

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

VERZEKERINGSCOMITE

Nota CGV 2020/320

Brussel, 14 december 2020

BETREFT: Eindrapport en aanbevelingen van de wetenschappelijke evaluatie en ondersteuning van GZP door FAITH.be - Aanbevelingen van het begeleidingscomité

1. INHOUD:

Het [Gemeenschappelijk Plan voor Chronisch Ziekten "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid"](#) werd op 19 oktober 2015 goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid. Momenteel zijn 12 pilootprojecten geïntegreerde zorg actief in België die trachten om de visie en principes vanuit dit Plan om te zetten in de praktijk.

Het Plan voorziet daarbij ook in een wetenschappelijke ondersteuning voor de identificatie en implementatie van goede praktijken (actielijn 2). In deze context heeft het Verzekeringscomité op 24 oktober 2016 een overeenkomst gesloten met het interuniversitair consortium FAITH.be. Dit consortium bestaat uit 6 universiteiten (UCL, ULG, KUL, VUB, UAntwerpen, UGent) en staat in voor de wetenschappelijke evaluatie van het Plan en de pilootprojecten, alsook voor de ondersteuning bij de ontwikkeling en uitrol van de zelfevaluatie van de pilootprojecten geïntegreerde zorg.

Artikel 10 van de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en de wetenschappelijk equipe FAITH.be verwijst naar de oprichting en de opdrachten van het "**begeleidingscomité FAITH.be**", zie hieronder:

"De opvolging van deze wetenschappelijk equipe gebeurt door het Begeleidingscomité dat op 24 oktober 2016 door het Verzekeringscomité van het Riziv hiertoe werd opgericht. Dit Comité bestaat uit vertegenwoordigers van het Riziv, van de FOD Volksgezondheid, van de Interadministratieve cel, van de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en uit vertegenwoordigers (leden of gemandateerden) van het Verzekeringscomité en van het Begeleidingsplatform dat is voorzien in het Plan.". Het begeleidingscomité wordt voorgezeten door Marc Bruijnzeels (sinds 01/09/2018). De samenstelling van het begeleidingscomité is [als bijlage](#) bij deze nota gevoegd.

De opdracht van dit Begeleidingscomité is met name om:

- a) indien nodig de opdrachten van de universitaire equipe te verfijnen of mits akkoord van het Verzekeringscomité de opdrachten van de equipe te heroriënteren
- b) valideren dat de voorgestelde methodologie zal kunnen leiden tot het formuleren van best practices en van aanbevelingen die het Riziv en de andere overheidsdiensten in staat moeten stellen om objectieve en gerichte keuzes te maken met betrekking tot de organisatie van geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid
- c) te oordelen of de opdrachten zoals opgenomen in deze overeenkomst werden uitgevoerd onder de voorwaarden zoals opgenomen in deze overeenkomst
- d) aan het Verzekeringscomité een voorstel te formuleren om de overeenkomst op te zeggen indien de opdrachten zoals opgenomen artikel 5, §§ 2, a) tot h) en 3 niet werden uitgevoerd onder de voorwaarden zoals opgenomen in deze overeenkomst



- e) aan het Verzekeringscomité een voorstel te formuleren om de overeenkomst op te zeggen als uit de jaarverslagen zou blijken dat de wetenschappelijke equipe er niet in slaagt om de projecten te ondersteunen in hun auto-evaluatie en in de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur of er niet of onvoldoende zal in slagen om best practices en aanbevelingen te formuleren . »

In artikel 5 van de overeenkomst wordt verwezen naar de taken/opdrachten van de wetenschappelijke equipe, namelijk:

§2 De opdrachten voor de wetenschappelijke equipe zijn de volgende:

- a) ontwikkeling van een methodologie voor de wetenschappelijke evaluatie van pilootprojecten
 - a. Implementatie onderzoek - kwalitatief en kwantitatief
 - b. Onderzoek naar veranderingen in de outcomes (Triple Aim + 14 componenten + equity + jobtevredenheid)
 - c. Waarbij onderlinge vergelijking van projecten mogelijk is
- b) ontwikkelen van een methodologie ter ondersteuning van de pilootprojecten bij hun auto-evaluatie
- c) ontwikkelen van een methodologie voor het uitwerken van een kwaliteitscultuur binnen de projecten tijdens de conceptualisatiefase
- d) ontwikkelen van een kader voor monitoring van de projecten: meetinstrumenten voor de interne opvolging en voortgang van de implementatie en alarmsignalen die moeten leiden tot bijsturing project
- e) operationaliseren van de indicatoren via een meetprotocol in samenwerking met Healthdata.be
- f) opmaak gedetailleerd aanvraagdossier aan een ethisch comité en van een machtigingsaanvraag in het kader van de Belgische wet 8 dec 1992 bescherming persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en het uitvoeringsbesluit 13 feb 2001, dat zal ingediend worden bij het Sectoraal comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid.
- g) opmaak Gantt Chart met overzicht van de geplande activiteiten voor de uitvoeringsfase en uitschrijven van aanbevelingen
- h) ondersteuning aanbieden aan de interadministratieve cel voor de uitwerking van een evaluatietool van de kandidaturen
- i) ondersteuning van de pilootprojecten in hun proces van auto-evaluatie en de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur binnen hun project tijdens de uitvoeringsfase
- j) externe evaluatie van de bekomen data en resultaten uit de pilootprojecten en de veranderingsprocessen die tot deze resultaten geleid hebben
- k) analyse 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 op de patiëntenfactuur) zijn bereikt
- l) individuele en globale feedback rapporteren naar de pilootprojecten
- m) opstellen van analyserapporten van de “best practices”
- n) uitwerken van een gestructureerd feedbackproces naar de overheden en naar het Begeleidingsplatform tijdens de uitvoering van de pilootprojecten

Artikel 9 bevat het **tijdschema** voor de uitvoering van de in de artikelen 5, 6, 7 en 8 (cf. overeenkomst) genoemde taken. Voor de uitvoering van de activiteiten van FAITH.be werden twee

belangrijke fasen gepland die ook verband houden met de fasen van de pilootprojecten (conceptualisatie en uitvoering) zoals bepaald in het Plan.

FAITH.be heeft zijn werkmethode beschreven in een evaluatieprotocol dat op 12 april 2017 door het Begeleidingscomité en op 24 april 2017 door het Verzekeringscomité werd goedgekeurd.

Op basis van de hierboven beschreven elementen heeft het Begeleidingscomité toezicht gehouden op de activiteiten van de wetenschappelijke equipe. Tijdens deze opvolging heeft het begeleidingscomité opgemerkt dat in de overeenkomst verschillende taken zijn opgenomen die betrekking hebben op de ontwikkeling van methodologische processen. Deze taken gaven echter niet alle resultaten weer en gaven geen gedetailleerd beeld van de activiteiten van FAITH.be.

Het begeleidingscomité heeft gevraagd om de activiteiten van FAITH.be te volgen volgens de in het evaluatieprotocol beschreven resultaten. Met de wetenschappelijke equipe werden daarbij een reeks van 'deliverables' voor het eindrapport geformuleerd, namelijk:

- Individuele rapporten per pilootproject
- Veelbelovende praktijken, eerste stappen voor de integratie van zorg (m.b.t. acties en governance)
- Beleidsaanbevelingen voor verdere maatregelen in het kader van zorgintegratie
- Gebruikershandleiding voor populatie- en projectmanagement
- Dashboard voor populatie- en projectmanagement (Triple Aim 2+ Monitoring System – opvolging van implementatie van acties van PGZ)

2. HET EINDEVALUATIERAPPORT VAN FAITH.BE EN AANBEVELINGEN

De wetenschappelijke equipe FAITH.be heeft op 10 juni 2020 zijn eindevaluatieverslag aan het Begeleidingscomité voorgelegd. Dit eindrapport werd bij deze nota in bijlage gevoegd. Het zeer uitgebreide rapport¹ bevat verschillende bijlagen, waaronder een samenvattend document (66 pagina's) met aanbevelingen. De meeste documenten binnen het eindrapport zijn in het Engels opmaakt. Hieronder worden de aanbevelingen zoals beschreven in het samenvattend document weergegeven:

Key recommendations of FAITH.be

Realist and developmental evaluation approach

The policy plan "integrated care for better health", and more specifically its first action line, the implementation of 12 integrated care pilot projects (ICPs) since 2018, has provided **very promising results over the two first years**. This is an ongoing process: the endeavour should be sustained by different stakeholders acting at different levels in order to yield fruitful results in the near future. The opposite would represent a considerable loss of investment and of knowledge "in the making" to integrate care in Belgium.

The scientific team FAITH.be, in charge of evaluation of the Plan, was able to (1) **create and apply to iCPs a monitoring framework for development of integrated care** based on a whole population management

¹ 1. Wetenschappelijk rapport: hoofddocument (301 pagina's)

2. Wetenschappelijk rapport: methodologische aanvullingen (90 pagina's)

3. Wetenschappelijk rapport: KULeuven deel + bijlagen (86 pagina's)

4. Veelbelovende praktijken: Acties ter verbetering van de integratie van de zorg (48 pagina's)

5. Synthesedocument waarin elk project wordt beschreven (404 pagina's)

6. Bevolkingsgegevens en kosten: grafieken en tabellen die naar projecten worden gestuurd

within a geographical area (see p 30 to 48 of executive summary), (2) **identify several promising practices** (see in main report and specific annex) that should be further developed, and (3) **identify specific conditions** that can help reaching the overall goals of the Plan. This work of the realist and developmental evaluation initiated by FAITH.be (including triple aim + 2 indicators) should be **used to strengthen the process of integrated care development**. Indeed, the authorities should acknowledge the complex nature of the changes taking place via this ambitious system reform, involving many stakeholders at many levels who do not have a definitive vision about the choices to be made or how to proceed. All the involved stakeholders can contribute to knowledge production about these complex processes: this is a key goal of the policy Plan.

This part summarizes the main lessons learned in the form of “recommendations” addressed to the policy makers at federal and federated level, and to the stakeholders involved in ICP development. More information about why these recommendations are developed, how they were identified and concrete examples can be found in the body of the executive summary, the full report and it’s annexes.

List of concrete recommendations for federal and federated authorities:

Develop further methods, tools and spaces to share the knowledge on integrated care and translate it for decision making:

- Give a priority to **specific moments with key stakeholders (every 6 months or annually)** where experience, and knowledge on integrated care can be shared and translate into adapted decisions
- Appoint (from within the administration or outside) skilled people to promote the use, and develop further, the **monitoring framework proposed by FAITH for learning and strengthening the development of integrated care based on a whole population management within a geographical area** (see p 30 to 48 of executive summary). For **actions to improve care integration**, this means adopting a “whole local health system” approach. For **triple aim + 2 indicators**, including health care utilization and cost, this means **triangulating** information from **transition between strata, evolution over time of triple aim indicators and evolution over time of context (population and health care utilization)**.
- Continue the process of **creation of a dashboard** as a tool for learning and development of integrated care. **Administration (IAC)** need to facilitate the process by coordinating (1) the work of **data flow** coming from various database (IMA for administrative and included population, , BelRAI, MZG, PROMS-PREMS), (2) the development of the **data warehouse** functions of healthdata (including linkage between database for administrative and included population), (3) the technical work of designing the dashboard with visual analytics for SAS or other software. This can build on the existing work realized by FAITH.be on (1) ethical and privacy procedures and (2) methodology for context , stratification and triple aim + 2 indicators analysis. Specifically, organize a yearly PROMS&PREMS survey and the professional survey, in collaboration with the ICPs. In order to collect sufficient data - ICP coordinators and providers should be fully engaged and thus should gain ‘ownership’ of the evaluation procedure. Moreover, involvement of the sickness funds in the data collection procedure, complementary to the ICP procedure seems promising. However, the procedure in itself should be evaluated, especially the identification procedure with ID or ITSME.
- **Support ICPs knowledge management (with a dedicated support team)** through:
 - the continuation of **community of practices** that allow for experience sharing,
 - **individualized coaching of projects** since they have very different needs and expertise
 - Keep **documenting and sharing promising / good practices**.

Enhance **change management** done by ICPs via the following elements:

- Better support **patients organizations**. Indeed, these are currently overwhelmed by demands but have little means to respond to these demands.
- Develop **official national communication campaign about integrated care**, emanating from the federal authorities and aimed at the broader public, including care providers, patients, and other potential partners could help to create momentum towards change.
- Promote **training in integrated care development** (through courses or coaching)
- Promote training for patient centred and interdisciplinary care (p57; 204; 238).

Give a priority through e-health roadmap implementation to further develop **IT tools for care integration – exchange of information**:

- Develop integrated patient file between hospital and ambulatory care, and between different professions, so different providers can work on the same files while respecting privacy issues (See

p.64 for a description of the modalities expected by the ICP's and p.238 for conceptual reflections). Develop further the role of the patient in managing his own health record

- Improve user friendliness of inclusion application, so as to allow more patient flagging/monitoring (see p. 59)
- BelRAI: solve operational problems and align the federal and federated BelRAI policies (see p.61)
- reduce the administrative burden linked with IT tools for providers

Provide a **safe learning environment for pilot project development and experimentations:**

- Provide a **long term perspective for ICPs** as a 4 years' time frame is too short to make the paradigm shift towards integrated care for better health in a whole region, involving many stakeholders (see p232).
- The **performance-based assessment** of ICPs needs to **contribute to better understanding of local condition for integrated care development**. The use of whole local health system and whole population framework by ICPs, administrations and authorities should be further encouraged. This should be a priority compared to the use of indicators for summative approach, especially if it leads to efficiency gains distribution. Indeed, a narrow set of "measurable" indicators represents a high risk for the whole policy plan: ICPs might forget the overall goal of testing innovative care integration modalities by focusing first and foremost on the narrow goal of performing well regarding a limited set of indicators.
- Further look at **legal possibilities** to allow more freedom to experiment with innovative ways of organizing care – especially regarding the use of efficiency gains at ICP level (annex 7). The federated authorities of Flanders should also allow more freedom (**regelluwte**; see p.69).
- The future financing of the projects needs to be decided, both in duration and the amount per project, as the lack of clarity regarding this issue is a source of insecurity for engaged partners (see p70-74). A solution could be to **combine dedicated, stable funding with a rewarding system based on efficiency gains**.
- All of these requirements should help ICPs to attract a strong team of coordinators, with a mix of the required competences (see p31; 54; 95).

Develop an (evolving) integrated vision document of the health and social care system in Belgium (p236):

- The plan "Integrated Care for Better Health" should be articulated with hospital networks, territorial approach for primary care (e.g. eerstelijnszorgzones and SISD) and other concurrent policy reforms that impact the healthcare system's organization
- Develop an overall change management strategy for care integration in Belgium, to raise awareness and show the added value of care integration for both professionals and the broad public.

List of concrete recommendations for ICPs:

Apply further monitoring framework for evidence-based decision in the development of integrated care and PDSA implementation by ICP governance:

- Implement further actions to reach large scale, and continue documenting it (using, for example, the template developed for promising practices).
- Learn further how to use triple aim+2 indicators and particularly population healthcare utilization indicators to develop population management approach and adapt actions based on changes observed at loco-regional level.
- Governance and integration management should learn further
 - To triangulate different sources of data and type of information (from context, strata, cost) and to interpret their evolution over time, paying special attention to equity issues
 - To use that analysis for regular (yearly) actions adaptation and ultimately resources re-allocation within the local health system.
- Recruit partners with some expertise in integrated care evaluation.
- Use the tools and templates provided by FAITH.be (annual report, reporting of significant events and identification of promising practices thanks to repeated exchanges between ICPs)

Develop further change management (see p.101):

- Invest further in communication (communication strategy to explain the project, goals and actions):
 - Communication within the consortium: to help the partners stay up to date and to help them in their tasks (newsletters, project ambassadors, study days, training sessions, practical guidelines...).

- Communication aimed at the broader public, including patients, care providers and other potential partners (website, social media, flyers, ambassadors...)
- Invest to keep the partners engaged, and to attract new partners through a customized action implementation strategy
- Further develop the required skills among professionals, patients and informal caregivers, e.g. via the organization of training sessions and continuing education
- Further efforts are needed to facilitate the participation of patients and informal caregivers in decision making

List of promising practices at ICP level:

The promising practices identified by FAITH.be are actions or ways of working that can help ICPs achieve their goals. These promising practices are developed following a template highlighting key messages (what, how, why...) and concrete examples emanating from the projects. ICPs can find some inspiration in these practices; they should be encouraged to keep identifying and circulating other promising practices. These promising practices will be grouped and translated in a specific deliverable to be circulated broadly.

Promising practices regarding ICP governance:

Collaboration and collective decision making (p92)

- Governance structure development - how to recruit partners? Formalizing the collaboration
- Support stakeholders representatives - Transparent documentation of decision making processes
- Shared leadership for sustainability
- Support patient representative involvement in governance
- Building collaborative relationships - Invest in networking

Change management (p 101)

- Build on pre-existing federative structures to recruit partners
- Develop effective communication to promote the ICP towards patients and care providers
- Develop a shared vision and objectives
- Create a win-win situation to engage partners
- Interdisciplinary bottom-up approach for action development
- Start implementing actions
- Effective communication to clarify the role of each partner within an action

Development of a quality culture (p111)

- Learning communities/communities of practice to learn from experience, make adaptation and share lessons

Promising practices for care integration:

Promising practice for care integration are implemented by the various ICPs. They provide valuable information to develop context-sensitive strategies to improve care integration by acting at the different parts of the whole local health system. They illustrate the following strategies (see details in specific annex)

Primary care development integrated with specific health program within a neighbourhood approach

- Zorgcoördinatie en een meer gestructureerde eerstelijns in buurtteams – Zorgzaam Leuven (ZZL)

Goal oriented case management by primary care team or network

- Plan de besoins individualisé - PBI (Relian)
- Référent de proximité (BOOST)

Primary care network development through sharing tasks

- Dépistage du diabète en pharmacie (CHRONILUX)
- Diagnostic du SAOS au niveau de la première ligne de soins (Chronicopole)

Enhancement of integration between hospital and ambulatory care

- Zorgpad hartfalen – De Brug
- Unités Thérapeutiques Intégrées Locales- UTIL's (PACT)
- Dagziekenhuis Parkinson- EMPACT

Specific functions for complex situation case management

- Case manager (RéSINamur)
- Dementiecoach – Geïntegreerde zorg Waasland

Overall patient-centred network integration through patient information

- Zorg-ID - De Koepel

Quasi-experimental approach in evaluation: Future monitoring of Triple Aim 2+ indicators

As to the monitoring tools

- We advise to continue to use the tools that Faith.be has set up allowing for a long term evaluation of “triple aim 2+” indicators (in the international literature commonly known as ‘Quadruple Aim’ indicators). The evaluation tools can be used for formative evaluation in support of the projects by means of the dashboard and ‘distal’ summative evaluation in the future, at the appropriate moment
- For the moment, the healthdata.be platform includes data from the IMA data warehouse and the flagging of people included in an ICP. In the future, data from other sources (BELRAI, Hospital Data, and General Practitioner Data) could be included. However, this will induce an additional workload and will enhance complexity in procedures, management, analyses and interpretation. It is not clear yet what will be the ‘investment/benefit’ ratio.
- Because of the nature of the Integreo projects, the nature of the data and the method of the data collection, it is likely that a sense-making evaluation of the Triple Aim 2+ indicators will be in need of repeated data collections over several years. Data collections and analyses should preferably happen on a yearly basis.

A team for quasi-experimental design and summative evaluation will remain necessary in the future

- Future evaluation will require ongoing supervision and teamwork by some kind of ‘Integreo Evaluation Team’ This team will have following tasks:
 - Managing all legal and ethical aspects: e.g. licensing of survey tools, future agreements of the Data Protection Authority and Ethical Committee,
 - Managing and cleaning the data from different sources
 - Merging the data at the healthdata.be platform
 - Organizing the data collections of PROMS&PREMS survey and professional survey
 - Performing the statistical analyses
 - Support the ICP’s with the interpretation of the results
- Considering the composition of this team:
 - It should at least include specialists in legal and ethical matters, data managers and statistician(s).
 - It is recommendable that Healthdata.be and the Inter Mutualistic Agency are directly engaged in this team.
 - Involvement of a specialist in health systems research and a person with clinical knowledge is recommendable for the interpretation of the results

Considering the involvement of the ICPs (in their proper evaluation)

- ICPs (including professionals and patients) are the primary beneficiaries of the intended quality improvement.
- Statistically significant change is in need of size and time. Therefore,
- If auto-evaluation by the projects will be the cornerstone of the future evaluation, direct involvement of the ICPs in the management of the procedures, the statistical analyses of the results and their interpretation is highly recommendable.
- Therefore, we recommend that in the future, the ICPs will designate a key person for analysis and auto-evaluation who joins a collaborative structure to foster co-creation between the evaluation team and the ICPs.

As to the professional survey

- As these pilot results are promising, repeated, yearly surveys may reveal the status and trends on professional well-being of health care workers in the ICPs
- For 12 ICPs, it approximately takes 1 Full Time Equivalent to perform the data collection (which means 1 month data collection per ICP per year)

- ICP involvement in the data collection is desirable. 1 dedicated person per ICP who has connections with the local professionals and spends 1 month a year collecting the data seems a better choice than 1 central person who is fully and only committed to collect those data for all ICPs.

As to the PROMS&PREMS

- The first data collection should be considered as a pilot
- Since contracts have ended at June 30th 2020, legal and ethical approvals should be reconsidered as well as the team who will lead the data collection and perform the analysis and interpretation of results
 - Involvement of the sickness funds in the data collection procedure, complementary to the ICP procedure seems promising. However, the procedure in itself should be evaluated, especially the identification procedure with ID or ITSME.

As to both surveys

- if valid results are desired, then the data collections have to happen scientifically sound and thus organized as a campaign 'lege artis', with overall supervision and appropriate investments in budget and manpower

De resultaten van de wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten zijn door FAITH.be voorgesteld tijdens de vergadering van het Begeleidingscomité op 23 juni 2020.

Globaal genomen is het voor de leden van het Begeleidingscomité duidelijk dat er veel werk en inspanningen zijn verricht door FAITH.be, en dat interessante elementen uit het eindrapport kunnen worden gehaald die inspirerend en ondersteunend kunnen werken ten aanzien van de implementatie van geïntegreerde zorg in België, en het veranderingstraject op niveau van de pilootprojecten.

Tevens is geconstateerd dat de complexiteit van deze evaluatie zeer groot was, zowel wat het methodologische aspect, de dataverzameling en in het netwerk van samenwerkende partijen op federaal en locoregionaal niveau betreft.

Hieronder volgen enkele meer specifieke opmerkingen en commentaren van de leden van het Begeleidingscomité met betrekking tot het eindrapport van FAITH.be :

Met betrekking tot de wetenschappelijke kwaliteit van het eindrapport:

- Het onderzoeksparadigma was niet van meet af aan duidelijk, maar werd gaandeweg uitgewerkt. Daarnaast kon het wetenschappelijk team geen consensus bereiken over het naast elkaar bestaan van de twee belangrijkste evaluatieparadigma's: De samenvattende evaluatie en de beschrijvende analyse
- Het uitgangspunt: "Geïntegreerde zorg is geen interventie" leidde tot het gebruik van een "realist evaluation" aanpak met het oog op het identificeren van goede praktijken. Dergelijke "learning by doing" strategie is echter zeer tijdrovend en maakt het moeilijk om concrete uitkomsten en goede praktijken te identificeren.
- De elementen die in het eindrapport naar voor komen, zijn vergelijkbaar met wat er in de literatuur staat. Het rapport bevat echter geen nieuwe bevindingen op vlak van de implementatie van geïntegreerde zorg en de pilootprojecten.
- Uit het eindrapport is onvoldoende duidelijk welke wetenschappelijke basis voor de evaluatie werd gebruikt. In het bijzonder met betrekking tot de formulering van de veelbelovende praktijken binnen de pilootprojecten

Met betrekking tot resultaten van de kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie:



- De wetenschappelijke equipe heeft gedaan wat mogelijk was gezien de vastgestelde barrières (onder andere op vlak van beschikbaarheid van gegevens en technische beperkingen).

Met betrekking tot de te leveren prestaties op basis van het evaluatieprotocol:

- Een operationeel dashboard voor de opvolging van de pilootprojecten ontbreekt. Naast de technische beperkingen en beperkte data beschikbaarheid werd van FAITH.be verwacht dat zij een model (demoversie) zouden opleveren met een duidelijke inhoud die voldoet aan de verwachtingen en met duidelijke richtlijnen voor verdere ontwikkeling en gebruik. Wat nu in het eindrapport staat, lijkt inhoudelijk bijzonder complex (inhoud en interpretatie van data).
- Er ontbreekt een nulmeting voor wat de PROM's - PREM's betreffen, hoewel het technische instrument (online vragenlijst) beschikbaar is. De geïnformeerde toestemming van patiënten is op dat vlak cruciaal voor de uitvoering van het onderzoek, maar Faith heeft pas eind april 2020 goedkeuring gekregen (Inter-University Ethics Committee) voor het gebruik van een **gewijzigde** geïnformeerde toestemming. Als gevolg van de COVID-19 crisis (met die ook voor vertraging heeft gezorgd in de implementatie van de acties van de pilootprojecten) en het einde van de missie van FAITH (juni 2020), bleek het niet langer noodzakelijk om de gewijzigde geïnformeerde toestemming te communiceren aan de projecten en het proces van gegevensverzameling op gang te brengen.

Met betrekking tot de aanbevelingen van de wetenschappelijke equipe:

- De aanbevelingen ter bevordering van geïntegreerde zorg zijn niet concreet genoeg om deze te kunnen voorleggen aan zowel de betrokken overheden als de pilootprojecten.
- Er is een gebrek aan een kritische blik. De overheden verwachten duidelijke aanbevelingen en evidentie om op die manier hun beslissingen en inspanningen (bij) te sturen. Helaas blijven de aanbevelingen zeer algemeen. Er is informatie over goede samenwerking binnenin de projecten, maar weinig informatie over de performantie en de toegevoegde waarde van de projecten.

3. GELEERDE LESSEN EN AANBEVELINGEN VAN HET BEGELEIDINGSCOMITE

« **Integrated care is geen interventie** », dit principe heeft geleid tot het gebruik van een "Realist evaluation" met het oog op de identificatie van goede praktijken. Dit soort "learning by doing"-proces maakt het mogelijk om projectspecifieke aanbevelingen in kaart te brengen. Het is (voor de overheid en zorgverleners) dan ook noodzakelijk om over concrete transversale aanbevelingen te beschikken die inzicht geven in hoe geïntegreerde zorg geïmplementeerd kan worden zonder de focus te leggen op de specifieke moeilijkheden waarbinnen men in de huidige projecten wordt geconfronteerd.

Het is noodzakelijk om vanaf het begin van de samenwerking (met de evaluatiepartner) aan te dringen op de noodzaak van concrete en transversale aanbevelingen die bruikbaar zijn voor de overheid en voor de projecten.

"Niemand kan tegelijkertijd rechter en partij zijn." De evaluatie van resultaten van pilootprojecten en de begeleiding van de pilootprojecten bij de zelfevaluatie zijn opdrachten die niet door dezelfde persoon moeten worden uitgevoerd. Er kan een belangenconflict ontstaan wanneer dezelfde persoon één van de projecten begeleidt en tegelijkertijd moet beoordelen of alles goed functioneert. Onder meer met betrekking tot de kwalitatieve aspecten. Dit is ook een gevolg van de keuze van de methodologie (realistische evaluatie) die dit soort situaties veroorzaakt en waarvoor voorzorgen moeten worden genomen.

De projectbeheerder moet toezien op een goede takenverdeling tussen de personen binnen het evaluatieteam zodat dezelfde persoon niet tegelijk in de rol van beoordelaar en begeleider zit.

«Het proces van kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie kon niet volledig worden gerealiseerd als het proces verliep parallel aan de implementatie van de pilootprojecten»

De samenwerking met FAITH.be verliep parallel aan de implementatie van de pilootprojecten. Als gevolg daarvan zouden de kwalitatieve aspecten beter geanalyseerd kunnen worden. Dit is niet het geval voor het kwantitatieve deel (evolutie van de outcomes).

De voorwaarden om de kwantitatieve evaluatie mogelijk te maken, waren nog niet afgerond op het moment dat de pilootprojecten met de inclusie begonnen (juli 2018); zo werd het evaluatieprotocol bijvoorbeeld meermaals aangepast (v1 31/01/2017 - v6 04/10/2018). Daarnaast was de *data flow* (gegevensverzameling) afhankelijk van verschillende partners, (projecten, IMA, technische cel, Healthdata, BelRAI). De gegevensstroom was niet vanaf het begin operationeel en vereiste verschillende benaderingen.

De stappen voor de uitvoering van de evaluatie moeten worden nageleefd (Planning, voorbereiding, uitvoering van de evaluatie, conclusies).

Aan de voorafgaande voorwaarden (voorbereidingsfase) moet worden voldaan voordat met de evaluatie wordt begonnen, bijv. het circuit voor de gegevensverzameling, de toelatingen vanuit de verschillende comités, de ontwikkeling van een dashboard.

Evalueren JA... maar wie, wat en wanneer? Summatief vs. Ontwikkelingsgericht

Tijdens de evaluatie is het protocol gewijzigd en werd gaandeweg duidelijk dat een gedegen kwantitatieve analyse niet mogelijk bleek. Daar zijn verschillende redenen voor: de complexiteit van het evaluatieparadigma, verschillende projectcontexten, verschillende doelgroepen, verschillende acties. Zo werd het verband tussen "best practices voor de uitvoering van geïntegreerde zorg" en de resultaten van de pilootprojecten onmogelijk.

De eerste jaren van de uitvoering van de projecten zijn gunstig voor de evaluatie van het **proces** van de uitvoering van de pilootprojecten (kwalitatieve evaluatie). FAITH heeft deze aspecten uitvoerig kunnen analyseren, met name de ontwikkeling van de acties, de governance van de projecten en de context waarbinnen ze zich ontwikkelen. Evaluatie van de resultaten (evolutie, impact en resultaten) is in dit stadium nog niet mogelijk. Faith kon een beschrijvende analyse geven die betrekking heeft op de gegevens van 2016-2017-2018 (vóór de implementatie van de pilootprojecten).

Het is noodzakelijk om in een eerste fase de evaluatie te richten op het aspect van governance en de implementatie van innovatieve acties. Deze evaluatie kan (niet uitsluitend) worden uitgevoerd door academische experts waarbij de verwachtingen ten aanzien van de oplevering samen met de evaluatiepartner nauwkeurig worden geformuleerd.

De evaluatie van de resultaten (Outcomes) zou moeten worden uitgevoerd wanneer de projecten daadwerkelijk hun acties uitvoeren (op "kruissnelheid" zijn). Dit zal het ook mogelijk maken om relevante gegevens beschikbaar te hebben en om de evolutie van de resultaten waar te nemen).

Er dient te worden aanvaard (harde) kwantitatieve resultaten niet onmiddellijk mogelijk zijn.

De evaluatie en zelfevaluatie van pilootprojecten is een complex proces dat ondersteuning van externe experts vereist. In de loop van het traject zijn een aantal waardevolle elementen voor de ondersteuning van de projecten ontwikkeld, met name wat betreft populatiemanagement. Naast technische tools hebben de projecten ook ondersteuning nodig voor de interpretatie van deze gegevens.

De reflecties en acties voor de evaluatie van de projecten en de ondersteuning in hun zelfevaluatieproces voortzetten.

De implementatie van het Dashboard, de organisatie van de meting van de PROMs, PREMs en de ondersteuning van de projecten in het kader van de zelfevaluatie moeten worden georganiseerd samen met de noodzakelijke (ad hoc) partners voor de uitvoering van deze verschillende opdrachten.

Zoveel mogelijk de door FAITH.be ontwikkelde elementen (indicatoren, gegevens, methodologieën) gebruiken zodat de geselecteerde academische partners niet van nul moeten beginnen. De keuze van de evaluatiepartners zal een mix van ervaring en daadkracht vereisen.

De implementatie van een Dashboard en het meten van PROM's en PREM's zijn essentiële elementen om projecten te ondersteunen in hun zelfevaluatie.

Zoals uiteengezet in punt 2 van deze nota, konden sommige deliverables niet worden opgeleverd.

De inspanningen voortzetten met het oog op de implementatie van een instrument voor de opvolging van de pilootprojecten: **Dashboard**.

Populatiemanagement moet de basis vormen van dit instrument. Op deze manier kunnen projecten zich proactief oriënteren op de verschillende doelgroepen en meer kwetsbare groepen opsporen. Het is ook noodzakelijk dat het instrument een opvolging mogelijk maakt van de impact van de door het project geïmplementeerde acties.

De inhoud van het dashboard zou moeten worden ontwikkeld door academische/wetenschappelijke experts die input kunnen leveren met betrekking tot wat in de literatuur wordt beschreven.

De interpretatie van de resultaten is een belangrijk element waarvoor de projecten door wetenschappers moeten in ondersteund worden.

De inspanningen voortzetten met het oog op de implementatie van een instrument voor de monitoring van de pilootprojecten: **PROMs en PREMs**.

Het is noodzakelijk om zo snel mogelijk een eerste meetcyclus uit te voeren.

Het instrument en de implementatiestrategie moeten op een nationale - transversale manier worden ontwikkeld waarbij de verschillende stakeholders worden betrokken.

De pilootprojecten dienen zoveel als mogelijk te worden betrokken (draagvlak creëren) bij de implementatie en het gebruik van het instrument voor het meten van de PROMS en PREM's zodat zij zich de meetmethode eigen kunnen maken.

Deze methode moet tevens worden ondersteund en geëvalueerd.

De resultaten van deze metingen moeten met de patiënt worden gedeeld.

Het probleem van het format van de (digitale) vragenlijst² ten aanzien van de doelgroep van de pilootprojecten moet door de overheid worden bekeken.

Een "projectmanager" is cruciaal in zo'n complex onderzoek/evaluatieproces.

Tijdens de samenwerking met het wetenschappelijk team FAITH.be werd vastgesteld dat de expertise van projectbeheer niet meteen aanwezig was bij de onderzoeks-equipe. Dit bleek uit diverse documenten (o.a. notulen van de vergaderingen van het begeleidingscomité). Sommige opdrachten die dienden plaats vinden naast de onderzoeksactiviteiten, zoals bijvoorbeeld de communicatie met de verschillende partners en de opvolging van de processen en deliverables, konden niet op tijd worden uitgevoerd/geleverd door een gebrek aan opvolging en coördinatie.

Een voltijdse projectmanager (op niveau van de partner die verantwoordelijk is voor de evaluatie) is noodzakelijk om de verschillende taken buiten de inhoud van het onderzoek/de evaluatie zelf uit te voeren.

De "projectmanager" zou zowel onafhankelijk moeten kunnen werken als het vertrouwen en de steun genieten van het wetenschappelijk team. De selectie zou in samenwerking met de overheid moeten gebeuren en de opdrachten zouden duidelijk moeten worden omschreven.

Het budget van het wetenschappelijk team/de evaluatiepartner moet bijgevolg worden vrijgemaakt om een medewerker met het vereiste profiel in dienst te kunnen nemen.

Samenwerkingsovereenkomsten kunnen evolueren en moeten worden aangepast

De deliverables die in de overeenkomst bij het begin van de samenwerking met FAITH.be werden bepaald, hadden vooral betrekking op methodologieën die bij aanvang moesten worden opgebouwd. Door de aanpassingen van het protocol doorheen het traject en de vele moeilijkheden die zich bij de uitvoering van dit protocol voordeden, was het zeer moeilijk om de activiteiten van FAITH.be op te volgen. Er bleek een kloof te bestaan tussen wat het wetenschappelijk team als evaluatiemethode voorstelde en de verwachtingen van de overheden. De conventie werd daarbij aanzien als instrument voor controle.

De overeenkomst, het evaluatieproces en de deliverables ervan moeten halverwege het traject worden herzien, en waar nodig moeten aanpassingen worden doorgevoerd.

De door de betrokken partners verwachte resultaten/deliverables en de haalbaarheid ervan moeten vaker en regelmatig worden besproken. Het is noodzakelijk om een klimaat van samenwerking en co-creatie te creëren dat niet louter is gebaseerd op controle.

4. Voorstelling van de nota aan de Permanente Werkgroep Geïntegreerde Zorg

Deze nota is tijdens de vergadering van de permanente werkgroep op 23 oktober 2020 besproken.

² Er is een online vragenlijst beschikbaar op het Healthdata-platform waarvoor een verbinding met een ID-kaart nodig is. In samenwerking met de ziekenfondsen zou er een brief aan de patiënten worden gestuurd met de uitleg over de enquête, een weblink, een QR-code en de uitnodiging om deel te nemen. De brief zou alleen worden verstuurd aan patiënten die toestemming hebben gegeven voor het delen van de gegevens met het oog op de evaluatie van de projecten.

De leden van de PWG verklaarden zich akkoord met de opmerkingen en aanbevelingen in deze nota. Meer bepaald hebben zij de aandacht gevestigd op:

- **Het doel van de evaluatie van PGZ** is om een stap te kunnen zetten in de richting van geïntegreerde zorg en om op een uitgebreide manier te begrijpen welke acties nuttig zijn om de organisatie van de zorgsystemen te verbeteren. Het gaat niet om het rangschikken/beoordelen van projecten.
- **De meting van PROMS PREMS:** de leden zijn ervan overtuigd dat het interessant zou zijn om hiervoor een instrument (tool) te ontwikkelen en deze te testen binnen de proefprojecten. Het moet dan wel gaan om een tool die generiek kan gebruikt worden in andere settings.
- **Het nut van het werk van FAITH met PGZ:** Er werd opgemerkt dat sommige projecten tevreden waren met de ondersteuning van FAITH en deze wetenschappelijke ondersteuning willen verderzetten, andere projecten vermeldden dan weer het gebrek aan wetenschappelijke ondersteuning om hun vele vragen te beantwoorden. De leden van de PWG suggereren dat het interessant is om een tevredenheidsevaluatie (vragenlijst) uit te voeren om de sterke en zwakke punten van de follow-up van de projecten door FAITH, te identificeren
- **De wetenschappelijke ondersteuning die de PGZ nodig hebben:** de leden van PWG willen graag een overzicht hebben van de behoeften van de PGZ naar verdere wetenschappelijke ondersteuning. Het doel is een partner te vinden die deze opdracht kan vervullen. In dat geval is het nodig om eerst een bevraging te doen bij de projecten, om te identificeren wat de noden zijn (gedacht wordt aan het gebruik van de info in een dashboard, populatiemanagement, zelfevaluatie, meten maturiteit inzake integratie, ...).

BUDGETTAIRE WEERSLAG:

Nihil

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG:

p.m.

PROCEDURE:

p.m.

OPDRACHT VAN HET VERZEKERINGSCOMITE:

Het Verzekeringscomité wordt verzocht kennis te nemen van de bijgevoegde documenten, met name het samenvattend document en desgevallend aanbevelingen te formuleren voor het verdere verloop van de pilootprojecten en de wetenschappelijke ondersteuning.

TREFWOORDEN :

Overeenkomst GV

Geïntegreerde zorg



Bijlage

Samenstelling van het begeleidingscomité van FAITH.be

Nom du représentant	Institution - Organisation
Président : Marc Bruijnzeels	Institut Jan van Es
Pieter Van Herck	VOKA
Birgit Gielen	IMA
Karen Geurts	IMA
Joanna Geerts	PLAN bureau
Peter Willemé	PLAN bureau
Kim Cierkens	NIC
Alex Peltier	NIC
Remi De Brandt	NIC
Johan Van Bussel	Sciensano
Kris Doggen	Sciensano
Lode Journée	Sciensano
Hélène Ameels	Sciensano
Hilde De Nutte	zorgnet-icuro
Marc Geboers	Zorgnet-icuro
Louis Paquay	Wit-Gele Kruis
Hendrik van Gansbeke	Wit-Gele Kruis
Ilse Weeghmans	VPP
Baptiste Torrekens	LUSS
Bénédicte Gombault	KBS
Sophie Gerkens	KCE
Yves Coppieters	ULB
Anja De Clercq	KULeuven
Birgit Schoenmakers	KUL
Jean Luc Belche	SYLOS
Marc Leys	VUB
Peter Pype	Ugent
Wim Marneffe	Uhasselt
Piet Stinissen	Uhasselt
Lieven Annemans	Ugent
Benoît Mores	Cellule stratégique
Daniel Crabbe	RIZIV
Isabelle vander Brempt	FOD
Saskia vanden Bogaert	FOD
Patricia Chavez	FOD
Pascal Meeus	RIZIV
Margareta Haelterman	FOD
Anneleen Craps	Vlaamse overheid
Barbara Melard	AVIQ