



## **Conceptnota Transmurale Zorg**

**Werkgroep Transmurale Zorg  
Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen  
Dienst Acute, Chronische Zorg en Ouderenzorg**

**Juni 2011**

<b>INHOUDSOPGAVE.....</b>	<b>.....</b>
<b>VOORWOORD.....</b>	<b>5</b>
<b>I. DOEL VAN DE NOTA .....</b>	<b>6</b>
<b>II. BELANG VAN TRANSMURALE ZORG .....</b>	<b>7</b>
<b>III. DEFINITIE VAN TRANSMURALE ZORG .....</b>	<b>10</b>
<b>IV. DOELEN VAN TRANSMURALE ZORG .....</b>	<b>10</b>
<b>V. INHOUD VAN TRANSMURALE ZORG .....</b>	<b>11</b>
<b>VI. PATHOLOGIEEN WAARVOOR TRANSMURALE ZORG IS BESCHREVEN .....</b>	<b>15</b>
<b>VII. EFFECTIVITEIT VAN TRANSMURALE ZORG .....</b>	<b>16</b>
<b>VIII. THEORETISCHE BASIS VOOR HOOGKWALITATIEVE PATIËNTGERICHTE TRANSMURALE ZORG .....</b>	<b>16</b>
<b>IX. UITGANGSPUNTEN BIJ DE ONTWIKKELING VAN TRANSMURALE ZORG..</b>	<b>18</b>
<b>X. ONTWIKKELING VAN TRANSMURALE ZORG: EEN FASEN MODEL .....</b>	<b>22</b>
<b>XI. TOEPASSING BIJ HET CONTRACT .....</b>	<b>29</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>32</b>
<b>BIJLAGE 1: Checklist ter Ondersteuning bij de Ontwikkeling en Evaluatie van een Transmuraal Zorgproject: een 60-items vragenlijst .....</b>	<b>33</b>
<b>BIJLAGE 2: Generieke ‘ketenindicatoren’ .....</b>	<b>43</b>
<b>BIJLAGE 3: Belangrijke structuren in de 1e lijn.....</b>	<b>51</b>
<b>BIJLAGE 4: Het eHealth-Platform en zijn basisdiensten .....</b>	<b>53</b>
<b>BIJLAGE 5: De SWOT-analyse .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERENTIELIJST .....</b>	<b>57</b>

### Leden van de Werkgroep Transmurale zorg

- Aeyels Daan, Huis voor Gezondheid, Brussel
- Dr. Bassleer Bernard, CHU de Liège
- Dr. Borgermans Liesbeth, FOD Volksgezondheid
- Dr. Haelterman Greet, FOD Volksgezondheid
- Prof. Dr. Krug Bruno, CHU Mont-Godinne
- Lemmens Liesbeth, Vlaams patiëntenplatform
- Marchal Yannick, Coördinator Huis voor Chronische Zorg en zorgtrajectpromotor Lokaal Multidisciplinair Netwerk Sint-Truiden, Borgloon en omgeving
- Matthys Pol, FOD Volksgezondheid
- Nolis Ingrid, Zorgnet Vlaanderen
- Osten Peter, FOD Volksgezondheid
- Prof. dr. Peers Jan, UZ Leuven, zelfstandige
- Peeters Gert, UZ Leuven, Katholieke Universiteit Leuven
- Peleman Hilde, FOD Volksgezondheid
- Quinet Muriel, FOD Volksgezondheid DG2
- Prof. Dr. Remmen Roy, Universiteit Antwerpen
- Dr. Van Haecht Kris, CZV, Katholieke Universiteit Leuven
- Vrancken Jos, HealthConnect
- Prof. Dr. Vrijhoef Bert, Universiteit Tilburg / Maastricht, NL
- Weeghman Ilse, Vlaams patiëntenplatform
- Prof. Dr. Wollersheim Hub, Universiteit Nijmegen, NL

### Contactpersoon:

Liesbeth Borgermans (liesbeth.borgermans@health.fgov.be)

FOD Volksgezondheid

Directoraat Generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen

Verantwoordelijke uitgever: Dirk Cuypers

Victor Hortaplein 40, bus 10, 1060 Brussel

© 2011 FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Behoudens de uitdrukkelijk bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder uitdrukkelijke voorafgaande en schriftelijke toestemming van de uitgever.

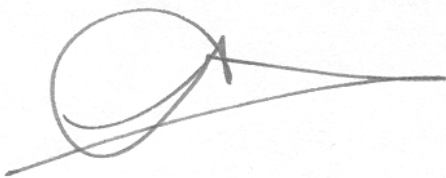
***“ Transmural care is not a simple tying together of the various possibilities in health care but requires a radical change in thinking of all healthcare players involved.”***

Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe.

# VOORWOORD

De Federale Overheid zet zich sinds een aantal jaren in om (op directe en indirecte wijze) de ontwikkeling van transmurale zorg te bevorderen en dit door de invoering van de functie 'ontslagmanagement', zorgprogramma's (via de functie externe liaison), palliatieve netwerken, telematica projecten en art. 107 voor de psychiatrische zorg, om slechts enkele voorbeelden te noemen. De Federale Overheid wil ook steeds dichter aansluiten bij internationale tendensen waarbij transmurale zorg wordt erkend als een essentiële component van geïntegreerde zorgmodellen. De Federale Overheid wil tevens creativiteit en 'denken buiten de bestaande kaders' voor transmurale zorg stimuleren. Als eerste stap hiertoe werd in april 2011 een Federale Werkgroep Transmurale Zorg opgericht. De Werkgroep heeft als doel inhoudelijke bijdragen te leveren t.a.v. het concept van hoogkwalitatieve en patiëntgerichte transmurale zorg, aangepast aan de Belgische context. Een tweede taak van de Werkgroep is te evalueren hoe de ziekenhuizen het best ondersteund kunnen worden bij de ontwikkeling en implementatie van transmurale zorg(projecten). Deze Conceptnota Transmurale Zorg is de neerslag van de aanbevelingen van de Werkgroep Transmurale Zorg terzake.

Wij hopen dat de ziekenhuizen de komende jaren actief zullen investeren in transmurale zorg met het oog op het realiseren van structurele verbeteringen van de kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.



Christiaan Decoster

Directeur-generaal

# I. DOEL VAN DE NOTA

Deze voorliggende ‘*Conceptnota Transmurale Zorg*’ is bedoeld als ondersteuning voor Belgische ziekenhuizen bij de invulling van het contract ‘Coördinatie van de Kwaliteit en de Patiëntveiligheid’. Voor het contractjaar 2011 wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om hun best denkbare/lopende project m.b.t. transmurale zorg te beschrijven, en met de partners in de 1e lijn (of desgevallend partners van andere ziekenhuizen of (rust-) en verzorgingstehuizen) een ‘SWOT’ analyse<sup>1</sup> uit te voeren voor het geselecteerde transmurale project. Een eerdere enquête bij de Belgische ziekenhuizen leert dat ziekenhuizen reeds in belangrijke mate inzetten op de ontwikkeling van (innovatieve) transmurale projecten. Voorbeelden zijn transmurale klinische paden, de opvolging van ouderen met complexe zorgnoden vanuit Sp-ziekenhuizen, ICT toepassingen waardoor huisartsen directe toegang hebben tot het patiëntendossier en de transmurale opvolging van forensische jongeren in psychiatrische ziekenhuizen.

Om de ziekenhuizen wegwijs te maken t.a.v. het concept hoogkwalitatieve en patiëntgerichte transmurale zorg wordt in deze nota een overzicht geboden van *a)* het belang van transmurale zorg, *b)* de definitie, *c)* de doelen, *d)* de vormen van transmurale zorg, *e)* pathologieën waarvoor transmurale zorg is beschreven, *f)* evidentie m.b.t. de effectiviteit van transmurale zorg, *g)* een theoretische basis voor hoog-kwalitatieve transmurale zorg, *h)* een fasen model voor de ontwikkeling van transmurale zorg met inbegrip van kwaliteitsindicatoren en een voorbeeld van een ICT raamwerk voor transmurale zorg.

De bedoeling is dat ziekenhuizen via deze nota informatie krijgen aangereikt m.b.t. theoretische achtergronden alsook met praktische toepassingen van transmurale zorg.

---

<sup>1</sup> SWOT: Strengths, weaknesses, opportunities en threats

## II. BELANG VAN TRANSMURALE ZORG

Nationale en internationale instanties (1) erkennen dat het vandaag ontbreekt aan een geïntegreerde benadering van de zorg. Voor de Federale Overheid zijn er zes specifieke redenen om de ziekenhuizen te stimuleren t.a.v. de ontwikkeling van hoogkwalitatieve en patiëntgerichte transmurale zorg.

**Een eerste aanleiding** is dat België, net zoals alle andere geïndustrialiseerde landen, te maken heeft met een sterk groeiend aantal chronisch zieken zoals patiënten met diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, COPD en neuro-psychiatrische aandoeningen. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid stelt dat vandaag 27,2% van de Belgen aan een chronische ziekte lijdt, tegen 23,8% in 2004. (2) Deze toename is het gevolg van drie factoren. Allereerst speelt de vergrijzing een grote rol. (3) In België zal in 2020 amper één vijfde van de bevolking jonger zijn dan twintig, en nog voor 2030 zal een kwart van de bevolking uit 65-plussers bestaan. (4) Vooral het stijgende aandeel 80-plussers (van vier procent nu tot elf procent in 2050) zal belangrijke effecten hebben op de hoeveelheid en aard van de zorgvraag.

De stijgende levensverwachting leidt er overigens ook toe dat steeds meer mensen meerdere chronische ziekten tegelijk hebben (co- of multimorbiditeit). (5) Bijna 1/3 van de chronisch zieken hebben meer dan één chronische ziekte. (6) De tweede factor is de medische vooruitgang. Die heeft er voor gezorgd dat voorheen ongeneeslijke ziekten zoals kanker en hartfalen steeds beter behandelbaar en geneesbaar worden. De derde oorzaak is de negatieve trend in leefstijl zoals te weinig bewegen en te veel en ongezonde voeding, met als gevolg een toename van overgewicht en obesitas. (7) Dit alles leidt ertoe dat er een onevenwicht ontstaat tussen de vraag naar en het aanbod van de zorg. Er wordt een belangrijk tekort aan gekwalificeerd verplegend personeel voorspelt. In het Groenboek over de gezondheidswerkers in Europa (Groenboek Europese Commissie, 2008) (8) worden de lidstaten dan ook opgeroepen om meer samen te werken om op het vlak van personeelsbeleid en door middel van nieuwe technologieën naar oplossingen te zoeken.

**Een tweede aanleiding** om te investeren in transmurale zorg is gelegen in de suboptimale zorg bij overdrachten (tussen ziekenhuis en de thuiszorg, ziekenhuizen onderling en het ziekenhuis en de rusthuizen). De transfer van informatie tussen zorgverstrekkers bij de overdracht van de patiënt wordt erkend als belangrijk voor het waarborgen van de veiligheid van de patiënt, en dus de kwaliteit van zorg. (5) Ineffectieve overdrachten leiden tot fouten bij de behandeling, onnodig herhalen van onderzoeken, vertragingen in de medische diagnose, klachten van patiënten, complicaties, verhoogde uitgaven in de zorg en een verlenging van de verblijfsduur. (9)

**Een derde aanleiding** om te investeren in transmurale zorg is de nood aan meer patiëntgerichte zorg. Ondanks het credo 'de patiënt staat centraal' reeds meer dan twee decennia in voege is, blijft er een belangrijk verbeterpotentieel om de wensen en verwachtingen van patiënten beter te integreren in het zorgproces en om de patiënt actiever te betrekken bij de vormgeving van het behandel- en zorgproces. De perceptie van de kwaliteit van de zorg staat immers in directe relatie tot therapietrouw en klinische uitkomsten van de zorg. (10) De voorzieningen zijn dan ook genoodzaakt om af te stappen van 'one size fits all'-oplossingen. In de plaats daarvan moet de klemtoon meer komen te liggen op de zelfbepaling en empowerment van de zorggebruiker. (11-13)

**Een vierde aanleiding** om transmurale zorg te stimuleren is de verkorting van de ligduur, de noodzaak tot het voorkomen van (onnodige) heropnames en kostenbeheersing. (14) In 2009 publiceerde HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) een studie waarin o.a. de evolutie van de gemiddelde verblijfsduur binnen de EU27 vergeleken wordt. In 1980 bedroeg deze nog 11 dagen, in 2004 is deze gedaald naar 7 dagen door de toepassing van eHealth en gewijzigde financieringsmechanismen. België zit met een verblijfsduur van 8,3 dagen (voor 2004) ruim boven dit gemiddelde, terwijl bv. in Denemarken de verblijfsduur slechts 3,4 dagen bedraagt met een bezettingsgraad van 84% (België gemiddeld 70.5%).

In het kader van de kostenbeheersing is het belangrijk dat de zorgvraag vanuit chronisch zieken de komende decennia stijgen, met als gevolg dat de kosten voor de gezondheidszorg zullen stijgen. (15) De stijgende kosten en toenemende zorgvraag vragen om een doelmatige aanpak om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de toekomst te kunnen waarborgen. (16) De



wettelijk voorziene groeinorm van 4,5% voor uitgaven in de gezondheidszorg staat immers onder een grote druk. Inzetten op transmurale zorg met het oog op het realiseren van verbeteringen in de efficiëntie van de zorg is in deze een logische keuze. (17)

**Een vijfde aanleiding** voor transmurale zorg is de groeiende structurering en organisatie van de eerste lijn. (18) Sinds enkele jaren zijn er belangrijke evoluties in de eerste lijn die de ontwikkeling van transmurale zorg kunnen faciliteren (in bijlage 3 worden belangrijke structuren in de 1<sup>e</sup> lijn beschreven). Voorbeelden zijn de invoering van de Lokale Multidisciplinaire Netwerken in het kader van de zorgtrajecten diabetes en chronische nierinsufficiëntie en de ondersteuning van huisartsengroeperingen voor wat betreft het onthaal en praktijkbeheer en de geïntegreerde diensten voor thuiszorg. Deze evoluties betekenen een belangrijke opportuniteit voor de uitbouw van samenwerkingsrelaties tussen het ziekenhuis en de eerste lijn voor een brede groep van patiënten.

**Een zesde en laatste aanleiding** zijn de evoluties in de informatie- en communicatietechnologie. (19) Steeds meer ziekenhuizen zetten in op een verbeterde uitwisseling van gegevens tussen het ziekenhuis en de eerste lijn. Door de initiatieven van de verschillende overheden zullen de komende jaren zorgvertrekkers (en patiënten) steeds beter in staat worden gesteld om gezamenlijk een patiëntendossier te beheren. De Europese Ministerraad van eind 2009 herhaalde dat eHealth niet langer alleen als een technische toepassing voor de verstrekkers gezien moet worden, maar ook als een politiek instrument om een gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Met de Verklaring van Barcelona van 15 maart 2010 deden de EU lidstaten en de Europese Commissie een oproep om een meer gestructureerd overleg en gecoördineerd beleid inzake eHealth te ontwikkelen. De 'EU ICT for Health Roadmap' zoals gedefinieerd door de Europese Commissie stelt voor om gefaseerd alle zorgpunten d.m.v. beveiligde netwerken met elkaar te verbinden, gevolgd door de mogelijkheid om individuen toegang te geven tot een gepersonaliseerd gezondheidsdossier ('personal health record'). Belangrijk zijn tevens in dit kader de mededelingen over telegeneeskunde van de Europese Commissie<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Europese Commissie 30 juni 2009

### III. DEFINITIE VAN TRANSMURALE ZORG

Er bestaat geen sluitende definitie in de internationale literatuur m.b.t. transmurale zorg. Sinds de jaren '90 is transmurale zorg in voege geraakt waarbij dit vaak werd omschreven als 'the birth of integration'. (20)

Transmurale zorg wordt gedefinieerd als:

*“ Vormen van zorg die, op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden”. (21)*

Transmurale zorg is een containerbegrip dat wordt gebruikt om geïntegreerde vormen van zorg te beschrijven tussen enerzijds het ziekenhuis en anderzijds partners in de 1<sup>e</sup> lijn, andere ziekenhuizen of rust- en verzorgingstehuizen (22),(23) (fig. 1).

Andere termen die gebruikt worden in de literatuur om transmurale zorg te beschrijven of die in relatie staan tot transmurale zorg zijn o.a. 'ontslagmanagement' (24), 'naadloze zorg' (25), 'ketenzorg' (26), 'patiëntentransfer' (27), 'transmurale zorgpaden' (28), 'multiprofessional cooperation', 'shared care' (29), 'managed care' (30), 'disease management' (31), 'patient navigation' (32) en 'hospital at home care'. (33)

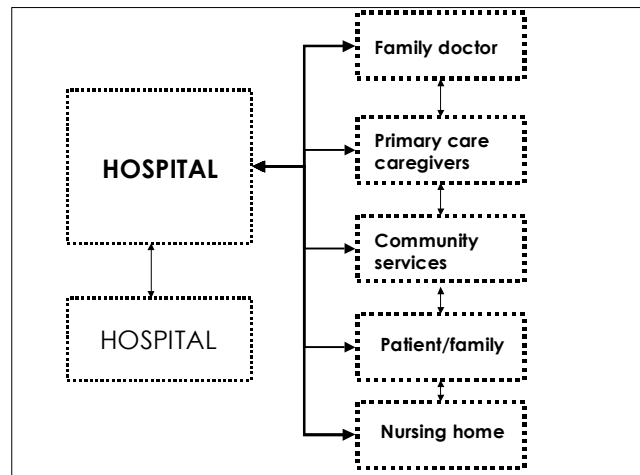
### IV. DOELEN VAN TRANSMURALE ZORG

Bij transmurale zorg gaat het om het tot stand brengen van een geïntegreerd zorgproces, vanuit de gedachte dat samenwerking en afstemming van zorg noodzakelijk zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening aan de individuele patiënt. Specifieke doelen van transmurale zorg die in de literatuur zijn beschreven zijn (34): een vermindering van de fragmentatie van de zorg (en dus continuïteit van de zorg), verbetering van klinische uitkomsten, patiëntentevredenheid, verbeterde coördinatie van zorg en gebruik van op evidentie-gebaseerde richtlijnen en kostenreducties.

## V. INHOUD VAN TRANSMURALE ZORG

Zoals hoger vermeld kan transmurale zorg georganiseerd worden tussen het ziekenhuis en de eerste lijn, alsook tussen ziekenhuizen onderling en tussen het ziekenhuis en rust- en verzorgingstehuizen (figuur 1).

**Figuur 1: Partnerships bij transmurale zorg**



Eenzijds heeft transmurale zorg betrekking op *zorginhoudelijke elementen* zoals gezamenlijke protocollering en een multidisciplinaire gestructureerde zorgverlening.

Anderzijds kent transmurale zorg een *organisatorisch aspect*, waarbij het gaat om deskundigheidsbevordering en structurele samenwerking tussen hulpverleners uit verschillende zorgsettings.

Het is belangrijk dat transmurale zorg wordt gezien als een essentieel onderdeel van geïntegreerde vormen van zorg. In Nederland wordt in dit verband vaak de term ‘ketenzorg’ gebruikt. De term is relatief nieuw, de inhoud ervan niet. Het werken in ketens kent in andere sectoren al een lange geschiedenis, zoals bijvoorbeeld in de luchtvaart, de tuinbouw, de papierindustrie en in de transportsector. Ketenzorg werd in de jaren ‘90 gedefinieerd als “*een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd*”. (35)

Recentere definiëringen van ketenzorg benadrukken het belang van holistische, naadloze en continue zorg die moet afgestemd zijn op de behoeften van patiënten. (36)

De kern van ketenzorg is het bepalen van de inhoud van de zorg door alle relevante ketenpartners. Basisprincipes van geïntegreerde ketenzorg zijn a) patiëntgerichtheid, b) multidisciplinaire zorg en c) coördinatie van zorg. (37)

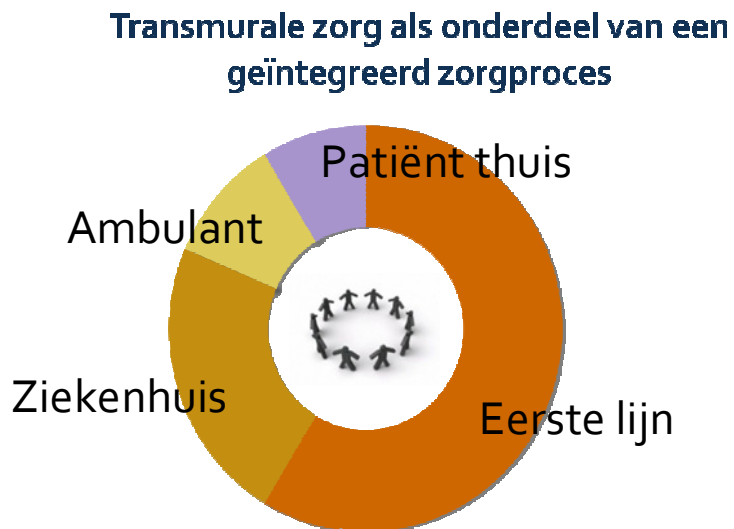
Dit naast de algemeen geldende principes voor goede kwaliteit van zorg zijnde op evidentie gebaseerde zorg en continue kwaliteitsverbetering. (38, 39)

Een zorgketen is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën. Kenmerkend is dat het een samenwerkingsverband van partijen betreft die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren omdat ze samenhangende handelingen uitvoeren gericht op een gemeenschappelijk doel. Dit doel kan niet door de afzonderlijke actoren op eigen kracht kan worden bereikt. (40) Binnen de keten zijn er verschillende actoren met eigen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

**Het is belangrijk dat transmurale zorg wordt gezien als een essentieel onderdeel van geïntegreerde vormen van zorg.**

Ketenzorg kan eigenlijk worden beschouwd als een vervolgstap op transmurale zorg **zonder dat het ziekenhuis daarbij wordt beschouwd als het start of- eindpunt van de keten** (figuur 2). Richt men zich bij transmurale zorg vooral op een of twee transitieperiodes (opname en ontslag), bij ketenzorg staat meestal de **gehele zorgketen** centraal. Het introduceren van ketenzorg brengt met zich mee dat het ketenbelang zwaarder weegt dan het afzonderlijke belang van de participerende zorgaanbieders.

**Figuur 2: Transmurale zorg als onderdeel van een geïntegreerd zorgproces.**



*Globaal worden er 3 vormen van transmurale zorg onderscheiden: (41)*

- a) Transmurale zorg verleend door specialistische en generalistische zorgverleners gezamenlijk;
- b) Transmurale zorg door generalistische zorgverleners, met ondersteuning van specialistische zorgverleners;
- c) Transmurale zorg rond opnames in of ontslag uit een specialistische instelling, geleverd door generalistische zorgverleners.

Specifieke toepassingen van transmurale zorg die in de literatuur zijn beschreven (42) of waarvoor er projecten werden ontwikkeld zijn:

- (EBM) protocolontwikkeling en samenwerking (specialist- huisarts/multidisciplinair team-thuiszorg/ case manager-thuiszorg) (43);
- De aansluiting van voor- en nazorg op een klinische opname;
- Samenwerking spoeddiensten en 1e lijn (44);
- Ondersteuning van huisartsen door specialisten bij de behandeling thuis;

- Gespecialiseerde zorg door verpleegkundigen (verpleegkundige specialisten of referentieverpleegkundigen);
- Consultaties van medische specialisten in de thuiszorg;
- Ontslagmanagement;
- Kankerzorg;
- Revalidatiezorg;
- Ouderenzorg;
- Palliatieve zorg;
- Psychiatrische zorg;
- Farmaceutische transmurale zorg (Farmacotherapeutisch transmuraal overleg);
- Infertiliteitszorg;
- Radiotherapie, coronarografie.

## VI. PATHOLOGIEËN WAARVOOR TRANSMURALE ZORG IS BESCHREVEN

Pathologieën waarvoor transmurale zorg is beschreven zijn o.a.: diabetes (45, 46), chronische nierinsufficiëntie (47), COPD (48, 49), asthma (50), hartfalen (51), borst-en colonkanker (52), terminale kankerpatiënten (53), dementie (54), ruggemergletsels (55), reumatoïde aandoeningen (56), multiple sclerose (57), CVA (58), ondervoeding (59), handeczeem (60), palliatieve zorg (61), depressie (50, 62, 63), kinderziekten (64) en HIV/AIDS. (65) Ook psychiatrische pathologieën worden veelvuldig geciteerd voor de ontwikkeling van transmurale zorg (66-68). Onmiddellijk valt op dat transmurale zorg in veel gevallen voor chronisch zieken en patiënten met complexe problemen wordt georganiseerd. Het is evenwel belangrijk dat ook problemen in de acute zorgverlening -zoals bijvoorbeeld het oneigenlijk gebruik van spoeddiensten- als voorwerp van transmurale zorg worden beschouwd. (69)

**Kwaliteitsverbeterende projecten m.b.t. transmurale zorg wordt in de meerderheid van de gevallen georganiseerd voor patiënten met chronische aandoeningen of complexe zorgproblemen. Acute zorgproblemen verdienen evenwel dezelfde aandacht bij de ontwikkeling van een transmurale zorgstrategie.**

Bij de behandeling van chronische aandoeningen speelt de aandacht voor co-morbiditeit een belangrijke rol. (70) Mensen met een chronische ziekte hebben een veel hogere co-morbiditeit dan de vergelijkbare overige populatie. Co-morbiditeit kan worden ingedeeld in 'concurrent comorbidity' (het zonder verklaring samengaan van ziekten in dezelfde persoon), 'cluster morbidity' (het frequenter dan statistisch kan worden verwacht samengaan van ziekten in subgroepen), 'causal morbidity' (het samengaan van ziekten op basis van een bewezen gemeenschappelijke pathofysiologische oorzaak) en 'ziektespecifieke complicatie-comorbiditeit' (het optreden van een ziekte ten gevolge van het optreden van een andere ziekte).

## VII. EFFECTIVITEIT VAN TRANSMURALE ZORG

Ondanks er een consensus bestaat m.b.t de noodzaak van een verbeterde coördinatie en integratie tussen het aanbod van de verschillende verstrekkers in de gezondheidszorg (71-74) is er relatief weinig wetenschappelijke evidentie beschikbaar waarbij de effectiviteit van transmurale zorg op uitkomsten in de zorg wordt beschreven. (75) De laatste jaren is er evenwel een groeiend aantal publicaties waarbij de positieve effecten van transmurale zorg worden gedocumenteerd voor vergelijkbare gezondheidszorgsystemen dan het Belgische. (76-79)

## VIII. THEORETISCHE BASIS VOOR HOOGKWALITATIEVE PATIËNTGERICHTE TRANSMURALE ZORG

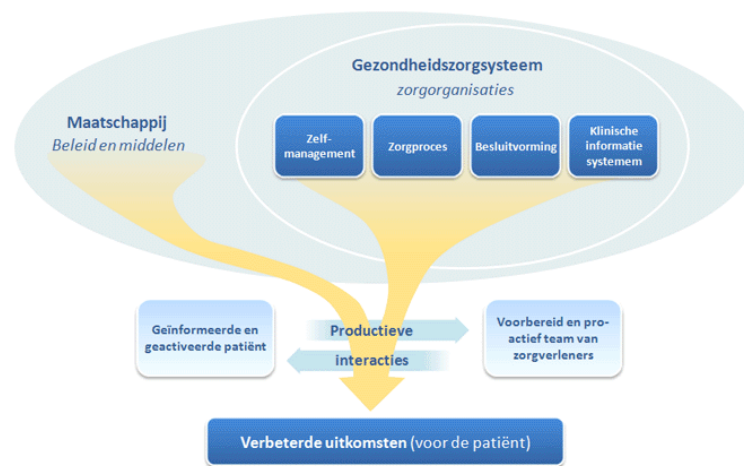
Als theoretische basis voor de ontwikkeling van hoogkwalitatieve en patiëntgerichte transmurale zorg wordt in deze nota verder gebouwd op het 'Chronic Care Model' (80-82) (figuur 3). Dit kwaliteitsmanagement model is ontstaan door op systematische wijze uit de internationale, wetenschappelijke literatuur elementen te identificeren die van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg voor patiënten met een chronische ziekte. Ondanks het model zich toespitst op elementen van hoogkwalitatieve chronische zorg kan het dienen als leidraad voor de ontwikkeling van geïntegreerde vormen van zorg (zoals transmurale zorg voor chronische en niet-chronische ziekten). Het Chronic Care Model bestaat uit 6 met elkaar samenhangende componenten die belangrijk zijn voor hoogkwalitatieve chronische zorg.

- **'Health system'**: een gezondheidszorgsysteem dat leiderschap vertoont en de noodzakelijke globale en structurele maatregelen neemt om de kwaliteit van de chronische zorg te verbeteren.



- **'Community'**: alle maatregelen en acties op het community niveau die de zorg aan chronisch zieken kunnen verbeteren.
- **'Delivery system design'**: design van het zorgproces waardoor de coördinatie en integratie van de zorg verbetert.
- **'Decision support'**: ondersteuning van het (klinisch) handelen van zorgverstrekkers.
- **'Self-management'**: ondersteuning van het zelfzorgvermogen van patiënten en hun familie.
- **'Clinical information systems'**: klinische informatiesystemen die de uitwisseling van gegevens tussen zorgverstrekkers onderling en de patiënt bevorderen.

**Figuur 3: Het Chronic Care Model (83)**



Om hoog-kwalitatieve patiënt-gerichte transmurale zorg te ontwikkelen is het belangrijk om via een samenhangend pakket van interventies in te zetten op leiderschap (beleid en middelen), betrokkenheid van relevante zorgorganisaties, ondersteuning van het zelfzorgvermogen van patiënten, hertekenen van het zorgproces, ondersteuning van de besliskunde van klinici en klinische informatie(systemen).

## IX. UITGANGSPUNTEN BIJ DE ONTWIKKELING VAN TRANSMURALE ZORG

Bij de ontwikkeling (en/of evaluatie) van transmurale zorg dienen een aantal uitgangspunten in acht te worden genomen.

- **De vragen en behoeften van de doelgroep zijn het vertrekpunt om transmurale zorg op te starten ('patiëntgerichtheid')**

Ieder transmuraal project zou de vragen en behoeften van de doelgroep als vertrekpunt dienen te beschouwen. Dit noopt alle betrokkenen ertoe een grondige analyse te maken wat de knelpunten zijn in de zorg voor de doelgroep en procedures op te zetten waardoor de ervaringen en percepties van de doelgroep met transmurale zorg maximaal in kaart kunnen worden gebracht. Aandoeningen met een hoge prevalentie zoals bv. diabetes en COPD lenen zich vaak goed om transmurale projecten te initiëren.

- **Belang van samenwerking**

Ongeacht de aard van het transmurale zorgproject zal er steeds een samenwerkingsprotocol tussen de zorgactoren moeten worden opgemaakt. Idealiter is het samenwerkingsprotocol de resultante van afspraken gemaakt binnen het multidisciplinaire team dat zal instaan voor de uitvoering/verbetering van de transmurale zorg. Een samenwerkingsprotocol beschrijft 'wie-doet-wat-wanneer-en hoe'. Het is hierbij belangrijk dat rekening wordt gehouden met de 'actielogica' van participanten, wat inhoudt dat het doen en laten van de betrokken partijen wordt beïnvloed door eigen belangen. Participanten bij transmurale zorg hebben door hun verschillende cultuur, werkomgeving en opleiding ook uiteenlopende ideeën over de invulling van wat 'goede' hulpverlening en 'samenwerking' is. Bewustwording en het bespreekbaar maken van de onderlinge verschillen is noodzakelijk. Door de gesprekken hierover kan helderheid ontstaan over de achtergronden en reikwijdte van de verschillen. Het spreken over concrete zaken, zoals zorgprotocollen, maakt inzichtelijk waaruit de verschillen precies

bestaan. Vervolgens moet worden beoordeeld of de aanwezige problemen te overbruggen zijn. Mogelijk is het onderscheid zo groot, dat transmurale zorg voor de desbetreffende situatie niet het geschikte model is. Meestal zal men echter door middel van gesprekken tot oplossingen komen en (samenwerkings)protocollen kunnen verwezenlijken.

- **Belang van een sturend orgaan**

Bij de ontwikkeling van een transmuraal project is de beschikbaarheid van een sturend orgaan van essentieel belang (stuurgroep, adviescomité,..). Een sturend orgaan kan worden opgericht ten behoeve van een (nieuw) project, ofwel kunnen bestaande structuren zoals bijvoorbeeld patiëntveiligheidscomités worden aangezocht om deze functie te vervullen.

Welke keuze het ziekenhuis hiertoe ook maakt, het is belangrijk dat het sturend orgaan multidisciplinair is samengesteld en op vastgestelde tijdstippen de inhoud en vorderingen in het project evalueert, en dit op basis van duidelijke en vooraf bepaalde doelen.

- **Deming cyclus van 'Plan-Do-Check-Act'**

De ontwikkeling van transmurale zorgprojecten dient de Deming cyclus van 'Plan-Do-check-Act' te doorlopen. De verschillende acties van de PDCA cyclus voor transmurale zorgprojecten zijn beschreven onder het 4-fasen model.

- **Belang van op evidentie gebaseerde interventies en indicatoren**

Bij het ontwikkelen van goede transmurale zorg is het belangrijk dat de gekozen interventies hun effectiviteit bewezen hebben óf door wetenschappelijk onderzoek, of omdat hun nut in de praktijk is bewezen of omdat experts een positief oordeel hebben over de interventie.

- **Transmurale zorg als essentiële schakel/stap in de evolutie naar een volledig geïntegreerd model van zorg**

Transmurale zorg wordt beschouwd als een essentiële schakel/stap in de evolutie naar een volledig geïntegreerd model van zorg ('ketenzorg') voor specifieke doelpopulaties. ***Zoals hoger aangegeven is het ziekenhuis niet het enige vertrek-en of eindpunt van de 'zorgketen'. De***

**zorgketen is een ononderbroken keten van partners die elk hun evenwaardige bijdrage hebben in het zorgproces.** Het ziekenhuis kan en mag dus in andere woorden niet het zorgproces intellectueel, organisatorisch of financieel monopoliseren.

- **Belang van substitutie van zorg**

Substitutie van zorg wordt bij transmurale zorg maximaal nagestreefd. Substitutie betreft het streven om de verantwoordelijkheid voor en/of de uitvoering van zorg te verschuiven naar het laagste niveau waar dit verantwoord kan. Substitutie van zorg kan zowel horizontaal - van specialist naar generalist of van intramuraal naar extramuraal - als verticaal - van de hogere opgeleide naar de lagere opgeleide zorgverlener - plaatsvinden. Als een gespecialiseerde verpleegkundige buiten het ziekenhuis taken gaat vervullen die vroeger in het ziekenhuis door een medisch specialist werden vervuld is er sprake van een combinatie van horizontale en verticale substitutie, dus van diagonale substitutie. Substitutie kan zowel worden toegepast om de kwaliteit als om de doelmatigheid van de zorg te vergroten.

- **Transmurale zorg is een meerjaren proces**

De ontwikkeling van transmurale zorg is een proces dat loopt over verschillende jaren, en waarbij op basis van pilootprojecten een stelselmatige uitbreiding en verdieping van transmurale zorg mogelijk wordt. De keuze van de projecten dient een afgeleide te zijn van de visie en strategie van het ziekenhuis. In de toekomst zal het ziekenhuis worden gestimuleerd om een strategisch plan m.b.t. transmurale zorg te ontwikkelen.

- **Belang van implementatiestrategieën**

Bij de ontwikkeling en evaluatie van transmurale zorgprojecten is het belangrijk om stil te staan bij het gebruik van specifieke implementatiestrategieën. Succesvolle implementatie van transmurale zorg is afhankelijk van verschillende factoren. Deze factoren worden beschreven in het Characteristics of Innovations Framework van Grol & collega's. (84), en zijn opgelijst in tabel 1.

**Tabel 1. Negen factoren voor succesvolle implementatie (Grol et al.)**

Factoren	Factoren toegepast op transmurale zorg
<ul style="list-style-type: none"> <li>De perceptie van het relatieve voordeel van een innovatie in vergelijking met het huidige handelen.</li> </ul>	<p>Wat zijn de voordelen van transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) t.o.v. de actuele werkwijze?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De compatibiliteit van de innovatie met bestaande normen en waarden.</li> </ul>	<p>Is transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) compatibel met hoe over zorg wordt gedacht?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De complexiteit die gepaard gaat met de uitleg over de innovatie, het begrijpen ervan en het gebruik van de innovatie.</li> </ul>	<p>Is transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) moeilijk om uit te leggen en te begrijpen?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De kost en tijdsinvestering in verhouding tot de voordelen die de innovatie biedt.</li> </ul>	<p>Wegen de kosten van transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) op tegen de gepercipieerde en feitelijke voordelen?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De risico's gerelateerd aan de onzekerheid m.b.t de resultaten en gevolgen van de innovatie.</li> </ul>	<p>Zijn de resultaten van transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) in hoge mate gegarandeerd, en wat zijn de gevolgen ervan?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De flexibiliteit en aanpasbaarheid van de innovatie aan lokale omstandigheden en de doelgroep.</li> </ul>	<p>Is transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) flexibel en aanpasbaar genoeg i.f.v. de eigenheden van de zorgsetting en de doelgroep?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Het betrekken van de doelgroep bij de ontwikkeling van de innovatie.</li> </ul>	<p>Is bij transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) de doelgroep voldoende betrokken?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De deelbaarheid van de innovatie in de zin dat de verschillende onderdelen ervan afzonderlijk kunnen worden geïmplementeerd.</li> </ul>	<p>Zijn de onderdelen van transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) afzonderlijk implementeerbaar?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>De onomkeerbaarheid van de innovatie zodat bij het falen ervan kan worden teruggekeerd naar de initiële situatie.</li> </ul>	<p>Laat transmurale zorg (zoals ontwikkeld in het project) steeds toe om naar de initiële situatie terug te keren?</p>

## X. ONTWIKKELING VAN TRANSMURALE ZORG: EEN FASEN MODEL

De ontwikkeling van transmurale zorg is complex, en bruikbare methoden en implementatiestrategieën zijn slechts beperkt beschikbaar in de literatuur en dan nog vaak als onderdeel van modellen die worden geduid als 'geïntegreerde zorg' (bv. ketenzorg, disease management). (85-87) Modellen voor geïntegreerde zorg die in de literatuur zijn beschreven bieden een inzage t.a.v. de doelen, betrokken partijen en interventies, maar geen of weinig inzage t.a.v. de te doorlopen fasen, kritische succesfactoren, indicatoren en toegepaste implementatiestrategieën. (88)

Om voor de Belgische situatie een methode te definiëren die toelaat hoogkwalitatieve en patiëntgerichte transmurale zorg te ontwikkelen werden drie verschillende *bronnen* geraadpleegd. Deze zijn:

- 1) **De methode 'ontwikkeling van ketenzorg'** van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) in Nederland. (89)
- 2) **De Kwaliteitsnorm Zorginstelling** van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Het NIAZ is een onafhankelijk instituut dat kwaliteitsnormen voor zorginstellingen opstelt en individuele instellingen op hun verzoek toetst. Het NIAZ is lid van de mondiale organisatie van toetsingsinstituten in de zorg, de 'International Society for Quality in Health Care' (ISQua). Het NIAZ zelf is door deze organisatie getoetst en voor alle onderdelen geaccrediteerd.
- 3) **Het 4-fasen ontwikkelingsmodel voor geïntegreerde zorg** zoals beschreven door Minkman & collega's (2009). (90)

Voor de ontwikkeling van transmurale zorgprojecten in de Belgische context wordt geadviseerd om vier (4) fasen te doorlopen, geïnspireerd op de drie bovenstaande bronnen.

Deze zijn:

- **Fase 1:** Identificatie van het probleem of opportuniteit voor kwaliteitsverbetering
- **Fase 2:** Definitie van de doelen van het transmurale zorgproject
- **Fase 3:** Ontwikkeling van het projectplan
- **Fase 4:** Implementatie van het project

### ***FASE 1: Identificatie van het probleem of opportuniteit voor kwaliteitsverbetering.***

In de eerste fase **wordt het probleem of opportuniteit voor kwaliteitsverbetering voor de doelpopulatie(s) gedefinieerd**. De initiatiefnemende partij stelt zich hiertoe in contact met relevante zorgpartners zowel binnen het ziekenhuis als in de 1<sup>e</sup> lijn, waarbij een duidelijke probleem/opportunitetsbeschrijving wordt nagestreefd, gestaafd door de nodige cijfermatige onderbouw die meer inzicht geeft t.a.v. het voorkomen van het probleem, de impact op de kwaliteitsbeleving van de zorg door patiënten en de uitkomsten van de zorg.

### ***FASE 2: Definitie van doelen van het transmurale zorgproject.***

In een tweede fase worden de kwaliteitsverbeterende doelen van het project gedefinieerd. Deze doelen zijn gerelateerd aan de opportuniteit/het probleem zoals dit in fase 1 werd beschreven. De doelen worden **'SMART'** geformuleerd (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden)<sup>3</sup>. Bij de definitie van de doelen wordt zo veel mogelijk het patiëntenperspectief in rekening gebracht.

---

<sup>3</sup> Specifiek: de doelstelling geeft aan wat er zal worden bereikt, wanneer het zal worden bereikt en wie daarbij betrokken zijn.

Meetbaar: de doelstelling moet zó geformuleerd zijn dat het resultaat kan gemeten worden.

Aanvaardbaar: de doelstelling moet besproken worden met en aanvaard worden door de verschillende betrokkenen.

Realistisch: de doelstelling moet haalbaar en uitvoerbaar zijn.

Tijdgebonden: het is noodzakelijk om een tijdsplanning op te nemen in de doelstelling zodat het duidelijk is wanneer kan gemeten worden of de doelstelling is gehaald.

### ***FASE 3: Ontwikkeling van een projectplan.***

In de derde fase wordt aandacht besteed aan de opmaak van een projectplan dat vertrekt van duidelijk omschreven doelen voor een specifieke patiëntenpopulatie. Dit plan omvat achtereenvolgens een duidelijke tijdslijn waarbinnen de kwaliteitsverbeterende interventies worden geoperationaliseerd/geïmplementeerd, de projectstructuur, indicatoren op het structuur-, proces- en uitkomstenniveau, het communicatieplan en een beschrijving van de ondersteunende ICT infrastructuur. Dit projectplan dient door de Stuurgroep van het project te worden gevalideerd. De Stuurgroep omvat idealiter leden van het Directiecomité van het ziekenhuis<sup>4</sup>, leden van kwaliteits en/of patiëntveiligheidscomités, leden van organisaties in de 1<sup>e</sup> lijn, patiënten(organisaties) en onafhankelijke derden die de kwaliteit van het project kunnen beoordelen.

#### ***o Kwaliteitsverbeterende interventies***

Er worden in de literatuur zeer veel kwaliteitsverbeterende interventies beschreven in relatie tot integrale/transmurale zorg. Kwaliteitsverbeterende interventies die voor frequent voorkomende pathologieën hun effectiviteit hebben bewezen op de uitkomsten van (transmurale) zorg (91) zijn opgelijst in tabel 2. Voor de indeling van de kwaliteitsverbeterende interventies werd het classificatieschema van Shojania & collega's gebruikt. (92) De auteurs onderscheiden 11 categorieën van kwaliteitsverbeterende interventies gebaseerd op de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) group. Deze categorieën zijn 1) patiënteneducatie ('patient education'), 2) promotie van zelfzorg van patiënten ('promotion of self-management'), 3) navorming van clinici ('clinician education'), 4) audit en feedback ('audit and feedback'), 5) individuele begeleiding van een patiënt ('case management'), 6) wijzigingen in de teamwerking ('team changes'), 7) elektronische patiëntenregisters en veranderingen in medische dossiers ('electronic patient registry' & 'changes in electronic medical records') 8) herinneringen gericht aan clinici ('clinician reminders'), 9) bezorgen van klinische informatie aan clinici via elektronische weg ('facilitated relay of clinical information to clinicians'), 10)

---

<sup>4</sup> Leden van andere ziekenhuizen en/of rust- en verzorgingstehuizen kunnen deel uitmaken van de Stuurgroep zo het ziekenhuis een transmurale project betreft met deze zorgpartners.



herinneringen gericht aan patiënten ('patient reminders systems'), 11) systemen voor continue kwaliteitsverbetering ('continuous quality improvement'). Deze categorieën werden in deze nota uitgezet t.o.v. de verschillende dimensies van het Chronic Care Model.

### ○ **Projectstructuur**

De projectstructuur is het tweede onderdeel van het projectplan. Structurele samenwerking en coördinatie op verschillende niveaus zijn essentiële voorwaarden voor het welslagen van transmurale zorg. Verantwoordelijkheden worden immers gezamenlijk gedragen of volgens afspraak verdeeld. Duidelijk moet zijn wie waar verantwoordelijk voor is. Verantwoordelijkheid kan betrekking hebben op de organisatie en op de inhoud van de zorg. Zowel ten aanzien van de zorginhoudelijke coördinatie, de concrete zorg aan een patiënt, als van de procesmatige coördinatie van een project, is het noodzakelijk dat één persoon het totale overzicht en de eindverantwoordelijkheid heeft. Dit laatste, de procesmatige coördinatie van een project, kan heel goed geschieden door personen met een gezondheidswetenschappelijke achtergrond.

Voor zorginhoudelijke coördinatie is de hulpverlener verantwoordelijk die het meest is betrokken bij de zorgverlening en het beste overzicht heeft over de totale zorgsituatie. Op zich komt de huisarts voor deze rol in aanmerking. Toch blijken huisartsen relatief weinig bij transmurale projecten te zijn ingeschakeld. De vraag is of huisartsen met hun hoge werkdruk, brede takenpakket en minder op routinehandelingen gerichte werkwijze wel als enige in aanmerking komen. In veel transmurale projecten, vooral in die waar het gaat om de zorg aan chronisch zieken, worden (gespecialiseerde) verpleegkundigen ingeschakeld voor de zorginhoudelijke coördinatie.

### ○ **Indicatoren**

Door het meten van indicatoren kan inzicht verkregen worden in de kwaliteit van de zorg. Een indicator is een meetbaar aspect van de geleverde zorg en is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs of consensus bij experts in het veld. (93) Voorwaarde is dat indicatoren relevant, valide, betrouwbaar, verbeterbaar, meetbaar en discriminerend zijn. De Universiteiten van Maastricht en Nijmegen hebben (omwille van het ontbreken van generieke ketenindicatoren in de literatuur) recent indicatoren ontwikkeld door middel van de 'Rand-modified Delphi Methode'

die van nut kunnen zijn bij het evalueren van transmurale zorgprojecten in de Belgische context. (94) Het betreft generieke structuur en procesindicatoren die de mogelijkheid geven om patiëntgerichtheid, multidisciplinaire zorg en organisatie/coördinatie van de zorg te meten. Deze indicatoren zijn opgenomen in bijlage 2.

### ○ **Communicatieplan**

Bij transmurale zorg is communicatie van groot belang, zowel met de patiënt/cliënt, tussen zorgverleners, in de organisatie en daarbuiten. Belangrijke aspecten van een communicatieplan zijn:

- De analyse van de verschillende - professionele en/of particuliere, rechtstreekse en/of onrechtstreekse - klantendoelgroepen, alsook de segmentatie ervan.
- De boodschap die zal worden gecommuniceerd dient gebaseerd te zijn op de focus die gespecificeerd werd in het communicatieplan. De toon van deze boodschap zal voor iedere doelgroep moeten vastgelegd worden waarbij een consistent gebruik van de boodschap belangrijk is.
- In het communicatieplan zal de boodschap moeten vertaald worden in een 'belofte' naar de respectievelijke doelgroep.
- Vastleggen van de communicatiekanalen (een-op-een, folders, fora, website,...)

### ○ **ICT infrastructuur**

De realisatie van transmurale zorg is mede afhankelijk van de ondersteuning door ICT. Diverse leveranciers kunnen systemen bouwen die zorgprocessen ondersteunen.

Transmurale zorg impliceert een doelgerichte uitwisseling van gegevens tussen verschillende actoren in de gezondheidssector waardoor elke specialisatie volgens zijn expertise en zijn rechten kan bijdragen tot een gecoördineerd zorgplan met als doel de kwaliteit van de zorg aanzienlijk te verhogen. De huidige informatie en communicatietechnologieën (IT) laten toe deze gegevensuitwisseling elektronisch te ondersteunen waardoor de efficiëntie van de samenwerking verhoogt en de belasting van elke individuele actor die deelneemt aan een multidisciplinair zorgplan wordt geminimaliseerd. Bij de opzet van een ICT ondersteuning moet men echter rekening houden met de volgende premissen:

- De *beveiligingsvereisten* voor de uitwisseling van gevoelige persoonsgebonden informatie.
- De toelating van de patiënt om gegevens uit te wisselen naar die actoren waarmee een *therapeutische relatie* bestaat.
- Een uitwisseling naar een actor van een multidisciplinair team van enkel die gegevens die strikt noodzakelijk zijn voor zijn rol in het team volgens het *proportionaliteits- en finaliteitsprincipe*.
- De *semantiek* van de gegevensuitwisseling zodat elke actor van een multidisciplinair zorgteam ondubbelzinnig de juiste interpretatie geeft aan de uitgewisselde gegevens.
- Het uitbouwen van een *veiligheidsbeleid* dat opgevolgd wordt door een *veiligheidscoördinator*.

Met behulp van de ICT bouwstenen van het eHealth-platform (zie bijlage 4) zal het mogelijk zijn om een ICT ondersteuning van transmurale zorg uit te bouwen die voldoet aan de bovenstaande premissen. In parallel dienen er duidelijke afspraken gemaakt te worden op het vlak van de semantiek die gebruikt wordt voor de uitwisseling van de gegevens binnen een zorgplan en dient een ziekenhuis de noodzakelijke veiligheidsprocedures omtrent informatieveiligheid uit te werken met behulp van een daarvoor aangestelde veiligheidscoördinator.

De eHealth-platform bouwstenen laten toe de informatie uit de systemen van een zorgentiteit zoals een ziekenhuis en de software van de individuele zorgactor zoals de huisarts uit te wisselen en te integreren in een softwareoplossing die de transmurale zorg overkoepelend ondersteunt. Bij deze integratie kan eveneens gebruik gemaakt worden van de structuren die momenteel op macroniveau worden uitgebouwd. Hieronder verstaan we enerzijds het (Meta)Hub verwijzingsrepertorium dat aangeeft welk ziekenhuis informatie heeft over een patiënt en anderzijds de extramurale gezondheidskluis (in Vlaanderen) die de basisgegevens en parameters van de 1<sup>ste</sup> en de 2<sup>de</sup> lijn over een patiënt zal bevatten, opnieuw rekeninghoudend met bovenstaande premissen.

## ***Een voorstel van ICT stappenplan***

### **Stap 1**

Het “eHealth enablen” van de interne systemen is een strikte voorwaarde en daarom een eerste stap om een ICT ondersteuning van transmurale zorg op te zetten. Hierbij denken we aan het gebruik van de eHealth-platform basisdiensten zoals “end-to-end” vercijfering, timestamping, “user en access” management, raadplegen van kadasters, enz..

### **Stap 2**

Met behulp van de ehBox (elektronische brievenbus van eHealth-platform) kan dan vervolgens een beveiligde communicatie opgezet worden bijvoorbeeld van een ziekenhuis naar een actor in de 1<sup>ste</sup> of de 2<sup>de</sup> lijn, en visa versa. Dit laat een eerste vorm van samenwerking toe tussen de actoren van een multidisciplinair team. Met behulp van een intelligente samenwerkingstemplate specifiek gericht op een bepaald zorgtraject kunnen gegevens via de ehBox gestructureerd worden geregistreerd, uitgewisseld en teruggekoppeld naar de interne systemen.

### **Stap 3**

Eenmaal dit mogelijk is, kan vorm gegeven worden aan een definitieve centrale structuur die samenwerkingsgegevens geëncrypteerd opslaat in een platform ter ondersteuning van de transmuraal zorg op lokaal mesoniveau. Elk lid van een transmuraal zorgteam, inclusief de patiënt, kan dan volgens zijn “read/write” rechten bijdragen tot deze gegevensopslag en (deel)gegevens consulteren. De centrale gegevens kunnen worden verrijkt via een integratie met de (Meta)Hubs en bijvoorbeeld de regionale extramurale gezondheidskluis<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Initiatief in Vlaanderen

### ***FASE 4: Implementatie van het project.***

Als eenmaal de opportuniteit voor kwaliteitsverbetering is gedefinieerd, de doelen duidelijk zijn, en een projectplan is ontwikkeld, kan worden overgegaan tot de uitvoering of implementatie van het project. Binnen de 'Plan-Do-Check-Act' cyclus wordt uitgebreid aandacht besteed aan de borging van de gemaakte afspraken en uitkomsten. Veel aandacht moet worden besteed aan het op elkaar afstemmen van de registratie- en informatiesystemen en het creëren van mogelijkheden van feedback en het vergelijken van de geleverde zorg.

## **XI. TOEPASSING BIJ HET CONTRACT**

Om de informatie van deze nota m.b.t. transmurale zorg zinvol toe te passen binnen het contract 'Coördinatie van de Kwaliteit en de Patiëntveiligheid' dient het ziekenhuis in het jaar 2011 de volgende stappen te doorlopen<sup>6</sup>:

**Stap 1:** Als eerste stap wordt gevraagd om de checklist in te vullen (bijlage 1: '**Checklist ter Ontwikkeling en Evaluatie van een Transmuraal Zorgproject: een 60-items Vragenlijst**'). Bij voorkeur wordt deze Checklist ingevuld in samenspraak met alle betrokken partners bij het door het ziekenhuis gekozen 'best lopende' transmurale project. Dit kunnen zijn: partners uit de thuiszorg, andere ziekenhuizen of rust- en verzorgingstehuizen. De projectverantwoordelijke staat in voor het praktisch invullen van de vragenlijst. Dit kan zijn: de kwaliteitscoördinator, een arts-specialist, verpleegkundige, sociaal assistent,...

**Stap 2:** Als tweede stap wordt gevraagd om een '**SWOT**' (**Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats**) analyse uit te voeren op het project dat het ziekenhuis heeft

<sup>6</sup> De wijze waarop door de ziekenhuizen de SWOT-analyse dient te worden uitgevoerd in het kader van het contract zal d.m.v. een workshop in de september 2011 verder worden verduidelijkt.

geselecteerd als het 'best lopende transmurale project'. Deze SWOT analyse **moet** worden uitgevoerd met de partners van de eerste lijn, andere ziekenhuizen of rust-en verzorgingstehuizen (of een combinatie van de voorgaanden), afhankelijk van het door het gekozen project. Aan deze SWOT-analyse dient **minimaal één vergadering** te worden besteed. De verschillende items uit de '*Checklist ter Ontwikkeling en Evaluatie van een Transmuraal Zorgproject: een 60-items Vragenlijst*' worden hierbij ingedeeld als ofwel sterkten, zwakten, opportuniteiten of bedreigingen (SWOT-dimensies). Bijkomende uitleg over de inhoud van de SWOT-analyse is opgenomen in bijlage 5. De ziekenhuizen zullen een rapportagetool ontvangen die zowel het scoren van de items van de checklist als het indelen van de items volgens de SWOT analyse zal vergemakkelijken.

**Stap 3 (facultatief):** Als derde stap kan eventueel worden geëvalueerd in welke mate de 4 fasen werden doorlopen zoals deze werden beschreven in de nota (bepalen van de probleemstelling, doelen, projectplan en implementatie). Bij deze oefening zal u vaststellen dat er op bepaalde punten een overlap kan zijn met de items van de checklist.

**Tabel 2: Kwaliteitsverbeterende interventies met positieve effecten op de uitkomsten van (transmurale) zorg.**

Dimensies van het Chronic Care Model	INTERVENTIES volgens de classificatie van Shojania et al. gebaseerd op de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care group. (92)	INTERVENTIES met evidentie dat ze positieve effecten hebben op de uitkomsten van (transmurale) zorg. (91, 95, 96)
<b>HEALTH SYSTEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondersteuning van het leiderschap</li> <li>• Systemen voor continue kwaliteitsverbetering</li> </ul>
<b>COMMUNITY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PROMOTION OF SELF-MANAGEMENT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatieverstrekking/hulpmiddelen voor patiënten en hulpverleners door 'community' organisaties</li> </ul>
<b>SYSTEM REDESIGN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEAM CHANGES</li> <li>• CASE MANAGEMENT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging in de rollen van zorgverleners (bv. substitutie van zorg)</li> <li>• Inzet van multidisciplinaire teams</li> <li>• Coördinatie van zorgen</li> <li>• Het individueel begeleiden en coördineren van zorgen ('case management')</li> </ul>
<b>SELF-MANAGEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PATIENT EDUCATION</li> <li>• PROMOTION OF SELF-MANAGEMENT</li> <li>• PATIENT REMINDER SYSTEMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënteneducatie</li> <li>• Instrumenten voor patiënteneducatie</li> <li>• Psychosociale ondersteuning van patiënten</li> <li>• Evaluatie van het eigen gezondheidsfunctioneren door patiënten</li> <li>• Gedeelde beslissingen (patiënt-zorgverlener) over de behandeling</li> <li>• Het beschikbaar stellen van richtlijnen aan patiënten</li> <li>• Het sturen van 'reminders' aan patiënten</li> </ul>
<b>DECISION SUPPORT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLINICIAN EDUCATION</li> <li>• AUDIT AND FEEDBACK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisatie van navorming</li> <li>• Het aanbieden van op evidentie gebaseerde richtlijnen</li> <li>• Het sturen van 'reminders' aan clinici</li> <li>• Ondersteuning van zorgverstrekkers door medische specialisten</li> <li>• Audit &amp; feedback</li> </ul>
<b>CLINICAL INFORMATION SYSTEMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ELECTRONIC PATIENT REGISTRY</li> <li>• FACILITATED RELAY OF CLINICAL INFORMATION TO CLINICIANS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiëntenregistratiesystemen</li> <li>• Inhoudelijke informatieverstrekking voor de zorgverlening</li> <li>• Terugkoppeling van gegevens i.v.m. prestatie</li> <li>• Wijzigingen in het elektronisch medisch dossier</li> </ul>

# BIJLAGEN



# BIJLAGE 1: Checklist ter Ondersteuning bij de Ontwikkeling en Evaluatie van een Transmuraal Zorgproject: een 60-items vragenlijst

Vragen m.b.t. het project die het ziekenhuis kunnen helpen bij de uitvoering van de SWOT analyse	HELEMAAL NIET AKKOORD	NIET AKKOORD	NEUTRAAL	AKKOORD	HELEMAAL WEL AKKOORD	NIET VAN TOEPASSING
<b>HEALTH SYSTEM</b>						
1. Wordt het project voldoende gesteund door het management van het ziekenhuis? <sup>7</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wordt het project voldoende gesteund door de verantwoordelijke(n) van de huisartsenkring(en)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wordt het project voldoende gesteund door de verantwoordelijke(n) van de betrokken thuiszorgorganisaties?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wordt het project voldoende gesteund door de verantwoordelijke(n) van	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>7</sup> Onder voldoende steun wordt verstaan dat (het management, verantwoordelijken, artsen-specialisten) een regelmatige opvolging plegen van het project, de nodige middelen en mensen ter beschikking stellen, het project positioneren binnen de (ziekenhuis)strategie, en de uitvoerders van het project aanmoedigen en ondersteunen.

andere ziekenhuizen of rust- en verzorgingstehuizen? <sup>8</sup>						
5. Zijn de betrokken specialisten in het ziekenhuis/buiten het ziekenhuis voldoende overtuigd van het nut van het project? <sup>9</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Is er een (multidisciplinaire) Stuurgroep die het project begeleid? <sup>10</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Zijn alle juridische aspecten in het project voldoende bestudeerd (bv. privacy, aansprakelijkheid)? <sup>11</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Is er voldoende financiering voor het project? <sup>12</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Is het project onderdeel van een beweging naar integrale zorg ('ketenzorg') in de regio? <sup>13</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Beschouwt het ziekenhuis transmurale zorg als een belangrijk/prioritair strategisch objectief? <sup>14</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>8</sup> Onder verantwoordelijken wordt verstaan directies in de brede zin van het woord.

<sup>9</sup> De betrokken specialisten moeten het nut expliciet hebben omschreven, het liefst op schrift gesteld.

<sup>10</sup> De Stuurgroep omvat afgevaardigden van alle betrokken zorgpartners bij het transmurale project. De stuurgroep mag zetelen binnen het ziekenhuis, maar ook buiten het ziekenhuis indien dit gewenst zou zijn.

<sup>11</sup> Indien bepaalde juridische aspecten niet in de wetgeving staan omschreven moet het item niet van toepassing worden aangevinkt.

<sup>12</sup> Onder voldoende financiering wordt verstaan alle noodzakelijke interne en vanuit overheidswege verstrekte middelen om het project vlot te laten verlopen. Het betreft middelen voor personeel en de operationele werking van het transmurale project.

<sup>13</sup> Het kan gaan om een lokaal dan wel regionaal of federaal initiatief.

<sup>14</sup> Het feit of transmurale zorg een belangrijk strategisch objectief is moet gedocumenteerd worden binnen het strategisch/beleidsplan van het ziekenhuis.

Vragen m.b.t. het project die het ziekenhuis kunnen helpen bij de uitvoering van de SWOT analyse	HELEMAAL NIET AKKOORD	NIET AKKOORD	NEUTRAAL	AKKOORD	HELEMAAL WEL AKKOORD	NIET VAN TOEPASSING
<b>COMMUNITY</b>						
11. Is er voor het project een goede kennis van de sociale kaart van de regio? <sup>15</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de huisartsen(organisaties)/ Lokale Multidisciplinaire Netwerken? <sup>16</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de thuisverpleegkundigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de diëtisten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de apothekers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de externe specialisten /	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>15</sup> De sociale kaart omvat een beschrijving van alle beschikbare voorzieningen en diensten in een bepaalde regio, en waar mogelijk i.f.v. specifieke pathologieën.

<sup>16</sup> Onder een 'goede samenwerkingsrelatie' wordt verstaan dat de betrokken zorgpartners elkaar kennen, op de hoogte zijn van elkaars taken en verantwoordelijkheden m.b.t. het transmurale project, regelmatig informatie uitwisselen en een actieve participatie vertonen bij de ontwikkeling en uitbouw van het transmurale zorgproject.

kinesisten / bewegingsconsulenten? <sup>17</sup>						
17. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de instellingen uit de welzijnszorg? <sup>18</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de podologen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de psychologen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Is er een goede samenwerkingsrelatie met de logopedisten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Zijn de betrokken partners voldoende gemotiveerd om van het project een succes te maken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vragen m.b.t. het project die het ziekenhuis kunnen helpen bij de uitvoering van de SWOT analyse</b>	<b>HELEMAAL NIET AKKOORD</b>	<b>NIET AKKOORD</b>	<b>NEUTRAAL</b>	<b>AKKOORD</b>	<b>HELEMAAL WEL AKKOORD</b>	<b>NIET VAN TOEPASSING</b>
<b>DELIVERY SYSTEM DESIGN</b>						
22. Is het project gebaseerd op een duidelijk omschreven probleem of opportuniteit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Worden alle relevante partners betrokken bij de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>17</sup> Als de 3 items van toepassing zijn dan worden deze 3 keer apart gescoord.

<sup>18</sup> Onder instellingen uit de welzijnszorg worden deze voor alle mogelijke pathologieën en leeftijdsgroepen verstaan, zonder onderscheid.

identificatie van het probleem/opportuniteit?						
24. Is de doelgroep voor het project duidelijk omschreven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Worden noden/wensen van de doelgroep voldoende als uitgangspunt gebruikt bij de vormgeving van het project?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Werden patiënten actief betrokken bij het ontwikkelen van het project?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Heeft het project duidelijk omschreven doelen (SMART geformuleerd)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Wordt het project gebaseerd op een theoretisch model/kader?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Worden voor de aanvang van het project de kritische succesfactoren in kaart gebracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Is er een projectplan beschikbaar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Heeft het project een persoon die instaat voor de zorginhoudelijke coördinatie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Heeft het project een persoon die instaat voor de praktische coördinatie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Is er een samenwerkingsprotocol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

beschikbaar (wie-doet-wat-wanneer-en hoe)?						
34. Wordt er multidisciplinair patiëntenoverleg georganiseerd (met de betrokken extramurale zorgpartners)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Wordt de ouput van het multidisciplinaire zorgoverleg vastgelegd in een zorgdossier (het zorgdossier kan intramuraal en/of extramuraal worden bijgehouden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Wordt in het project rekening gehouden met multi of co-morbiditeit? <sup>19</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Hebben alle betrokkenen van het multidisciplinaire team voldoende deskundigheid voor de uitvoering van de taken die hun worden toevertrouwd in het kader van het project?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Is er een navormingsprogramma (voor artsen, verpleegkundigen,...) voorzien specifiek in het kader van het transmurale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>19</sup> Rekening houden met multi-of co-morbiditeit verwijst naar een identificatie en/of opsporing van bestaande andere pathologieën bij eenzelfde patiënt (buiten de hoofddiagnose), en waarbij wordt nagegaan wat de invloed is van deze morbiditeit op de behandeling van de patiënt, zijn/haar individuele levenskwaliteit en zelfzorgvermogen.

project?						
39. Wordt het teamklimaat gemeten? <sup>20</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Is er duidelijkheid over het extra werk dat van de betrokken zorgactoren wordt verwacht? <sup>21</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Zijn de kwaliteitsverbeterende interventies duidelijk omschreven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Werd er een (systematische) literatuuranalyse uitgevoerd naar de effectiviteit van de interventies die men wenst te implementeren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Zijn er kwaliteitsindicatoren beschikbaar op het structuur-, proces- en resultaatsniveau?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Is het vastgelegd op welke tijdstippen de indicatoren worden gemeten, en door wie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Werd een (systematische) literatuuranalyse uitgevoerd naar de gebruikte kwaliteitsindicatoren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Wordt het project bijgestuurd i.f.v. de resultaten van de kwaliteitsindicatoren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>20</sup> Onder teamklimaat wordt verstaan de perceptie m.b.t. de inhoud en wijze van samenwerken bij alle partners betrokken in het transmurale zorgproject.

<sup>21</sup> Onder extra werk wordt het werk verstaan dat aan de ontwikkeling en uitvoering van het transmurale project is gelinkt.

47. Is er een procedure voor opname en ontslagmanagement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Is er een communicatieplan beschikbaar? <sup>22</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Wordt er door de project-verantwoordelijke duidelijk gecommuniceerd over het project aan alle betrokkenen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vragen m.b.t. het project die het ziekenhuis kunnen helpen bij de uitvoering van de SWOT analyse</b>	<b>HELEMAAL NIET AKKOORD</b>	<b>NIET AKKOORD</b>	<b>NEUTRAAL</b>	<b>AKKOORD</b>	<b>HELEMAAL WEL AKKOORD</b>	<b>NIET VAN TOEPASSING</b>
<b>DECISION SUPPORT</b>						
50. Zijn er ondersteunende tools voor de betrokken clinici voorzien (feedback, reminders, bijscholing,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Is er een 'evidence-based' behandelprotocol beschikbaar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vragen m.b.t. het project die het ziekenhuis kunnen helpen bij de uitvoering van de SWOT analyse</b>	<b>HELEMAAL NIET AKKOORD</b>	<b>NIET AKKOORD</b>	<b>NEUTRAAL</b>	<b>AKKOORD</b>	<b>HELEMAAL WEL AKKOORD</b>	<b>NIET VAN TOEPASSING</b>
<b>SELF-MANAGEMENT</b>						
52. Is er therapeutische patiënteneducatie voorzien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>22</sup> Het communicatieplan geeft een duidelijke beschrijving van de doelgroepen, de boodschappen en de tijdstippen waarop over belangrijke onderdelen van het project wordt gecommuniceerd.



53. Zijn er ondersteunende tools voor de patiënt en zijn/haar familie voorzien (bv. educatiebrochures, 'reminder' systemen,...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Wordt de veiligheid van de patiënt voldoende gewaarborgd (procedures voor patiëntveiligheid)? <sup>23</sup>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Is er een goede samenwerkingsrelatie met patiëntenorganisaties?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Is er een goede samenwerkingsrelatie met organisaties van mantelzorgers / familieleden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vragen m.b.t. het project die het ziekenhuis kunnen helpen bij de uitvoering van de SWOT analyse</b>	<b>HELEMAAL NIET AKKOORD</b>	<b>NIET AKKOORD</b>	<b>NEUTRAAL</b>	<b>AKKOORD</b>	<b>HELEMAAL WEL AKKOORD</b>	<b>NIET VAN TOEPASSING</b>
<b>CLINICAL INFORMATION SYSTEMS</b>						
57. Is er een ondersteunende ICT infrastructuur voorzien voor het project?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Worden de resultaten van het project kenbaar gemaakt doorheen het ziekenhuis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Worden de resultaten van het project beschikbaar gemaakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>23</sup> Deze procedures moeten gedocumenteerd zijn.

aan externe partners?						
60. Is het transmurale project raadpleegbaar op een website?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## BIJLAGE 2: Generieke ‘ketenindicatoren’

Drie groepen van generieke ketenindicatoren worden hieronder opgesteld. Deze zijn indicatoren m.b.t.: 1) patiëntgerichtheid, 2) multidisciplinariteit en 3) coördinatie van zorg.

### I. PATIENTGERICHTHEID

#### 1. De patiënt ontvangt informatie over relevante aspecten van het zorgproces

##### A. Informatie over het individueel behandelplan en het zorgproces.

<b>Indicator</b>	Het aantal patiënten dat goed geïnformeerd is over het individueel behandelplan en het zorgproces
<b>Teller</b>	Het aantal patiënten dat goed geïnformeerd is over het individueel behandelplan en het zorgproces  (somscore groter of gelijk aan....) <sup>24</sup>
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal patiënten in de steekproef
<b>In-/exclusie</b>	Exclusie: ernstig zieke, afhankelijke patiënten
<b>Type</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid
<b>Motivatie</b>	Chronic Care Model
<b>Instrument</b>	Patiëntenenquête/IHI scoringslijst medici/steekproefsgewijs individuele interviews met patiënten <sup>25</sup>
<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting

##### B. Informatie over het multidisciplinaire team

<b>Indicator</b>	Het aantal patiënten dat goed geïnformeerd is over het multidisciplinaire team
<b>Teller</b>	Het aantal patiënten dat goed geïnformeerd is over het multidisciplinaire team (somscore groter of gelijk aan....)
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal patiënten in de steekproef

<sup>24</sup> Deze somscore moet nog worden bepaald.

<sup>25</sup> De keuze van het meetinstrument moet nog worden bepaald.

<b>In-/exclusie</b>	Exclusie: ernstig zieke, afhankelijke patiënten
<b>Type</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid
<b>Motivatie</b>	Chronic Care Model
<b>Instrument</b>	Patiëntenenquête/IHI scoringslijst medici/steekproefsgewijs individuele interviews met patiënten
<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting

<b>C. Informatie over de toegankelijkheid van gegevens</b>	
<b>Indicator</b>	Het aantal patiënten dat goed geïnformeerd is over de toegankelijkheid en overdracht van gegevens
<b>Teller</b>	Het aantal patiënten dat goed geïnformeerd is over de toegankelijkheid en overdracht van gegevens
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal patiënten in de steekproef
<b>In-/exclusie</b>	Exclusie: ernstig zieke en afhankelijke patiënten
<b>Type</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid
<b>Motivatie</b>	Chronic Care Model
<b>Instrument</b>	Patiëntenenquête/IHI scoringslijst medici/steekproefsgewijs individuele interviews met patiënten
<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting

<b>D. Klachten/complimenten</b>	
<b>Indicator</b>	Het aantal patiënten voor wie duidelijk is wie het aanspreekpunt is in het project transmurale zorg bij klachten, suggesties en complimenten
<b>Teller</b>	Het aantal patiënten voor wie duidelijk is wie het aanspreekpunt is in het project transmurale zorg bij klachten, suggesties en complimenten
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal patiënten in de steekproef
<b>In-/exclusie</b>	Exclusie: ernstig zieke, afhankelijke patiënten
<b>Type</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid
<b>Motivatie</b>	Chronic Care Model
<b>Instrument</b>	Patiëntenenquête/IHI scoringslijst medici/steekproefsgewijs individuele interviews met patiënten

<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting
<b>E. Informatie over zelfmanagement</b>	
<b>Indicator</b>	Het aantal patiënten dat goed geïnformeerd is over zelfmanagement
<b>Teller</b>	Het aantal patiënten dat goed geïnformeerd is over zelfmanagement (somscore groter of gelijk aan....)
<b>Noemer</b>	Het totaal aantal patiënten in de steekproef
<b>In-/exclusie</b>	Inclusie: patiënten die in staat zijn tot zelfmanagement  Exclusie: ernstig zieke, afhankelijke patiënten, patiënten met dementie of geheugenproblemen, patiënten met taalproblemen
<b>Type</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid
<b>Motivatie</b>	Het Chronic Care Model
<b>Instrument</b>	Patiëntenenquête/IHI scoringslijst medici/steekproefsgewijs individuele interviews met patiënten
<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting

<b>2. Beschikbaarheid van medicatiegegevens</b>	
<b>Indicator</b>	Voor iedere patiënt is een actueel overzicht over de huidige medicatie beschikbaar (digitaal of op papier) voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) iedere behandelaar</li> <li>b) de patiënt zelf</li> </ul>
<b>Teller</b>	a) Het aantal patiënten binnen het zorgproces voor wie een actueel overzicht van de huidige medicatie voor iedere behandelaar beschikbaar is  b) Het aantal patiënten binnen het zorgproces dat een actueel overzicht van de huidige medicatie heeft
<b>Noemer</b>	a) Het totale aantal patiënten in de steekproef b) Het totale aantal patiënten in de steekproef
<b>In-/exclusie</b>	Patiënten die een medicamenteuze behandeling voor hun aandoening ondergaan
<b>Type</b>	Procesindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid

<b>Motivatie</b>	Begeleiding en behandeling van patiënten gebeurt multidisciplinair en vaak door behandelaars in verschillende echelons. Voor een optimale medicamenteuze behandeling is een actueel overzicht van medicatie noodzakelijk. Een dergelijk overzicht dient voor iedere behandelaar en patiënt direct en volledig beschikbaar te zijn <sup>26</sup> .
<b>Instrument</b>	Dossieronderzoek, interview patiënten, patiëntenenquête
<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting

<b>3. Patiëntenervaringen</b>	
<b>Indicator</b>	In het project transmurale zorg wordt minimaal een keer per jaar de patiëntenervaringen gemeten
<b>Teller</b>	--
<b>Noemer</b>	--
<b>In-/exclusie</b>	--
<b>Type</b>	Structuurindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Patiëntgerichtheid
<b>Motivatie</b>	Het meten van patiëntenervaringen levert informatie op over de ervaren kwaliteit van de verleende zorg. Resultaten van deze metingen kunnen gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de zorg beter aan te laten sluiten bij de wensen van de patiënt. Vragen naar concrete ervaringen van patiënten in de zorg leveren meer bruikbare informatie op voor kwaliteitswarborging en kwaliteitsverbetering dan meer subjectieve vragen naar tevredenheid
<b>Instrument</b>	Gevalideerde vragenlijst om patiënt ervaringen te meten, interviews met patiënten & de ultimate question: 'Zou u een naaste deze zorgverlener/zorginstelling adviseren'?
<b>Meetmoment</b>	Een keer per jaar.

<sup>26</sup> Conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens', 2008. ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN en ZN.

## II. MULTIDISCIPLINAIRE ZORG

A. Aanwezigheid van een multidisciplinair team	
<b>Indicator</b>	Er is een multidisciplinair team (JA/NEE)
<b>Teller</b>	--
<b>Noemer</b>	--
<b>In-/exclusie</b>	--
<b>Type</b>	Structuurindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Multidisciplinaire zorg
<b>Motivatie</b>	Onderzoek heeft aangetoond dat een goed georganiseerd en gestructureerd multidisciplinair team leidt tot betere continuïteit en coördinatie van de zorg, een betere communicatie tussen verschillende disciplines en een betere patiënttevredenheid en patiëntveiligheid <sup>27</sup> .
<b>Instrument</b>	Verslag van het multidisciplinaire patiëntenoverleg
<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting

B. Voorwaarden voor het multidisciplinaire team	
<b>Indicator</b>	Het multidisciplinaire team voldoet aan de voorwaarden die gesteld worden aan een multidisciplinair team (JA/NEE)

<sup>27</sup> Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53(2): 143-51.

	<p>Of voldaan wordt aan de voorwaarden die gesteld worden aan een multidisciplinair team wordt bepaald door de somscore op onderstaande items (ja= 1 punt; nee= 0 punten)<sup>28</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle bij het primaire zorgproces betrokken disciplines zijn vertegenwoordigd in het multidisciplinaire team (JA/NEE)</li> <li>2. Het multidisciplinaire team bestaat uit een kernteam en een team dat op consultatieve basis ingeschakeld kan worden (JA/NEE)</li> <li>3. De taken en verantwoordelijkheden zijn voor ieder teamlid beschreven (JA/NEE)</li> <li>4. De taken en verantwoordelijkheden zijn voor ieder teamlid bekend (JA/NEE)</li> <li>5. De taken worden door de teamleden uitgevoerd zoals beschreven (JA/NEE)</li> <li>6. Voor ieder teamlid is duidelijk wie de leden van het team zijn en wie bij welk type overleg aanwezig dient te zijn (JA/NEE)</li> <li>7. Voor het team is het duidelijk wie de leider van het team is (JA/NEE)</li> <li>8. Binnen het team wordt gehandeld volgens richtlijnen, standaarden en protocollen (JA/NEE)</li> <li>9. In het multidisciplinair team is een (niet) klinische coördinator aangesteld voor de organisatie van het overleg (i.e. het verzamelen van casuïstiek, die zorgverleners willen inbrengen, het opstellen en verzenden van een agenda, verslaglegging en documentatie van de aanbevelingen die uit het overleg naar voren komen) (JA/NEE)</li> <li>10. Het overleg heeft minimaal 1/3 maanden plaats (JA/NEE)</li> <li>11. Alle nieuwe patiënten worden in het overleg besproken (JA/NEE)</li> <li>12. Alle follow-up patiënten waarbij veranderingen in de algehele conditie en/of progressie van de aandoening plaatsvinden, worden in het multidisciplinaire overleg besproken (JA/NEE)</li> <li>13. Tijdens het multidisciplinaire overleg worden voor iedere patiënt de diagnose, behandeldoelen en follow-up besproken (JA/NEE)</li> <li>14. Iedere zorgverlener kan casuïstiek aanleveren voor het overleg (JA/NEE)</li> <li>15. De output van het overleg wordt vastgelegd in alle zorgdossiers en is zodoende voor alle zorgverleners toegankelijk (JA/NEE)</li> <li>16. De huisarts wordt geïnformeerd en participeert zo gewenst (JA/NEE)</li> <li>17. Het multidisciplinaire team heeft met een vooraf vastgestelde frequentie managementoverleg<sup>29</sup> (JA/NEE)</li> <li>18. Het teamklimaat wordt gemeten met behulp van een gevalideerde vragenlijst (JA/NEE)</li> </ol>
<b>In-/exclusie</b>	--
<b>Type</b>	Structuur indicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Multidisciplinaire zorg

<sup>28</sup> De somscore dient nog te worden bepaald.

<sup>29</sup> Managementoverleg is een overleg waarin tenminste de volgende aspecten periodiek worden besproken: 1) de organisatie van het zorgproces, 2) de overdracht van informatie binnen het transmurale project, 3) de communicatie in het transmurale project, 4) de kritische processtappen binnen het transmurale project, 5) de instroom-, doorloop- en uitstroomtijden van patiënten binnen het transmurale project, 6) klachten, complicaties en incidenten, 7) evaluatie van proces- en uitkomstindicatoren, 8) benchmark uitkomstindicatoren (met anderen en met verleden).



<b>Motivatie</b>	<p>Een multidisciplinair team is een team van zorgverleners van verschillende disciplines dat regelmatig bijeenkomt om bepaalde patiënten casuïstiek te bespreken. In het multidisciplinaire team is optimale, specialistische kennis op het gebied van diagnosestelling en behandelmodaliteiten aanwezig. Alle leden van het team dragen onafhankelijk bij aan de besluitvorming en de behandeling van patiënten.</p> <p>Onderzoek heeft aangetoond dat een goed georganiseerd en gestructureerd multidisciplinair team leidt tot betere continuïteit en coördinatie van de zorg, een betere communicatie tussen verschillende disciplines en een betere patiënttevredenheid en patiëntveiligheid.</p>
<b>Instrument</b>	Verslag van het multidisciplinaire patiëntenoverleg
<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting

### III. ORGANISATIE EN COORDINATIE VAN ZORG

<b>A. Randvoorwaarden voor procesbeheersing in het transmurale project</b>	
<b>Indicator</b>	Is voldaan aan de randvoorwaarden voor procesbeheersing in het transmurale project?
	<p>Of voldaan wordt aan de randvoorwaarden voor procesbeheersing in het transmurale project wordt bepaald door de somscore van de onderstaande items (Ja= 1 punt; nee= 0 punten).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het multidisciplinaire zorgplan is omschreven in een procesbeschrijving (JA/NEE)</li> <li>2. Kritische processtappen zijn gedefinieerd (JA/NEE)</li> <li>3. Het zorgplan is gebaseerd op een evidence-of consensus-based richtlijn (JA/NEE)<sup>30</sup></li> <li>4. Er is vastgelegd 'wie', 'wat', 'wanneer', en 'hoe' uitvoert in het transmurale project (JA/NEE)</li> <li>5. Het transmurale project is direct en integraal te raadplegen (JA/NEE)</li> <li>6. Er is een stuurgroep benoemd die het project aanstuurt (JA/NEE)</li> <li>7. De partners in het project zijn aangeduid (JA/NEE)</li> <li>8. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de partners zijn benoemd (JA/NEE)</li> </ol>

<sup>30</sup> Bij voorkeur wordt een op evidentie gebaseerde richtlijn gebruikt.

	<p>9. Er is een ‘keteneigenaar’ aangeduid die verantwoordelijk is voor (kwaliteits)beleid en de activiteiten van de keten (JA/NEE)</p> <p>10. Er is een zorgverlener aangewezen die fungeert als vast aanspreekpunt voor de patiënt (JA/NEE)<sup>31</sup></p> <p>11. Er is een multidisciplinair team benoemd (JA/NEE)</p> <p>12. Er is voorzien in zelfmanagement support en patiënteneducatie (JA/NEE)</p> <p>13. Er zijn werkafspraken gemaakt tussen de betrokken instellingen en hulpverleners van de 1e, 2e en derde lijn (JA/NEE)</p> <p>14. Er zijn afspraken gemaakt m.b.t de overdracht van gegevens tussen de betrokken partners (JA/NEE)</p> <p>15. De afspraken over de overdracht van de gegevens worden periodiek getoetst (JA/NEE)</p> <p>16. Het zorgproces wordt structureel geëvalueerd (proces- en uitkomstindicatoren), verbeteracties worden geformuleerd, uitgevoerd en geëvalueerd (JA/NEE)</p>
<b>In-/exclusie</b>	---
<b>Type</b>	Structuurindicator
<b>Kwaliteitsdomein</b>	Organisatie en coördinatie van de zorg
<b>Motivatie</b>	Het verbeteren van kwaliteit van zorg is een continu en cyclisch proces. Het is van belang dat voorzien wordt in de beheersing van de randvoorwaarden voor procesbeheersing.
<b>Instrument</b>	Vragenlijst/observatie door onderzoeker
<b>Meetmoment</b>	Te bepalen per zorgsetting

<sup>31</sup> De taken van de zorgverlener die fungeert als vast aanspreekpunt voor de patiënt (en zijn/haar familie):

- Aanspreekpunt voor de patiënt
- Lid van het multidisciplinaire kernteam
- Aanspreekpunt voor de leden van het multidisciplinaire team
- Patiënten efficiënt en effectief door het zorgproces loodsen
- Het signaleren van afwijkingen in de verwachte procesgang
- Het bijsturen van afwijkingen in de verwachte procesgang
- Regelmatig met de patiënt bespreken waar in het zorgproces hij/zij zich bevindt
- Het bewaken van het protocol
- Het aanwezig zijn bij slechtnieuws gesprekken
- Het vastleggen van consultgegevens in het multidisciplinaire zorgdossier
- Het vastleggen van proces- en uitkomstmaten

## BIJLAGE 3: Belangrijke structuren in de 1e lijn

### - ***Samenwerkingsinitiatief in de Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)***

SEL staat voor samenwerkingsinitiatief in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het SEL vormt een overlegplatform voor de verschillende partners in de eerstelijnsgezondheidszorg. De regelgeving met betrekking tot de SEL's valt onder Vlaamse bevoegdheid. (97) De SEL's worden erkend volgens het regionaal stedelijk gebied zoals omschreven in het zorgregio-decreet. Een SEL heeft verschillende opdrachten waaronder het opmaken en bekendmaken van een sociale kaart, advies verlenen aan de Vlaamse Overheid en het Lokaal Sociaal Beleid, organisatie van multidisciplinaire vorming en een aantal taken rond (e-)zorgplan en de organisatie van multidisciplinair overleg. Daarnaast heeft een SEL ook opdrachten waarbij de focus specifiek op transmurale samenwerking ligt, nl.:

- Het opmaken en afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten met minstens de ziekenhuizen, woon- en zorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf.
- Het bieden van ondersteuning bij het invoeren van zorgtrajecten.

### - ***Geïntegreerde Dienst voor Thuiszorg (GDT)***

GDT staat voor geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. De regelgeving inzake GDT valt onder de federale regelgeving. (98) De regio van een GDT komt overeen met de regio van een SEL.

Naast het Vlaamse SEL-decreet is er federale regelgeving die omschrijft dat een GDT waakt over de opvolging van informatie en ondersteuning die de patiënt doorheen het zorgproces krijgt. Daarnaast heeft de GDT de opdracht om de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen zorg- en hulpverleners te bevorderen en te optimaliseren. Bovendien kijkt de GDT toe op de praktische organisatie van een overleg waarbij de zorg rond de zwaar zorgbehoevende patiënt in de thuissituatie wordt georganiseerd en zorgt voor de financiële tegemoetkoming die de zorgverleners krijgen voor deelname aan dit overleg. Dit gaat over patiënten die fysiek zwaar zorgbehoevend zijn, maar zeer binnenkort ook over psychiatrische patiënten met een langdurige en complexe problematiek.

### - **Plaatselijk Overlegplatform (POP)**

Om vorm te geven aan de opdrachten van de SEL's/ GDT's kan beroep worden gedaan op Plaatselijke Overlegplatforms (POP's). De POP's zijn een voortzetting van de vroegere deel-SIT's. De grootte van deze POP's varieert van een inwonersaantal van 25.000 tot 110.000. De plaatselijke vertegenwoordigers van de partners van het SEL/ de GDT maken steeds deel uit van de POP's samen met de overlegcoördinatoren thuisgezondheidszorg van de regio. Ze ontmoeten er elkaar, wisselen er informatie uit, organiseren overleg en minstens één keer per jaar een vorming voor de verschillende disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg.

### - **Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN)**

De Lokale Multidisciplinair Netwerken (LMN) werden opgericht in het kader van de zorgtrajecten diabetes en chronische nierinsufficiëntie (2009-2013). De LMN zijn een initiatief van de huisartsenkringen met de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging. Voor de uitbouw en de werking van elk LMN werd een zorgtrajectpromotor aangesteld. Binnen het werkingsgebied van het Lokale Multidisciplinaire Netwerk moet zich minstens één ziekenhuis bevinden met een voldoende aanbod aan zorgtraject-specifieke specialistische zorg. De lokale huisartsenkring(-en) neemt/nemen het initiatief om een actieplan voor 4 jaar op te maken en nodigt/nodigen de lokale geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) uit daaraan mee te werken. Het LMN heeft de volgende actiepunten:

- het verzamelen, updaten en verspreiden van informatie met betrekking tot de zorgverlening voor patiënten met een zorgtrajectcontract en met betrekking tot de zorgverleners en organisaties die lokaal meewerken aan de zorgtrajecten (o.m. het in kaart brengen van alle partners).
- het ondersteunen en faciliteren van lokale initiatieven inzake informatieverstrekking aan zorgverleners en aan patiënten met een zorgtrajectcontract (o.m. uitwisseling 'good practices' en ervaringen tussen zorgverleners; informatie over lokale aangeboden dienstverlening).
- het ondersteunen en faciliteren van de communicatie, het partnership en het lokaal overleg tussen de zorgverleners die meewerken aan de zorgtrajecten (o.m. ophijsting en aanpak probleemsituaties met het oog op optimale zorgkwaliteit).
- het verzamelen van informatie over de werking van het netwerk op basis van parameters en

volgens een methodiek die toelaat de werking van het netwerk te evalueren.

## BIJLAGE 4: Het eHealth-Platform en zijn basisdiensten

Het eHealth-Platform is een openbare instelling opgericht in 2008 met als doelstelling het bevorderen en ondersteunen van een beveiligde elektronische gegevensuitwisseling tussen alle actoren binnen de Belgische gezondheidssector:

- door een goed georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen alle actoren in de gezondheidszorg.
- met de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim.

Het eHealth-Platform stelt de volgende bouwstenen ter beschikking om de informatie-uitwisseling tussen de actoren in de gezondheidszorg mogelijk te maken:

- **Gebruikers- en toegangsbeheer**  
Beveiliging van (web) toepassingen aangeboden aan zorgverstrekkers en patiënten.
- **Timestamping (elektronische datering)**  
Elektronische voorschriften voor geneesmiddelen binnen een ziekenhuis.
- **Elektronische brievenbus**  
Gratis beveiligde uitwisseling van gegevens met andere instellingen of zorgverstrekkers.
- **End-to-end vercijfering**  
Veilig uitwisselen van gegevens tussen actoren in de gezondheidssector.
- **Audit & logging**  
Opvolgen van alle activiteiten: wie, wat, wanneer, door welk toepassing.
- **Codering en anonimisering**

Verzamelen van persoonlijke en/of medische gegevens voor onderzoeksdoelstellingen.

- **Beheer deelprocessen (BPM)**

Hergebruik van bestaande processen/diensten van de overheid; integratie eHealth SOA platform.

- **Toegang tot authentieke bronnen**

- Zorgverleners
- Kadaster gezondheidsberoepen
- Zorginstellingen
- Rijksregister

## BIJLAGE 5: De SWOT-analyse

### ▪ De SWOT-analyse

Een SWOT-analyse verschaft inzicht over de status van je project. Door eens goed na te denken over je sterke en zwakke punten en kansen en bedreigingen, krijg je een goed beeld van je project en zie je waar de verbeterpunten liggen.

De SWOT-analyse valt uiteen in twee delen, de interne analyse en de externe analyse. Deze twee analyses worden samen ook wel situatieanalyse genoemd. De interne analyse geeft de sterktes en zwaktes (Strengths en Weaknesses) van het project weer. Hier heeft men dus een invloed op. De externe analyse geeft de kansen en bedreigingen (Opportunities en Threats) weer. Deze factoren komen van buiten het project, en het project heeft er dan ook geen, of slechts deels, invloed op.

Nu je alle interne sterktes en zwaktes en alle externe kansen en bedreigingen hebt geïnterpreteerd, reduceer je ze tot de belangrijkste vijf per segment.

### ▪ Stappenplan

1. Benoem sterkten en zwaktes.
2. Benoem kansen en bedreigingen.
3. Selecteer de belangrijkste SWOT-elementen.
4. Stel de definitieve SWOT-analyse op.

### ▪ Vuistregels

Neem alleen bijzonderheden op die bepalend zijn voor de toekomstmogelijkheden. Een goede vuistregel is om maximaal vijf elementen op te nemen in elke categorie. Kies de elementen die in de ogen van de patiënten het belangrijkste of het meest onderscheidend zijn. Formuleer de

elementen zo concreet mogelijk. Het is gebruikelijk de SWOT weer te geven als een matrix met vier vakken.



## REFERENTIELIJST

1. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*. 2001;1:e21.
2. Volksgezondheid WI. Nationale Gezondheidsenquête 2008.
3. Janssen F, Kunst AE. Cohort patterns in mortality trends among the elderly in seven European countries, 1950-99. *International journal of epidemiology*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2005 Oct;34(5):1149-59.
4. Pelfrene E. Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990 - 2050: Verkenningen op basis van de NIS-bevolkingsvooruitzichten. 2005.
5. Beach C, Croskerry P, Shapiro M. Profiles in patient safety: emergency care transitions. *Acad Emerg Med*. [Case Reports Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2003 Apr;10(4):364-7.
6. Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker M, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res*. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010;10:111.
7. Van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuis MA, Heymans HS, Offringa M. Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review. *Jama*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2007 Jun 27;297(24):2741-51.
8. European Commission Available: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/workforce\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm)
9. Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Review]. 2000(2):CD000072.
10. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. Patient and provider perceptions of care for diabetes: results of the cross-national DAWN Study. *Diabetologia*. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Feb;49(2):279-88.
11. Fox NJ, Ward KJ, O'Rourke AJ. The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Soc Sci Med*. 2005 Mar;60(6):1299-309.
12. Delgado A, Andres Lopez-Fernandez L, de Dios Luna J, Gil N, Jimenez M, Puga A. Patient expectations are not always the same. *J Epidemiol Community Health*. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. 2008 May;62(5):427-34.

13. Wensing M. Evidence-based patient empowerment. *Qual Health Care*. [Comment Editorial]. 2000 Dec;9(4):200-1.
14. Craig C, Eby D, Whittington J. *Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs*. IHI Innovation Series. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. 2011.
15. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004 Aug;13(4):299-305.
16. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008 May-Jun;27(3):759-69.
17. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Sep 25;166(17):1822-8.
18. Golden AG, Tewary S, Dang S, Roos BA. Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *Gerontologist*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010 Aug;50(4):451-8.
19. Helleso R, Lorensen M. Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development. *Int J Nurs Stud*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2005 Sep;42(7):807-22.
20. Yamada J. The birth of integration: explorative studies on the development and implementation of transmural care in the Netherlands, 1994 - 2000. *Int J Integr Care*. 2001(1).
21. National Council for Health Care (NRV) and the Council of Hospital Facilities (CvZ), 1995.
22. Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy*. [Comparative Study]. 2001 Feb;55(2):111-20.
23. Vrijhoef H, Steuten L. Innovatieve zorgconcepten op een rij: disease management. *Tijdschrift voor geneeskunde*. 2005;83:305-8.
24. Shephard S et al. Discharge planning from the hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010.
25. Hinnekint B. *Bekend maakt bemind. Een brug slaan tussen thuiszorg en de institutionele zorg*. Denkbeeld. 2011.

26. Rosendal H. Ketenzorg voor chronische ziekten: mode of must? . Lectorale rede. [Lectorale rede]. 2006.
27. Hains IM, Marks A, Georgiou A, Westbrook JI. Non-emergency patient transport: what are the quality and safety issues? A systematic review. *Int J Qual Health Care*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2011 Feb;23(1):68-75.
28. Sermeus W, Vleugels A, Vanhaecht K, et al. Onderzoek naar de toekomst van de transmurale zorgpaden. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. 2009.
29. Pritchard P, Hughes J. Shared care: the future imperative? Royal Society of Medicine Press 1995.
30. Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Implications of managed care for health systems, clinicians, and patients. *Bmj*. 1997 Jun 28;314(7098):1895-8.
31. Bodenheimer T. Disease management in the American market. *Bmj*. [Review]. 2000 Feb 26;320(7234):563-6.
32. Freeman H. Patient navigation: a community-based strategy to reduce cancer disparities. *Journal of Urban Health*. 2006;83(2):139-41.
33. Shepperd S et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008.
34. Spreeuwenberg C, Pop P. Handbook transmural care. Elsevier Healthcare Maarssen, The Netherlands. 2000:17-35.
35. Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerstelijns in transmurale perspectief. Zoetermeer, 1998.
36. Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Wistow G. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*. 2003 Sep;65(3):227-41.
37. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. [Meta-Analysis]. 2005 Apr;17(2):141-6.
38. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288:1775-9.

39. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA*. 2002;288:1909-14.
40. INK. Ketenmanagement. Lectorale rede van Rosendal H. 2005.
41. NIVEL. Vormen van transmurale zorg. 2006.
42. Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Academy for Health Services Research and Health Policy. 2000.
43. Borgermans L, Goderis G, Van Den Broeke C, Verbeke G, Carbonez A, Ivanova A, et al. Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project. *BMC Health Serv Res*. [Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009;9:179.
44. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. *Aust Fam Physician*. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Feb;31(2):197-200.
45. Rosendal H ea. Is transmurale care beneficial for patients with diabetes mellitus type II, treated with insulin? . *Annu Meet Int Soc Technol Assess Health Care* 1998;14.
46. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, et al. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Fam Pract*. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial]. 2004 Feb;21(1):39-45.
47. Jenkins K, Kirk M. Heart failure and chronic kidney disease: an integrated care approach. *J Ren Care*. [Review]. 2010 May;36 Suppl 1:127-35.
48. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C. Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review. *Patient Educ Couns*. [Review]. 2000 Oct-Nov;41(3):243-50.
49. Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern Med J*. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2004 Nov;34(11):608-14.
50. Drummond N AM, Buckingham JK et. al. Integrated care for asthma: a clinical, social, and economic evaluation. Grampian Asthma Study of Integrated Care (GRASSIC). *Bmj*. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1994 Feb 26;308(6928):559-64.

51. Doughty RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA, et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur Heart J*. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Jan;23(2):139-46.
52. Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardley A, Farrell C, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009 Dec 20;27(36):6191-8.
53. Smeenk FW, de Witte LP, Nooyen IW, Crebolder HF. Effects of transmural care on coordination and continuity of care. *Patient Educ Couns*. [Clinical Trial Controlled Clinical Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2000 Aug;41(1):73-81.
54. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *Bmj*. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1998 May 2;316(7141):1348-51.
55. Bloemen-Vrencken JH, de Witte LP, Engels JP, van den Heuvel WJ, Post MW. Transmural care in the rehabilitation sector: implementation experiences with a transmural care model for people with spinal cord injury. *Int J Integr Care*. 2005;5:e02.
56. Pollard LC, Graves H, Scott DL, Kingsley GH, Lempp H. Perceived barriers to integrated care in rheumatoid arthritis: views of recipients and providers of care in an inner-city setting. *BMC Musculoskelet Disord*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011;12:19.
57. Jansen DE, Krol B, Groothoff JW, Post D. Evaluation of a transmural care model for multiple sclerosis patients. *J Neurosci Nurs*. [Controlled Clinical Trial Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Oct;38(5):384-9.
58. Van Exel J, Koopmanschap MA, Van Wijngaarden JD, Scholte Op Reimer WJ. Costs of stroke and stroke services: Determinants of patient costs and a comparison of costs of regular care and care organised in stroke services. *Cost Eff Resour Alloc*. 2003 Feb 26;1(1):2.
59. Neelemaat F, Thijs A, Seidell JC, Bosmans JE, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Study protocol: cost-effectiveness of transmural nutritional support in malnourished elderly patients in comparison with usual care. *Nutr J*. [Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010;9:6.

60. Van Gils RF, Van der Valk PG, Bruynzeel D, Coenraads PJ, Boot CR, Van Mechelen W, et al. Integrated, multidisciplinary care for hand eczema: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Public Health*. [Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009;9:438.
61. Smeenk FW, de Witte LP, van Haastregt JC, Schipper RM, Biezemans HP, Crebolder HF. Transmural care of terminal cancer patients: effects on the quality of life of direct caregivers. *Nurs Res*. [Clinical Trial Controlled Clinical Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1998 May-Jun;47(3):129-36.
62. Swindle RW, Rao JK, Helmy A, Plue L, Zhou XH, Eckert GJ, et al. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med*. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. 2003;33(1):17-37.
63. Katon W, Rutter C, Ludman EJ, Von Korff M, Lin E, Simon G, et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2001 Mar;58(3):241-7.
64. Jewkes F. Prehospital management of the acutely ill child. *Arch Dis Child*. 2006 Jun;91(6):462-4.
65. Vargas RB, Cunningham WE. Evolving trends in medical care-coordination for patients with HIV and AIDS. *Curr HIV/AIDS Rep*. [Review]. 2006 Nov;3(4):149-53.
66. Byng R, Jones R, Leese M, Hamilton B, McCrone P, Craig T. Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness. *Br J Gen Pract*. [Clinical Trial Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2004 Apr;54(501):259-66.
67. Van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nurs Health Sci*. [Review]. 2006 Sep;8(3):185-95.
68. Wood K, Anderson J. The effect on hospital admissions of psychiatric case management involving general practitioners: preliminary results. *Aust N Z J Psychiatry*. [Clinical Trial Comparative Study Controlled Clinical Trial]. 1995 Jun;29(2):223-9.
69. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2011 Jul;20(7):564-9.

70. Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*. 2006 Feb 18;367(9510):550-1.
71. Legare F, Ratte S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. [Meta-Analysis Review]. 2010(5):CD006732.
72. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. [Review]. 2008(1):CD002213.
73. Bodenheimer T. Coordinating care--a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008 Mar 6;358(10):1064-71.
74. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Does sharing care across the primary-specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care*. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2008 Apr;14(4):213-24.
75. Rosendal H, Van Beekum WT, Van der Linden, Schrijvers AJP. De effectiviteit van transmurale zorg; een literatuurstudie naar de stand van zaken in Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2000;78:426-39.
76. Berendsen A, Schuling J, Meyboom-De Jong B. Hospital care at home; a review of the literature on the effects of a form of transmural care. . *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*. 2002;146(48):2303-8.
77. Struijs J, Westert G, Baan C. Effectevaluatie van transmurale diabeteszorg in Nederland. RIVM rapport 260402001. 2004.
78. Powell Davies PG, Harris MF, Comino E, Bolton P, Fridgant Y, Betbeder-Matibet L, Mira M, MacDonald J. Integration of general practitioners with hospitals and community health services: summary report. . Sydney, Centre for General Practice Integration Studies, School of Community Medicine, UNSW 1997.
79. Rosendal H, Vondeling H, De Witte LP, Hutubessy RCW, Heine RJ. Het instellen op insuline van patiënten met diabetes mellitus type 2: in een transmurale organisatievorm minstens even effectief als poliklinisch; een retrospectief onderzoek met 4 jaar follow-up. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002;4(146):166-71.
80. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. [Editorial]. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4.

81. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv.* [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2001 Feb;27(2):63-80.
82. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood).* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.
83. Wagner EH. The Chronic Care Model. 2003. Available <http://www.improvingchroniccare.org>.
84. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q.* [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2007;85(1):93-138.
85. Provan KG, Nakama L, Veazie MA, Teufel-Shone NI, Huddleston C. Building community capacity around chronic disease services through a collaborative interorganizational network. *Health Educ Behav.* [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2003 Dec;30(6):646-62.
86. Phelps R, Adams R, Bessant J. Life cycles of growing organizations: A review with implications for knowledge and learning. *Int J Manage Rev.* 2007;9:1-30.
87. Van Wijngaarden JD, De Bont AA, Huijsman R. Learning to cross boundaries: the integration of a health network to deliver seamless care. *Health Policy.* 2006 Dec;79(2-3):203-13.
88. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, R. G. Integrated care programs for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005;17:141-6.
89. Het CBO is sinds november 2010 een dochteronderneming van TNO Management Consultants.
90. Minkman MM, Ahaus KT, Huijsman R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:42.
91. Minkman M, Ahaus K, Huijsman R. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua.* [Review]. 2007 Apr;19(2):90-104.
92. Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 1: Series Overview and Methodology).* Rockville (MD)2004.



93. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & safety in health care*. 2002 Dec;11(4):358-64.
94. Universitair Medisch Centrum Maastricht UMCN. Vragenlijst Generieke Ketenindicatoren. Rand-Modified Delphi procedure. Zon MW project. 2009.
95. Tsai A, Morton, S., Mangione, C., Keeler, E. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*. 2005;11:478-88.
96. Zwar N, Harris M, Griffiths R, Roland M, Dennis S, Powell D, Hassan I. A systematic review of chronic disease management. The University of New South Wales. Australian Primary Health Care Research Institute: Sydney, 2006. 2006.
97. Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg
98. Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.