aim dimensions (Hendrikx et al., 2016)



Bijlage 4. Voorstel voor een additionele gezondheidseconomische benadering van de VUB en UGent

Date: 23/01/2017

Authors: Nick Verhaeghe (VUB/UGent), Koen Putman (VUB), Lieven Annemans (UGent)

PROJECT FAITH: proposed methodology for health economic evaluations

1. Background and aim

When assessing healthcare interventions and programmes, evidence on which strategies work best in terms of effectiveness is insufficient for policy making. Health economic evaluation studies are needed since they can provide policy makers with insights on how to spend the available resources in the most efficient way. Yet, in the field of integrated care, the availability of evidence in terms of health economic impact is rather scarce and unclear (Tsiachristas et al. 2016).

Therefore, it is important, within the context of the integrated care pilot projects, to build in such health economic evaluations. In this document we propose a methodology to evaluate the costs and the health economic impact of the different integrated care pilot projects. Below, an 'ideal' methodological approach is described. According to the availability of data, budget, research capacity (FTEs), adjustments to the proposal could be made.

2. Methods

2.1. Overview

The **first part** is a series of cost studies with the aim to identify significant cost drivers in the integrated care models. Different analyses will be conducted for different subcategories of costs and for the total costs. The subcategories are (based on Carreras et al, 2016): acute outpatient, acute inpatient, primary medical care, primary paramedical care, residential care, pharmacy prescriptions, and diagnostic tests. A distinction will be made between 'desired' costs, i.e. costs that occur as a result of good practice, and 'avoidable' costs such as costs related to acute events. All costs are direct medical costs (reimbursed cost and official out-of-pocket prices), extracted from the IMA databases, and from combined the perspective of the health insurer and the individual.

The second part of the economic evaluation concerns cost-consequence analyses (CCA), comparing costs and consequences incurred by participants in the integrated care projects with the costs and consequences incurred by their comparators in a control setting. The reason not to limit the analyses to cost-utility analysis is that the outcomes are not only expressed in quality-adjusted life years (QALYs) but also non-health benefits are considered (satisfaction, burden etc..). A range of outcomes will be considered and is subject of further debate in the steering group and with the stakeholders.

The third part includes predictive modelling to project the benefits of integrated approaches over longer time.

2.2. Analyses/statistics

Part 1: cost estimations

A matched case-control design will be used, meaning that for each patient pertaining to the 'FAITH sub-sample of the operational/beneficiary population' (described as 'population C' in the protocol, i.e. intervention group) a match is found who is member of the eligible population but not included in the operational/beneficiary population (i.e. part of the 'FAITH administrative population' but not belonging to the 'operational/beneficiary population', i.e. control group). Matching will be based on various characteristics, relevant to the projects' focus. For each pair, the cost differences are calculated in each subcategory and total costs. The costs relate to the intervention period of 18 months. We recommend to provide participants with diaries to better understand resource use and costs, also those not captured in the IMA database.

First, descriptive statistics will provide unadjusted information on the magnitude and distribution of costs for each of the subcategories, and split between desired and avoidable costs. Secondly, a two-

part multivariate model will be applied to evaluate population and indication characteristics associated with incremental costs. Different possible multivariate models will be compared. The Manning-Mullahy algorithm will be applied on the selection of the appropriate models (Carreras et al., 2016). Additional tests on the robustness of the models are incorporated (Hosmer-Lemeshow, mean absolute percentage error, median absolute percentage error).

Part 2: health economic evaluations

A series of cost-consequences analysis from a health insurance and individual perspective will be conducted taking into account the costs and effects of the integrated care pilot projects (new strategy) versus usual care (current strategy). These analyses consist of two phases:

1. **Bottom-up approach:**

   In this phase, an analysis of the costs and effects alongside the studies will be conducted. Data will be collected on:

   (1) Resource utilization and cost data: starting at baseline (= start of the intervention period) until the end of the intervention period, resource use and cost data will be collected, both in the intervention and control group. Cost data are direct medical costs for which a nomenclature code exist (IMA databases). See also part 1.

   (2) Outcome data: at baseline and at regular time points, outcome data need to be recorded (both in the intervention and control group). Linear transition between two time points is assumed. The final selection on the series of outcomes per project will be finalized in the steering committee (e.g. blood pressure, number of falls, health related quality of life, E&A admissions avoided etc).

   (3) Intervention costs: During the intervention period, information related to the intervention costs will be collected. Standard forms to be filled out by the project coordinators and participating health and social care professionals will be developed. These costs (e.g. monetary valuation of project coordinator and caregiver time spent on meetings) will be recalculated at participant level.

   Finally, the ratio of the incremental costs to the incremental effects, called the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) will be calculated as : $(Cost_N – Cost_C)/(Effect_N – Effect_C)$[9]. This measure reflects the difference in costs per unit of effect (for example QALY).

   A well-known issue is the presence of missing data related to the different outcome variables (cost data, effectiveness data, utility data). Different methods exist to handle this. In the

[9] N= new strategy (integrated care pilot projects); C= current strategy (usual care)

current research project, single imputation methods will be used. In this method, the missing data are replaced with a single predicted value (e.g. the mean value) (Diaz-Ordaz et al. 2014). Sensitivity analyses will be conducted to determine how different input values will impact the outcome (Diaz-Ordaz et al. 2014).

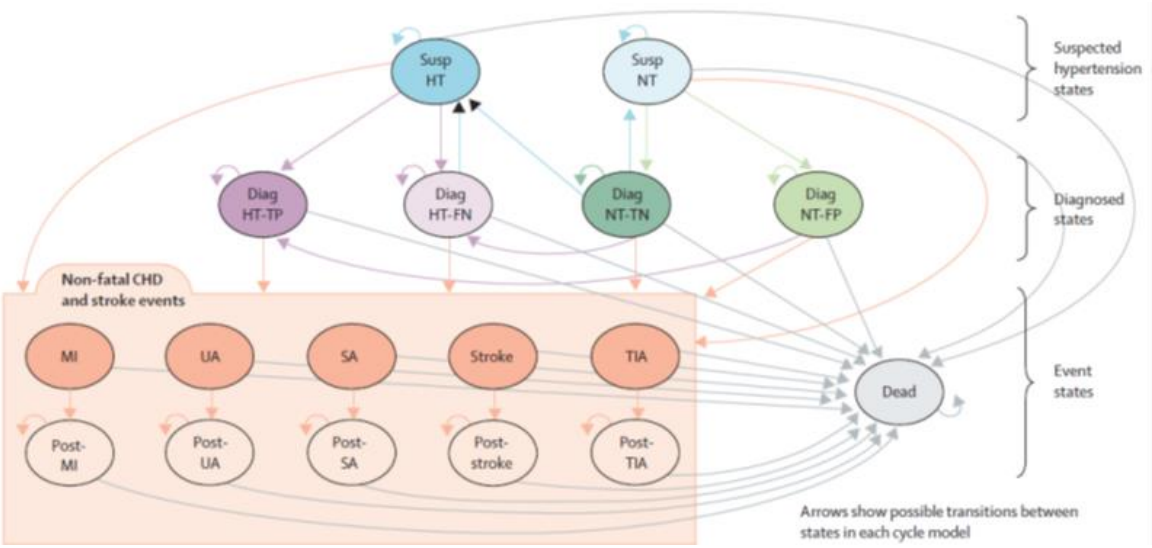
Part 3. Markov decision-analytic modelling:

The bottom-up approach described above provides answers on the costs and consequences on the short term. A Markov decision-analytic model will be used to predict longer term patient outcomes and complications for participants in the integrated care pilot projects versus usual care. This kind of models allows us to simulate transitions towards various health states beyond the duration of the interventions. Each health state is associated with costs and utilities (quality of life).

The choice of outcome may vary according to the characteristics of the patient populations within the different pilot projects. Data on various indicators are collected during the intervention period (see table 2, protocol, e.g. tobacco use, blood pressure) and these can be considered as intermediate or surrogate outcomes. These outcomes can be considered as input data for Markov models.

An example of the Markov model can be found in figure 1. This is purely illustrative. In this example, blood pressure is the surrogate outcome derived for the pilot project which could serve as input to distribute the participants across the different health states. The model will be further developed and adapted to the local contexts of the pilot projects (i.c. costs per health state, transition probabilities, utilities per health state). Various Markov models will be built depending on the outcome under consideration.

Figure 1: example of a Markov decision-analytic model for blood pressure control (here: from Lovibond et al., 2011)



Health economic evaluation studies are frequently characterized by some degree of uncertainty or methodological considerations. In the current study, one-way sensitivity analyses and probabilistic sensitivity analyses (non-parametric bootstrapping) will be conducted to handle this uncertainty.

3. Considerations

The inclusion of a comparator group (participants who are not enrolled in an integrated care project but are equally eligible) is a necessary precondition to conduct the health economic evaluation study. Without a comparator it is impossible to evaluate the cost-effectiveness of the integrated care pilot projects related to their costs and (health) effects. In the proposal, a matched case-control design is proposed since the use of this design enables the collect of the information related to process evaluation, PROMs, PREMS, intermediate or surrogate outcomes (e.g. tobacco use, blood pressure, HbA1c level), and resource use (Table 1). Next to the matched case-control design, other designs are possible, however with the consequence of reducing the level of evidence due to the limited number of outcomes that can be used.

Other remarks should also be made and taken into consideration.

- Given all pilot projects are still in the conceptual phase, timing on the full implementation of the integrated care pathways is highly uncertain.
- The total duration of the projects is limited (18 months). It is unlikely that the full potential in efficiency will be achieved in this period and clinically observable. This results in high uncertainty on the economic evaluations.

Table 1 Overview of outcomes related to the study design

design	outcome				
	process	**PREM**	**PROM**	**surrogate**	**resource use**
vs. baseline	X	X			
pre-post	X	X			
historical control	X	X			X
parallel control	X	X	X	X	X
matched control	X	X	X	X	X

- Today, it is not yet clear how many of the integrated care pilot projects will be evaluated on their cost-effectiveness (all?, selection?, clustering of projects?). This will largely depend on:
  - Sufficient FTE research capacity including 1 FTE post-doctoral researcher and 1 FTE doctoral student. In case a number of pilot projects would withdraw from the study, a part of the budget would be reallocated to allow for additional analyses
  - Availability of the data related to the resource use, costs and HRQOL (particularly related to time gap between IMA data available) in both groups. How will the data collection related to HRQOL occur in the control group? The need for an informed consent for both data collections needs to be explored.

4. Workload and research capacity

According to the phase of the FAITH research project, the workload related to the health economic evaluation will include:

- **Phase 1 (prior to the start of the projects):**
  - Contacts with data base owners (e.g. RIZIV, IMA),
  - Development of the data collection tools (including the intervention cost tool),
  - Implementation of the data collection tools at the different pilot projects.

- **Phase 2 (during the intervention period):**
  - Preparation and baseline data collection in the intervention and control group,
  - Literature study related to the Markov decision-analytic modeling phase,
  - Development of the data analyses tools to conduct the health economic evaluation,
  - Data collection intervention costs,
  - Analysis of the cost estimations.

- **Phase 3 (following the intervention period):**
  - Data collection related to the time period prior and to the end of the intervention period in both the intervention and control group,
  - Data analysis including the analysis related to the 'bottom-up approach' and to the 'Markov decision-analytic modelling' and interpretation of the findings,
  - Sensitivity analyses including one-way and probabilistic sensitivity analyses,
  - Report writing.

Research team:

This study is proposed by I-CHER, VUB-UGent and will be conducted under the supervision of K Putman and L Annemans. One post-doctoral researcher (N Verhaeghe) and one junior researcher need to be budgeted to complete this study (€160.000/year for the total duration of FAITH.be + €20.000 expert fees (for the total duration of the project), excl. working costs).

References

Becker C, Holle R, Stollenwerk, B. The excess health care costs of KardioPro, an integrated care program for coronary heart disease prevention. HEALTH POLICY 2015, 119: 778-786.

Carreras M, Sanchez-Perez I, Ibern P, et al. Analysing the Costs of Integrated Care: A Case on Model Selection for Chronic Care Purposes. INTERNATIONAL JOURNAL OF INTEGRATED CARE 2016, 16 Art nr: UNSP 10.

Diaz-Ordaz K, Kenward MG, Grieve R. Handling missing values in cost effectiveness analyses that use data from cluster randomized trials. JOURNAL OF THE ROYAL STATISTICAL SOCIETY 2014, 177:457-474

Hendrikx RJP, Drewes HW, Spreeuwenberg M et al. Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population management initiatives? An international comparative analysis. HEALTH POLICY 2016, 120:471-485.

Lovibond K, Jowett S, Barton P, Caulfield M, Heneghan C, Hobbs FDR, Hodgkinson J, Mant J, Martin U, Williams B, Wonderling D, McManus D. Cost-eff ectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study. LANCET 2011, 378:1219–30

Marsh K , IJzerman M , Thokala P , Baltussen R , Boysen M , Kalo Z , Lonngren T , Mussen F , Peacock S , Watkins J , Devlin N. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making-Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. VALUE IN HEALTH 2016, 19: 125-137.

Ramsey S, Willke R, Briggs A et al. Good research practices for cost-effectiveness analysis alongside clinical trials: the ISPOR RCT-CEA Task Force Report. VALUE IN HEALTH 2005, 8:521-533

Tsiachristas A, Stein KV, Evers S, Rutten-van Molken M. Performing Economic Evaluation of Integrated Care: Highway to Hell or Stairway to Heaven? INTERNATIONAL JOURNAL OF INTEGRATED CARE 2016? 16/1-12

Bijlage 6. Projects of integrated care for chronic patients as complex adaptive systems

- First, local programs of integrated care for people with one or more chronic conditions in Belgium have *fuzzy boundaries* regarding the professionals involved, the setting, the activities provided, etc... For instance, regarding the setting, they can go beyond the classical boundaries of primary care (i.e. first-contact, accessible, continued, comprehensive and coordinated care), and be delivered either at home or in hospital, e.g. during an intercurrent hospitalisation.
- Second, those programs could respond to the environment with *internalised rules*. Internalised rules are "an individual's acceptance of a set of norms and values" (Scott, 1972). In the case of those innovative programs, few external rules exist that might drive the actions of the professionals involved in integrated care.
- Third, the local programs and the system are *adaptive*. Care professionals and the system in which they operate are first and foremost adaptive in – but not limited to - the context of pilot projects, in which they are expected to experiment activities, attitudes, mobilise resources, etc., which in turn change the system in which they operate.
- Fourth, those programs are *embedded in multi-layered realities*, which means that those interventions can be seen as systems that are embedded within other systems and with whom they co-evolve. A major change, like the operationalisation of the transfer of competencies for the care and well-being for older people from the federal level to the regional level, which occurred in July 2014, will have diverse impact on the evolution of the local healthcare systems because of different regulations; according to the region.
- Fifth, *tension and paradox are natural phenomena*, not necessarily to be resolved. It can be expected that the programs will interact with each other, with other organisations and individuals and that this may lead to tensions and paradoxes. Tensions arising from conflicting disciplinary values, incompatible goals or unrealistic demands may impede or improve the way the program is carried out. Another tension can arise because it is expected that the partners in the project will have to invest simultaneously in exploration and exploitation processes (Touati et al., 2016). Indeed, the same professionals will be asked to experiment with new alternatives, while feeling a strong push to reach their organisational targets, as before.
- Sixth, interaction leads to continually *emerging, novel behaviour*. The interaction between different professionals, or between professionals and the people with chronic conditions and their informal caregivers, leads to novel approaches.
- Seventh, *inherent non-linearity* of the behaviour of a complex system, such as integrated care programs for people with chronic conditions can be observed when in some cases, teams can be expected to search to work together in the same province, to seek emulation, while in other provinces, the fear of concurrence can be so fearful, that no such collaboration will even be thinkable.
- Eight, the behaviour of a complex system is fundamentally *inherent unpredictable*. This is a consequence of the elements cited above, such as the emergent behaviour and the non-linearity. This means that it is fundamentally impossible to predict perfectly what a complex system will do; "the only way to know exactly what a complex system will do is to observe it: it is not a question of better understanding of the agents, of better models, or of more analysis" ((Plsek and Greenhalgh, 2001)., p.627).

- Ninth, *inherent patterns* can be observed, despite the inherent unpredictability described in point eight. Despite the differences in settings, local regulations, disciplines involved, caseload, etc. common behaviours are expected to be identified, such as ways to involve primary care providers, such as general practitioners.
- Tenth, *attractor patterns* can be observed. Attractor patterns are seemingly simple patterns of a very complex behaviour. This can be illustrated from the start in the description of the logic of the program. Indeed, the program coordinators will be asked to describe the activities they plan and the outcomes they expected to reach by those activities. Simultaneously, they will be asked to identify key assumptions about how the change will occur (i.e. link specific outcomes to activities or resources by the means of mechanisms explaining the change in a given context)(NSWGovernment, 2015). These configurations of interventions, mechanisms, context and outcomes can be seen as attractor patterns.

Bijlage 7: Articulation of the 14 components of integrated care, as seen in the Plan for integrated care, with the Normalisation Process Theory.

At the outcome level, the Triple Aim includes also job satisfaction and equity (centre of Figure 5)

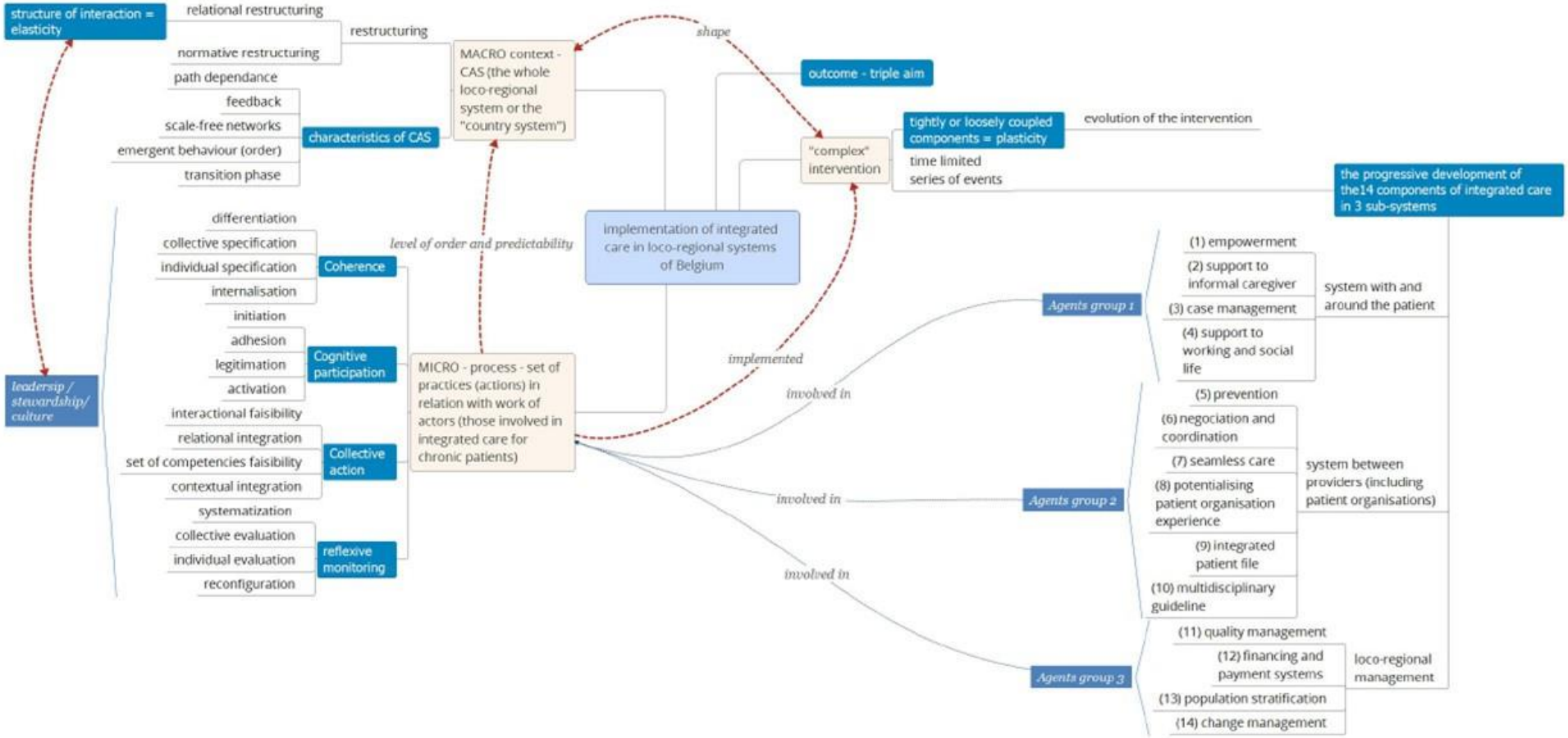


Figure 1. Articulation of the 14 components of integrated care

Bijlage 8. NOMAD tool

NOMAD ITEMS BY CONSTRUCT

Construct	Sub-Construct	Items
Coherence	***Differentiation***	I can see how the [intervention] differs from usual ways of working
	Communal specification	Staff in this organisation have a shared understanding of the purpose of this [intervention]
	Individual specification	I understand how the [intervention] affects the nature of my own work
	Internalization	I can see the potential value of the [intervention] for my work
Cognitive Participation	***Initiation***	There are key people who drive the [intervention] forward and get others involved
	Legitimation	I believe that participating in the [intervention] is a legitimate part of my role
	Enrolment	I'm open to working with colleagues in new ways to use the [intervention]
	Activation	I will continue to support the [intervention]
Collective Action	***Interactional workability***	I can easily integrate the [intervention] into my existing work
	Relational integration	The [intervention] disrupts working relationships
	Relational integration	I have confidence in other people's ability to use the [intervention]
	Skill set workability	Work is assigned to those with skills appropriate to the [intervention]
	Skill set workability	Sufficient training is provided to enable staff to use the [intervention]
	Contextual Integration	Sufficient resources are available to support the [intervention]
	Contextual integration	Management adequately support the [intervention]
Reflexive Monitoring	***Systemisation***	I am aware of reports about the effects of the [intervention]
	Communal appraisal	The staff agree that the [intervention] is worthwhile
	Individual appraisal	I value the effects the [intervention] has had on my work
	Reconfiguration	Feedback about the [intervention] can be used to improve it in the future
	Reconfiguration	I can modify how I work with the [intervention]

Bijlage 9. How to use NoMAD?

(Finch, 2015)

The NoMAD instrument may be used in different ways to suit your needs, but it needs to be adapted to 'make sense' for your participants. Here we provide guidance on how to do this.

What are you using it for?

We hope that the NoMAD instrument will be used for a wide range of purposes and across different settings. It could be used simply to describe participants' views about how an intervention impacts on their work, and their expectations about whether it could become a routine part of their work. It could be used at different time points, to see if perceptions have changed after a period time. It also could be used as a way of improving implementation by identifying areas needing further work to progress an implementation project. For example, the responses may indicate that the intervention 'makes sense' to participants (Coherence), but that specific aspects of engagement (Cognitive Participation) appear low, suggesting that further effort could be targeted at broadening participation or working on participants' commitment to making the intervention work.

These are just examples though of how NoMAD might be used. We look forward to hearing about the different ways that others use NoMAD in future.

Whatever way you wish to use the NoMAD instrument; this will determine how you approach the task of customising your survey.

Customising NoMAD for use

The NoMAD instrument items need to be embedded in a survey that you develop yourself so that it is appropriate for your target respondents. This includes having a specific introduction about the intervention you are asking about, adding relevant questions about the respondents' roles, and potentially including additional general questions about the intervention that you are also interested in.

1. **Determine who should complete the survey.** You may be interested in the perceptions of a single group of professionals, or multiple groups. In deciding who should complete it, a key consideration is how involved they are with the implementation. It is likely that some groups will be more familiar with engaging with the target intervention than are others, but this is okay if all groups are familiar enough to be able to answer most questions. The item response options allow for people to indicate if and why they cannot rate a particular item.
2. **Deciding how to conduct the survey.** It is possible to create your survey electronically (eg using online survey software) or on paper. This will depend on how you can best access respondents. In our study we used both approaches.
3. **Customising the instructions.** In the instrument accessible on this website, we provide an example of how to introduce the survey. This just needs to be adapted to fit your own purpose.
4. **Determine your role questions.** We have provided examples of these, but just as a guide. These questions should reflect your participant groups, and any other information you might want to collect for comparing responses. For example, if you are surveying people from different sites or geographical regions and want to explore any site differences, then you will include a question about this.
5. **Customising the wording of the items.** We recommend that throughout the survey, the term [intervention] is replaced with an intervention 'name' that will be most familiar to the respondents. This includes using your own intervention name in the 'option B' response labels.

6. **Customising and/or adding general questions.** In addition to the 20 items reflecting the NPT constructs, we provide 3 items intended to provide a more general assessment of participants' experience and expectations of the implementation process. These items should be adapted as appropriate, and you may wish to add extra questions that you are interested in. These extra questions may be about any practice related outcomes of interest rather than the implementation process. For example, if an objective of the intervention is to make it easier for staff to support patients to self-manage, you may want to add a question such as 'the [intervention] makes it easier for me to support patients in managing their own care'.
7. **Analysing your survey data.** How you approach this will depend on the questions you wish to explore, and the expertise you have available for analysis. However, we suggest that this does not need to be complicated. For example, tables summarising the frequency of responses to items can indicate where participants are providing more positive or negative responses. We will update this website with examples of analysis from use of the NoMAD instrument in due course.
8. **Linking responses of individuals at different survey points.** If you are interested in how individuals' perceptions change over time, you may wish to track responses. If you are using electronic survey software, you may be able to do this in various ways, for example by using unique survey entry links for individual participants generated by the software. It is also possible to do this in paper surveys, without compromising anonymity, for example by requesting participants to use a formula to develop a unique identifier code based on selected characters of name, birthdate etc that would lead to the same identifier code if completed at a later time. This is unlikely to be foolproof - but may be a solution for smaller paper-based surveys.

Other things to consider:

- NPT is all about understanding the complexity of the work involved in implementation, and we acknowledge that specific approaches to using the NoMAD instrument will need to vary. We have addressed this *as far as possible* within the NoMAD instrument by including guidance on framing the survey instructions, and by the use of the 'Option B' response categories for respondents to indicate if an item is not relevant to their role, to the intervention or to the present time when surveyed. We feel these options are important as they make it easier for participants to respond, and they help enhance the validity of the instrument by ensuring that item responses are genuine.
- Despite this, you may need to think about adapting the wording of the NoMAD items more than just adding the target intervention name. For example, if you are using it very early on during an implementation process, the wording of the NoMAD items may make more sense to respondents if they are framed about their expectations rather than experiences For example, 'I can see how [the intervention] *would differ* from usual ways of working' rather than 'I can see how [the intervention] *differs* from usual ways of working'. If you need to adapt the items we would advise sticking to the original wording of the items *as far as possible*, while ensuring they make sense to the respondents and to the timing of the survey.

1. It is also possible that only particular sets of items (from the four construct sections) may be of interest or appropriate at the time of your survey. This is fine if it makes sense for your use of the NoMAD instrument.

- At this time, we do not provide specific instruction on how to generate scale or construct scores for the NoMAD instrument. Further guidance on this will be provided in due course.

Bijlage 10. Interview guide

Note : as described in the protocol (part II: implementation analysis), this focus group will be organized yearly for the stakeholders of the ICPs in the case studies. The process of stakeholder identification is also described above. Depending on the size of the partnership and the governance structures, it is possible that several focus groups will be organized yearly, per ICP.
In preparation to the focus group, document analysis will take place, in order to identify gray zones of the projects. As such, the interview guide is a generic guide and will be adapted per ICP.

1. Introduction

The moderator
- welcomes participants (stakeholders are partners of the ICP)
- presents himself, his team
- shorty outlines the goal and course of the meeting
- explains why they were selected to participate in the meeting
- explains that the content of the meeting is confidential
- explains how the content and results will be handled
- asks permission to record the meeting on tape

Participants shortly introduce themselves, their profession, current position and role in the project. (the moderator asks extra questions to determine whether the participants represent all project members)

2. Description of the project

The moderator shortly describes the project and the project partners and asks:
Is this description of the project (still) correct?
Have there been any changes since the last meeting or report?
- In project aims and actions
- Consortium composition
- Organization and governance structure

Can you explain the rationale/reasons behind these changes?

3. Rationale of the project (and the changes made within the project)

How will/does the project work? What makes/will make it effective? And why did you select these actions? Is there an empirical and/or theoretical base underpinning the program/the program changes?

How do you think this will impact patients, their family, and other stakeholders?

What is the impact on patients and their families who are more vulnerable?

4. Statements (based on Nomad Tool)

Participants are asked to reflect over the 20 questions of the NOMAD Tool, covering the 4 constructs of the Normalization Process Theory

To what extent do you agree with the following statements (not at all – completely)? And explain why you do or you don't agree.

A. Coherence

I can see how the program differs from usual ways of working (Nomad Tool, item 1)
- How easily can you describe the intervention to participants?
- Do they appreciate how it differs from current ways of working?

Staff in this organization have a shared understanding of the purpose of this program (Nomad Tool, item 2)

To what extent is there a shared understanding of the aims, objectives and expected outcomes?
- Are they able to build such a shared understanding? Why do you think they are able to do so, why do you think they won't be able to do so?

Participants understand how the program affects the nature of their work (Nomad Tool, item 3)
- To what extent do they know what the project requires of them? Are they able to make sense of their specific tasks and responsibilities? Which participants have more difficulties than others?

I can see the potential value of the program for my work (Nomad Tool, item 4)
- To what extent grab participants the potential value, benefits and importance of the project? Which participants see little potential value? Why?

B. Cognitive participation

There are key people who drive the project forward and get others involved (Nomad Tool, item 5)

Participants believe their involvement in the project is a legitimate part of their role (Nomad Tool, item 6)
- Do they believe it is right for them to be involved and that they can make a contribution? Who does, who doesn't, and why?

Participants are open to working with colleagues in new ways to use the program (Nomad Tool, item 7
- Are they willing to organize themselves to make a collective contribution to the projects? Who does, who doesn't and why?

Participants still support the intervention (Nomad Tool, item 8)
- Which stakeholders, participants, policy Who does, who doesn't and why?

C. Collective action

Participants can easily integrate the program into their work or organization (Nomad Tool, item 9)

The project disrupts working relationships (Nomad Tool, item 10)
- How come?/ Why not?

I have confidence in other people's ability to implement the project (Nomad Tool, item 11)
- In which participants/organizations do you have less confidence than others and can you explain why?

Work is assigned to those with appropriate skills (Nomad Tool, item 12)

- Are there any participants/organzations/involved caregivers who have difficulties to put the program in practice?

Sufficient training is provided to enable staff to use the program (Nomad Tool, item 13)

Sufficient resources are available to support the project (Nomad Tool, item 14)

D. Reflexive monitoring

Participants are aware of reports about the effects of the project (Nomad Tool, item 15)

The staff agree that the project is worthwhile (Nomad Tool, item 16)

- Which partners do, which partners don't agree?

Participants value the effects the project has had on their work or organization (Nomad Tool, item 17)

Feedback about the project can be used to improve in the future (Nomad Tool, item 18)

- Which feedback has been useful? How did you/are you planning to use this feedback to improve?
- Have you been/are you planning to use the feedback of the dashboards?

Participants can modify how they implement the project (Nomad Tool, item 19)

- To what extent can they make changes in the way they apply the projects actions?

5. Follow-up questions

Follow-up questions to be defined based on information and problem area's identified in the document analysis, previous meetings, questionnaires, dashboard, critical incident reports, …

6. Conclusion

In your opinion,

- what are the main facilitators of the project?
- what are main the barriers within the project?
- what is needed to sustain the project?
- how could this program be expanded?
- Does the project meet the expectations?

What are the next steps that you are planning to take with the project?

7. Questions and suggestions by the projects

Do you have any other questions, suggestions or other things you would like to share with us about the implementation of the project?

Possibility to be contacted by the researchers in-between for the sake of clarification.

8. **Thank you**

Bijlage 11. Theoretical framework guiding the implementation analysis

Normalization Process Theory – NPT

The main framework that will guide the data collection and analysis here is the Normalization Process Theory (NPT). It has been developed by Carl May and his colleagues at the University of Southampton (UK)(May, 2013; May, 2015a; May et al., 2007; May et al., 2009). NPT provides a conceptual toolkit to understand, explain and organise 'implementation processes' as a technical problem of practice. Additionally, NPT provides a way to understand 'implementation processes' as central elements of societies organised around 'programs', made up of temporary assemblages of agents and ensembles of social practices.

NPT summarized

Summarized, the NPT characterizes the social mechanisms implicated in implementation processes and explains their operation. At the core of the framework lies four operationalized components, which are described here (May, 2015a):

1. *Coherence*: defines and organizes the components of a complex intervention
    - (responds to the question: What is the work? (How is a practice made *coherent* by its users?)
2. *Collective Action*: defines and organizes the enacting of a complex intervention
    - (responds to the question: Who does the work? (How do people and groups come to *participate* into a complex intervention?)
3. *Cognitive Participation*: defines and organizes the people implicated in a complex intervention
    - (responds to the question: How does the work get done? (How is a complex intervention *enacted* in practice?)
4. *Reflexive Monitoring*: defines and organizes assessment of the outcomes of a complex intervention
    - (responds to the question: Why did the work happen like that? (How is a complex intervention *monitored* by its users?)

Why choose Normalization Process Theory?

Other frameworks relevant to implementation, available to practitioners and researchers put a heavy emphasis on the attributes of organizations and policy environments (inner and outer contexts). They reflect the influence of *diffusion* models. Besides, they also put a heavy emphasis on *individual* differences (attitudes and intentions), which reflects the influence of psychological individualism (Tabak et al., 2012).

Different interventions may be intended to *change behaviour* and its intended outcomes (e.g. using telemedicine systems). Those interventions may also be intended to *change expertise and actions* (e.g. devices; or decision-making tools and clinical guidelines). Furthermore, interventions may be intended to *change the procedures* enacted to achieve goals. (e.g. payment systems, electronic health records, ordering systems).

Carl May and his colleagues define implementation as "a deliberately initiated process, in which agents intend to bring into operation new or modified practices that are institutionally sanctioned, formally defined; consciously planned and intended to lead to a changed outcome" (May, 2015a), p. 16.

Participants may seek to modify the ways that people think, act and organize themselves or others, they may seek to initiate a process with the intention of creating a new outcome. Defined as such, implementation is a *project, about a program* (May, 2015a).

Realistic approach

Rationale for a realist approach: the local programs of integrated care seen as complex adaptive systems

The overall method will be driven by a realistic approach. Realistic approaches, either used for the evaluation of (series of) interventions (i.e. primary data) or to synthesise the results of research about these interventions (i.e. secondary data), are particularly suited when evaluating complex adaptive systems. Indeed, the programs promoting integrated care for people with chronic conditions shares these features. The components these programs are multiple, as can be derived from their first descriptions and the demands put by the NIHDI and FPS Public Health.

Not only are those programs complex interventions but in the Belgian context, the various activities, disciplines, care levels and persons involved, are implemented within a complex adaptive system, with whom it shares common features. In this sense, the programs of integrated care are open systems, i.e. that are not limited to the combination of a care provider, person with one or more chronic conditions, informal caregiver and other care providers, who can belong to the primary care level10 as well at the secondary care level, within a system (World Health Organization, 2004) . In their seminal article, Plsek and Greenhalgh defined ten major features of complex adaptive systems in healthcare (Plsek and Greenhalgh, 2001) , that can be used to describe these interventions. They can be found in Appendix 9.

If we can assume that the pilot-projects of integrated care for people with chronic conditions are complex adaptive systems. What is the best way then to evaluate them? We agree with authors such as Köpke et al. that complex interventions or complex adaptive systems are not prone to be evaluated only through classic RCT study designs (Köpke, 2015; Moore et al., 2015). Moreover, to account for and evaluate complexity in healthcare we suggest abandoning linear models, and responding flexibly to emerging patterns and opportunities (May et al., 2016). One of the interesting methods to address complexity in evaluation is the realist approach.

One important feature of realist researchers is that they focus on underlying mechanisms "in situation". There is question of generative causality, meaning that the patterns and uniformities identified during the research are the result of underlying mechanisms. These mechanisms depend on the volition of individuals and groups. Moreover, the emergence of social uniformities is always highly context-dependent. Causal explanation is thus a matter of producing theories of the mechanisms that explain both the presence and absence of the patterns and uniformities (Pawson, 2012).

In this view, mechanisms are contextualised, i.e. mechanisms are only triggered under specific conditions or in specific contexts and lead to specific outcomes. Mechanisms are the causal forces, powers, processes or interactions that generate change, combining the use of resources and reasoning that people make (Punton, 2016). The overall aim of a realist evaluation is to come up with an explanatory mid-range theory about the effectiveness of an intervention, in order to allow theoretical replication.

Step 1: logic of the intervention

10 i.e. first-contact, accessible, continued, comprehensive and coordinated care

Typically, a realist evaluation of an intervention starts with the identification of the logic of the intervention (also called program theory). This seeks to describe the logical link between the objective of an intervention, the resources used, the activities carried out and the expected results.

Step 2: searching for CMOCs

Second, CMOC (Context-Mechanisms-Outcomes Configurations) are looked for, in order to identify underlying mechanisms explaining why a specific outcome was achieved in a specific context. This can be seen as a mid-range theory.

Step 3: searching for candidate mid-range theories

Third, candidate mid-range theories are searched in the literature, amongst experts and researchers in order to provide an explanatory framework for these CMOC.

Step 4: refining theories or adjudicate between rival theories

Fourthly, adjudication between rival theories or refining of existing theories is done through testing them with the empirical data and iterative consultation of the literature and with experts (Wong et al., 2013).

Case study design will also be employed alongside this realist evaluation approach. These two methodological stances have much synergy and potential in studies of this kind (George and Bennett 2005), an aspect explained further below in the 'data collection and analysis' part.

We will also follow the recommendations of the RAMESES II project for the reporting of realist evaluations (Wong et al., 2016).

Outcomes-focus approach

In view of the identification of CMOC, a special focus will be given on the outcomes. These outcomes will be linked to those identified by the Plan for better integrated care for people with chronic conditions and operationalised by the team of researchers involved in the quantitative analysis.

Besides these *patient-reported* outcomes, *process* outcomes will also be investigated, regarding the activities and resources mobilised by the project coordinators to achieve better integrated care in the 14 domains identified. Before investigating each domain, the question about the possible priority given by the project to target some domains more than some should be asked.

Last but not least, this part will also include outcomes linked to the well-being of care providers.

Bijlage 12. Template for the data collection of the case studies

Number and name of the project:

'SHORT HISTORY' OF THE PROJECT

(*this first section is, in fact, the result of what follows in the second section…*)

- Short summary
- Project as planned
- Main incentives for the project
- Geographical context
- Preparation
- Activities
- Administrative and operational target population
- Objectives
- Partnership & loco-regional governance
- Means & financial plan
- Expectations

DATA COLLECTION – only headings are mentioned

Documents used : (the list is not exhaustive)

- Submission file, including the jury's comments;
- Collaboration agreements;
- Convention with NIHDI and changes of convention
- Interviews and focus group data (T0 etc.)
- Data of the yearly questionnaires

Jury's comments :

A brief description of the project (what is proposed ?)

In this first section, it is proposed a brief description of the intervention proposed, located in the local health system of the services available to the target population.

Sources :

Context of implementation

Sources :

Preparation of the project

Sources :

Part I. Implementation of the project, as planned

Conceptually, the "project" is viewed as an intervention including different key components as a target population, located in an area of activity, some means (organizational, staff, formation…), combined in a way (organizational model), and with a defined outcome (expected).

Target population, administrative and operational target population(s), area of activity, expected caseload

Sources :

Recruitment of the clients/patients

Sources :

Volume of activities

Sources :

Objectives of the project

Sources:

Means / ressources (partnership, staff)

(*how the project aims to reach its objectives*)

The organisational Partnership

Sources :

The staff

Sources :

Training of the staff

Sources :

Promotion of the project

Sources :

Logistic means

Sources :

How

The time sequences of the intervention

(*The intervention can be decomposed in its different steps or sequences by which it is offered*)

Sources :

The coordination of the partnership
Sources :

Expected outcomes
(*in terms of delay of institutionalization or other outcomes*)

Sources :

Part II. From plan to implementation

(What happened between the different phases of implementation of the project ?)

Preparatory work

Communication plan

Sources :

Stratification – objectifications of the needs, resources and risks in the region?

SWOT analysis of the region

Sources :

The implementation process

Key components of the projects as concretely implemented

Target population (administrative and operational target population(s)) area of activity, expected caseload
Sources :

Recruitment of the clients (procedure)
Sources :

Volume of activities
Sources :

Objectives
For the beneficiaries, the informal caregivers, for healthcare professionals

Sources :

Means

The partnership
(*organizational level*)

Sources :

The Staff
(*how the professionals have been recruited and trained* ?)

Sources :

Training
Sources :

Logistical resources

Sources :

Organisational

Sources :

Coordination of the partnership

Sources :

Inter-professional coordination

Sources :

Financial plan

Sources :

Evaluation means

Data collection

Sources :

Data analysis

Sources :

Improvement process and capacity building

Sources :

Lessons learned

Grey zones

Bijlage 13. Copy of §9 of the convention

Missions	Oplevering tegen
a) Ontwikkeling van de methodologie voor de wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten	Gefinaliseerd protocol tegen 20 januari 2017[11]. Toelichting aan het Begeleidingscomité[12] in december 2016. Eventuele bijsturing van de methodologie en voorstelling aan de kandidaat pilootprojecten in de loop van januari 2017
b) Ontwikkelen van een methodologie ter ondersteuning van de lokale projectpartners bij het uitwerken van indicatoren die de projecten zelf zullen gebruiken voor de auto-evaluatie van hun acties en bij het opstellen van hun jaarrapport	Gefinaliseerd protocol tegen 20 januari 2017 Toelichting voorstel aan het Begeleidingscomité in december 2016. Eventuele bijsturing van het voorstel en toelichting aan de kandidaat pilootprojecten in de loop van januari 2017
c) Ontwikkelen van een methodologie ter ondersteuning van de lokale projectpartners bij het bepalen van acties voor de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur in hun project	Gefinaliseerd protocol tegen 20 januari 2017 Toelichting voorstel aan het Begeleidingscomité in december 2016. Eventuele bijsturing van het voorstel en toelichting aan de kandidaat pilootprojecten in de loop van januari 2017
d) Ontwikkeling van een kader voor monitoring van de projecten : meetinstrumenten voor de interne opvolging van de voortgang van de implementatie van de voorgestelde interventies (inclusief 'nulmeting') en criteria voor alarmsignalen die moeten leiden tot bijsturing van het project	Gefinaliseerd protocol tegen 20 januari 2017 Toelichting voorstel aan het Begeleidingscomité in december 2016. Eventuele bijsturing van het voorstel en toelichting aan de kandidaat pilootprojecten in de loop van januari 2017
e) Operationalisering van de indicatoren via een meetprotocol in samenwerking met healthdata.be: meetmethode, efficiënte datacollectie, evaluatie-tijdstippen met realistische timing:	Gefinaliseerd protocol tegen 20 januari 2017 Toelichting voorstel aan het Begeleidingscomité in december 2016.

[11] The data of 20/01/2017 has been extended till 27/01/2017 (acceptance by steering committee of 08/12/2016)
[12] On 08/12/2016

	wanneer kan realistisch geëvalueerd worden naar structuur, proces en outcome	Eventuele bijsturing van het voorstel en toelichting aan de kandidaat pilootprojecten in de loop van januari 2017
f)	Formuleren van een aanvraagdossier aan een ethisch comité van een van de deelnemende universiteiten	Opmaak dossier voor ethisch comité van een universiteit. Indienen aan het ethisch comité tegen 31 januari 2017.
g)	Opmaak van een gedetailleerd aanvraagdossier en een machtigingsaanvraag in het kader van de Belgische wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en het uitvoeringsbesluit van 13 februari 2001, dat zal ingediend worden bij het Sectoraal comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid.	Continue afstemming over de vooruitgang van deze opdracht met de Interadministratieve Cel (vanaf 1 december 2016). Overmaken van het document aan de Stuurgroep[13] tegen 31 januari 2017.Ondersteuning van de Stuurgroep bij het voorleggen van het dossier aan het Sectoraal Comité (februari 2017)
h)	Opstellen van een Gantt Chart met een overzicht van de geplande activiteiten (en milestones) voor de uitvoeringsfase en het uitschrijven van de aanbevelingen en best-practices : van 1/12/2016 tot 30/6/2020.	Finale versie van het document tegen 20 januari 2017 aan de Stuurgroep.
i)	Ondersteuning aanbieden aan de Interadministratieve Cel voor de uitwerking van een evaluatietool van de kandidaturen van projecten	In samenspraak met de Interadministratieve cel vanaf 1 januari 2017. Overmaken document tegen 31 januari 2017.
j)	Het uitwerken van een gestructureerd feedbackproces naar de overheden en naar het Begeleidingsplatform tijdens de uitvoering van de pilootprojecten	Overmaken van het document aan de Stuurgroep tegen 31 januari 2017.
k)	Tussentijds jaarverslag met informatie over:	Telkens in de maand januari van 2018 en van 2019.

[13] De Stuurgroep die is voorzien in het kader van de governance van het plan : zie figuur 5 in het Plan

a. De ondersteuning aan de pilootprojecten in hun proces van auto-evaluatie en de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur binnen hun project tijdens de uitvoeringsfase	
b. De datacollectie voor de evaluatie en monitoring van de pilootprojecten gebeurt via het healthdata-platform bij healthdata.be.	
c. De feedback vanuit de klankbordgroep over de haalbaarheid van de voorgestelde methodologie	
d. De internationale peer review	
e. De externe evaluatie van de bekomen data en resultaten uit de pilootprojecten en de veranderingsprocessen die tot deze resultaten geleid hebben:	
f. Het analyseren van de wijze waarop de doelstellingen op vlak van geïntegreerde zorg (Triple Aim, equity, job tevredenheid, 14 componenten geïntegreerde zorg met ook specifieke aandacht voor het impact ervan op de patiëntenfactuur) zijn bereikt.	
g. Het rapporteren van individuele en globale feedback naar de pilootprojecten	
h. Het opstellen van analyserapporten van de “best practices”	
l) Realisatie van de volgende opdrachten	Toelichting aan en goedkeuring van het Begeleidingscomité in december 2016. Gefinaliseerd in protocol tegen 20 januari 2017.
a. Het aantonen van kennis en ervaring in de domeinen van: a) Beleving van gebruikers (patiënten en mantelzorgers)	

b) Lokale datastrategieën c) Implementatie van technologische innovaties d) Welzijnssector e) Data-analyse (big data) f) Management/Bedrijfsbeheer g) Huidige financiering van zorg/welzijn	
b. De afstemming preciseren tussen de verschillende onderdelen/objectieven van de andere werkpakketten van het Plan	
c. Preciseren op welke wijze de 'lessons learned' van de "Protocol 3-projecten" zullen overgenomen worden in de methodologie	
d. Opmaak van de inventaris van de noodzakelijke expertise en aantonen dat deze expertise voldoende aanwezig is binnen FAITH.BE of bij experten met wie ze een samenwerkingsovereenkomst sluiten	
e. In het kader van de organisatie van een klankbord binnen de wetenschappelijke equipe : aantonen dat dit klankbord representatief is t.a.v. alle actoren die betrokken zijn bij de pilootprojecten	
f. Aantonen dat er een geïntegreerde aanpak is tussen alle partners binnen de wetenschappelijke equipe	
g. Beschrijven van de rol van de coördinator en van de verantwoordelijkheid van alle partners binnen de wetenschappelijke equipe t.a.v. het uitvoeren van de opdracht	
h. Gedetailleerde beschrijving van de wijze waarop de wetenschappelijke equipe, als klankbord, beroep zal doen op een representatief panel van vertegenwoordigers van actoren die	

	betrokken zijn bij de pilootprojecten, inclusief de leveranciers van gegevens	
i.	Opmaak van een inventaris van de noodzakelijke expertises voor het realiseren van de opdracht en gedetailleerde beschrijving van de wijze waarop de wetenschappelijke equipe beroep zal doen op zowel interne als externe experten.	
j.	Gedetailleerde beschrijving van de wijze waarop de wetenschappelijke equipe zal samenwerken met onder meer het Inter-Mutualistisch agentschap, Healtdata.be en met andere dataleveranciers.	
k.	Beschrijving van de afspraken die zijn gemaakt met minstens 5 internationale experten	

Tabel 16. Articulation of the implementation analysis with the convention

Mission a)	Ontwikkeling van de methodologie voor de wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten	This is the very aim of this document; the implementation analysis is part of the overall evaluation.
Mission d)	Ontwikkeling van een kader voor monitoring van de projecten : meetinstrumenten voor de interne opvolging van de voortgang van de implementatie van de voorgestelde interventies (inclusief 'nulmeting') en criteria voor alarmsignalen die moeten leiden tot bijsturing van het project	The implementation analysis provides a framework (NPT, described below) that will enable the identification of the decisive drivers of success or failure of the projects.
Mission j)	Het uitwerken van een gestructureerd feedbackproces naar de overheden en naar het Begeleidingsplatform tijdens de uitvoering van de pilootprojecten	The present document provides information about the implementation process, also barriers and drivers of the implementation, to inform the authorities and steering platform.
Mission k a)	Informatie over De ondersteuning aan de pilootprojecten in hun proces van auto-evaluatie en de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur binnen hun project tijdens de uitvoeringsfase	The implementation analysis will also investigate the dimensions of self-evaluation and development of a quality culture.
Mission k e)	Informatie over De externe evaluatie van de bekomen data en resultaten uit de pilootprojecten en de veranderingsprocessen die tot deze resultaten geleid hebben	The framework used in this document describes the link between the outcomes and the interventions; including how the outcomes, in its turn, will shape the intervention.
Mission k f)	Informatie over Het analyseren van de wijze waarop de doelstellingen op vlak van geïntegreerde zorg (Triple Aim, equity, jobtevredenheid, 14 componenten geïntegreerde zorg met ook specifieke aandacht voor het impact ervan op de patiëntenfactuur) zijn bereikt.	The framework used in this document describes the outcomes chosen in the Plan for integrated care (Triple Aim, equity, 14 components of integrated care, job satisfaction and impact on what the patient has to pay).
Mission k g)	Informatie over Het rapporteren van individuele en globale feedback naar de pilootprojecten	(closely linked to k a)). Besides, an individual feedback will be provided to the projects about their implementation processes. This part will be done in close relationship with the scientific team responsible

		for the evaluation of the impact of the programs and the team supporting the programs.
Mission k h)	Het opstellen van analyserapporten van de “best practices”.	The implementation analysis will identify “best practices”, along with the team responsible for the support of the projects, AND drivers for their successful implementation. This part will also be done in close relationship with the scientific team responsible for the evaluation of the impact of the programs and the team supporting the programs.
Mission l) c	Preciseren op welke wijze de ‘lessons learned’ van de “Protocol 3-projecten” zullen overgenomen worden in de methodologie	Lessons learned from the evaluation of the governance, coordination, data management, shared data, case management, efficiencies.

Bijlage 14. Examples of possible process indicators for process evaluation

The selection of process indicators related to the 14 components will also be selected based on the criteria as outlined in Part I. Outcome evaluation.
In order to define and select process indicators a 'co-creation' approach with each pilot project will be essential to develop and measure indicators attuned to the projects. The selection of these indicators will be an ongoing process, as indicators can be added when the priorities of the projects evolve and when new data sources become available. Hence, the selection of process indicators will be an ongoing, iterative process in collaboration with the projects including the following steps:

1. Identification of available data sources within each individual project
2. Indicator selection by the FAITH.be consortium based on literature (Ongoing) and contacts with experts (see Table X for some tentative examples of process indicators)
3. Consultation with each individual project to identify their process evaluation indicators of interest and discuss the relevance and feasibility of the indicators selected by the FAITH.be consortium
4. Validation of the 'scientific/pragmatic' indicator set by experts
5. Introduce indicator set to integrated care pilot projects

FAITH.be has started to identify possible process indicators which could be included for some particular projects. It concerns a tentative list, as indicators will be developed and selected in co-creation with the projects, to maximize relevance and feasibility.

Tabel 17. Tentative examples of possible process indicators related to the 14 components of integrated care

Component	Numerator	Denominator	Definition	Data reporting frequency	Data source
Patient empowerment	Number of patients that participated in a training concerning patient empowerment	Total number of patients enrolled	Percentage of patients that participated in a training concerning patient empowerment	Bi-annual	Participants lists
	Number of health care providers that participated in a training concerning patient empowerment	Total number of health care providers included in the project	Percentage of health care providers that participated in a training concerning patient empowerment	Bi-annual	Participants lists

Component	Numerator	Denominator	Definition	Data reporting frequency	Data source
Support to informal care giver	Number of informal caregivers that participated in trainings	Total number of patients enrolled	Ratio of trained informal care givers and enrolled patients	Bi-annual	Participants lists
Case management	The number of patients receiving professional case management having multidisciplinary global assessment	The total population of patients benefiting from professional case management	The caseload of patients at risk of inefficient care per FTE professional case manager	Yearly	Collected by the projects (admin data)
Work conservation, socio-professional and socio-educational	Number of patients who are permitted to work during disability (toegelaten arbeid)	Total number of patients who have not reached retirement age	Proportion of patients who are permitted to work during disability	Yearly	IMA
Prevention	Number of health providers who follow a training in cessation of tobacco use support	Number of health providers who are integrated in the consortium	percentage of health providers who are trained in tobacco status assessment and orientation	Bi-annual	Participants lists
Consultation and coordination	/	/	There are formal agreements in place between organizations	Yearly	Collected by the projects (admin data)
	Presence of relevant stakeholders during meetings	Total number of relevant stakeholders during meetings	Representativeness of relevant stakeholders	Bi-annual	Collected by the projects (admin data)
Intra- and transmural care continuity	/		There are agreements of referrals and transfer of patients through the care chain	Yearly	Collected by the projects (admin data)
Valorisation of the experiences of patient organizations	Number of representatives of patient (organizations) in the advisory committee	Total number of members of the advisory committee	Proportion of patient representatives in the advisory committee	Bi-annual	Minutes of the meetings
			The number of aspects in which patient contributions are quested	Bi-annual	Minutes of the meetings

Component	Numerator	Denominator	Definition	Data reporting frequency	Data source
Integrated patient file	/	/	Presence of a centralized system-wide computerized patient record system;	Bi-annual	Collected by the projects
Integrated patient file	/	/	Data accessibility from anywhere in the system;	Bi-annual	Collected by the projects
Multidisciplinary guidelines			Availability of a care program	Bi-annual	Collected by the projects
	Phase of the model for the development, implementation and continuous monitoring of care paths, in which the projects are currently involved	/	Seven phase model for the development, implementation and continuous monitoring of care paths (KUL)	Bi-annual	Data collected by the projects
Development of a quality culture	Number of professional care providers that participated in a session on quality culture	Total number of professional care providers involved in the project	Proportion of professional care providers that participated in a session on quality culture	Bi-annual	Data collected by the projects
Adaptation to the financial system			Amount of external (co-) financing	Yearly	Data collected by the projects
			Representativeness of stakeholders in the financial workgroups	Yearly	Data collected by the projects
Risk stratification	Number of patients who received an assessment of their risk	Total number of patients	Percentage of patients who received an assessment of their risk	Bi-annual	Data collected by the projects
	Patient enrolment	Profile of the patients who are enrolled in the pilot projects	Distribution of enrolled patients between the different strata	Bi-annual	Data collected by the projects
Change management	/	/	Frequency of communication to the stakeholders about progress in the project: Number of "news on the project" that are sent to all the stakeholders	Yearly	Data collected by the projects

Bijlage 15. “Red Flags » document

Version 15.12.2017 – this document is meant to evolve, as it will both be used by the jury to evaluate the submission files of the Programmes of Integrated care, but also to monitor the implementation process over time.

Categories	Items to check in the template
Description of the theoretical bases underpinning the programme	“There are indications that the proposal relies on an explanatory framework of care integration”
Description of the contextual characteristics shaping the programme	“The SWOT analysis includes regulatory, financial and cultural aspects of the macro and meso-level that may impact the likely effectiveness of the programme”
Information flow	“There are indications of processes that include attention to the information flow:
	-Presence of a centralized system-wide computerized patient record system;
	-Data accessibility from anywhere in the system;
	-Presence of information systems that enhance communication and information flow.”
Organisational culture and leadership	4.1. Organisational cultures, values and trust
	“All major partners in the region are included”
	“Common goals/shared values and vision are described”
	“Processes to share decision-making and problem solving are described”
	4.2. Leadership
	“The coordinators have managerial skills and are committed to integrated care.”
Commitments and incentives to deliver integrated care	“There are indications that the proposal was the product of a process of interorganisational and interprofessional collaboration"
	“There are formal agreements in place between organizations”
	"Real case management is provided for patients living in complex situations"
	“There are procedures and activities that enable individuals and teams to work together”
Clinical care	“There are indications that professionals in the care chain are informed of each other’s expertise and tasks”
Education	“There is evidence of educational opportunities for the care professionals”

Categories	Items to check in the template
Financial incentives	“Presence of financial and regulatory incentives that encourage cooperation among health care providers”
	“Pooled resources”
Quality improvement	(not only measurement of indicators but what they are going to do with them)
	“There are indications of commitment to quality of services, evaluation through quality indicators and continuous care improvement”
	"There are indications of a team of professionals committed to data management for the construction of quality indicators"
	“There is a structured approach(PDCA) to analysis of issues and how they might be addressed”
Patient focus	“The focus is on the patient’s needs and goals”
	“There are indications that patients provide input on various levels”
	“The assessment is based on the care needs of the population, with a focus on a defined population”.
	"The inclusion path of the patients of the operational group is clearly defined"
	“There is an explicit focus on preventative approaches.” (primary, secundary, tertiary and quaternary prevention)
	“The project puts forward specific objectives that are well designed"
	“There is a Gantt chart that outlines the reaching of the objectives and the interdependency of those which are related[1].”
	“The intensity of activities planned is adequate regarding the objectives.”
	“The type and the volume of resources used are consistent with the type and the volume of activities planned.”
	“The total cost per patient is adequate regarding the objectives.”

List of Tables

Tabel 1 Lijst met afkortingen 5
Tabel 2 Activiteiten van FAITH.be – een voorlopige indicatie van de timing - In blauw in de Gantt Chart en de mijlpalen staan in rood. 16
Tabel 3. Lijst van de onderzoeksvragen voor de uitkomstevaluatie 23
Tabel 4. Selectie van indicatoren door het FAITH.be consortium op basis van wetenschappelijke- en grijze literatuur 27
Tabel 5 Type bronnen die gebruikt worden en het perspectief van de kostenevaluatie 29
Tabel 6 Synthese van de mogelijke en geplande analyses 33
Tabel 7. Selectie van kostenindicatoren door het FAITH.be-consortium op basis van wetenschappelijke en grijze literatuur 35
Tabel 8: Selectie van indicatoren van gewaardeerde zorg door het FAITH.be-consortium op basis van de wetenschappelijke en grijze literatuur 36
Tabel 9 Designs van de Triple Aim2+ evaluatie 40
Tabel 10 Voorbeelden van indicatoren betreffende het werkleven van professionals 52
Tabel 11. Mogelijke PREMs indicatoren, gebaseerd op de PACIC 57
Tabel 12. Universiteiten en onderzoekers betrokken bij de uitkomst evaluatie 58
Tabel 13 Universiteiten en onderzoekers betrokken bij de implementatie-analyse 67
Tabel 14 Verdeling van de pilootprojecten voor de ondersteuningsopdracht 69
Tabel 15. Universiteiten en onderzoekers betrokken in de ondersteuning 86
Tabel 16. Articulation of the implementation analysis with the convention 134
Tabel 17. Tentative examples of possible process indicators related to the 14 components of integrated care 136

Lijst met Afbeeldingen

Figuur 1 Kostenevaluatie doorheen de tijd 29
Figuur 2. Kostenevaluatie per type zorgverlener 30
Figuur 3 Evaluatie van gezondheidszorggebruik als proxy voor billijkheid 34
Figuur 4 De verschillende types van populaties – de geïncludeerde populatie zal wellicht toenemen doorheen de tijd 38
Figuur 5. Mogelijke algemene populatieflow 44
Figuur 6 de EQ – 5D-5L heeft vijf dimensies 54
Figuur 7 de VAS van de Eq – 5D-5L 54
Figuur 8 Schematische structuur van de ondersteuning vanuit FAITH.be 72
Figuur 9. Multipele indicatoren 73
Figuur 10 Schematische voorstelling van de visie met betrekking tot de community of practices 81