

**GEÏNTEGREERDE EN LANGDURIGE ZORG
VOOR VOLWASSENEN EN OUDEREN -
UITWERKEN EN AANREIKEN VAN BOUWSTENEN DIE DE PRAKTIJK VAN
GEÏNTEGREERDE EN LANGDURIGE ZORG, IN DE CONTEXT VAN EEN
GEPLANDE OPROEP, CONCREET INVULLEN**

Marlies Claesen¹

Kim Daniels^{1,3}

Dr. Melissa Desmedt¹

Prof. dr. Jochen Bergs^{1,3}

Prof. dr. Ward Schrooten¹

Prof. dr. Nico De Witte²

Prof. dr. Dominique Verté²

Prof. dr. Johan Hellings¹

¹ Universiteit Hasselt

² Vrije Universiteit Brussel

³ Hogeschool PXL

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

**STEUNPUNT
 WELZIJN
 VOLKSGEZONDHEID &
 GEZIN**

Publicatie nr. 2022/12
 SWVG-Rapport 30

Titel rapport: Geïntegreerde en langdurige zorg voor volwassenen en ouderen – uitwerken en aanreiken van bouwstenen die de praktijk van geïntegreerde en langdurige zorg, in de context van een geplande oproep, concreet invullen

Promotor: Johan Hellings¹

Copromotor: Ward Schrooten¹, Nico de Witte², Dominique Verté²

Onderzoekers: Marlies Claesen¹, Kim Daniels^{1,3}, Melissa Desmedt¹, Jochen Bergs^{1,3}

¹ Universiteit Hasselt

² Vrije Universiteit Brussel

³ Hogeschool PXL

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 30

Mei 2022

Geïntegreerde en langdurige zorg voor volwassenen en ouderen – uitwerken en aanreiken van bouwstenen die de praktijk van geïntegreerde en langdurige zorg, in de context van een geplande oproep, concreet invullen

Promotor: Prof. dr. Johan Hellings¹

Copromotoren: Prof. dr. Ward Schrooten¹, prof. dr. Nico de Witte², prof. dr. Dominique Verté²

Onderzoekers: Marlies Claesen¹, Kim Daniels^{1,3}, dr. Melissa Desmedt¹, prof. dr. Jochen Bergs^{1,3}

¹ Universiteit Hasselt

² Vrije Universiteit Brussel

³ Hogeschool PXL

Samenvatting

Binnen de Vlaamse regelgeving wordt een veelheid aan langdurige zorgvormen erkend. Zo zijn er het woonzorgdecreet, de VAPH- regelgeving, het overnamedecreet en het GGZ-decreet. De regelgeving voor personen met een handicap is het verst gevorderd op het vlak van persoonsvolgende financiering. De andere decreten vertrekken vanuit het erkennen van aanbodstructuren. Dit onderscheid in paradigma's en de specifieke benaderingen en regels in de verschillende sectoren, maakt het moeilijk om op het terrein samen te werken en geïntegreerde zorg te bieden aan personen met een langdurige zorgbehoefte. De Vlaamse Regering wenst in 2022 een projectoproep te lanceren met als thema "geïntegreerde zorg voor volwassenen en ouderen met langdurige zorg- en ondersteuningsnoden".

Dit rapport heeft tot doel bouwstenen aan te leveren voor de projectoproep en de opvolging ervan te kunnen voorbereiden. Meer concreet onderzoeken we de elementen voor een helder experimenteel kader voor gebruikers en erkende initiatiefnemers, met bijzondere aandacht voor het overstijgen van sectorspecifieke regelgevingen zonder in te boeten op a) kwaliteit en b) rechtszekerheid voor zowel zorgaanbieder als zorggebruiker. Er wordt gezocht naar een omschrijving en afbakening van de beoogde doelgroep (volwassenen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood), en de definiëring van het binnen de proeftuinen bedoelde 'geïntegreerde zorgaanbod'. Als laatste onderzoeken we a) welke parameters en indicatoren die kunnen gedefinieerd worden om de resultaten van de samenwerking van initiatiefnemers uit verschillende sectoren en de effecten van het aanbieden van een 'geïntegreerd zorgaanbod' te kunnen beoordelen, en b) welke gegevens moeten geregistreerd en aangeleverd worden om deze parameters en indicatoren te kunnen opvolgen.

We stellen voor dat binnen deze projectoproep geïntegreerde zorg vertaald wordt in het realiseren, of verder uitbouwen, van volgende functies:

- Een toegangspunt (fysiek, digitaal, combinatie, ...) voor personen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood dat instaat voor een holistische, systematische en onderbouwde inschatting van de levens-, zorg- en ondersteuningsnood. Voor de realisatie van het toegangspunt kan er binnen deze oproep gestart worden vanuit bestaande initiatieven. Voor de inschatting van de levens-, zorg- en ondersteuningsnood maakt men minimum gebruik van de BelRAI Screener (eventueel aangevuld met het Sociaal Supplement en waar nodig en/of verplicht het BelRAI Home Care of Long-Term Care Facilities instrument), aangevuld met andere tools die passen binnen de doelstellingen van de proeftuin (bv. tool voor inschatting van levensdoelen, ...).
- Formuleren van waarde gedreven doelstellingen, en deze vertalen naar een persoonsgericht en geïntegreerd “zorg- en ondersteuningsplan”.
- Administratieve ondersteuning van de eindgebruiker in de coördinatie van het geïntegreerd zorg- en ondersteuningsplan.
- Linken van zorgvraag met lokaal en regionaal zorgaanbod.
- Periodieke evaluatie van de zorgnood en -doelstellingen met de personen met zorg- en ondersteuningsnood, met indien nodig een aanpassing van het “zorg- en ondersteuningsplan”.

Het consortium bestaat **minimaal** uit **drie partners** met een aantoonbare complementariteit. De partners komen uit, ten minste, **twee verschillende door Vlaanderen erkende en/of gefinancierde zorgsectoren**: (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg, woonzorg, VAPH. Bijkomende participatie van partners uit de residentiële zorg (ziekenhuis, revalidatiecentrum) en de thuiszorg is mogelijk. Bijkomend is er een vertegenwoordiging vereist van minstens **één eerstelijns zone** waarin het betrokken consortium actief is. Het consortium includeert tevens **informele zorg** actoren. Verder dient de mogelijkheid te bestaan om gedurende de looptijd van het project betekenisvolle partners toe te voegen aan het consortium. Het betreft hier immers een proeftuin waarbij gaandeweg inzichten zullen groeien uit de ervaringen en bevindingen. Een flexibel kader, zoals ook voorgesteld in werkpakket 1 lijkt ons daarom ook aanbevolen.

Vanuit de bestaande literatuur zijn verschillende indicatoren gedefinieerd. We stellen vast dat deze indicatoren vaak een specifieke inkleuring krijgen in functie van de doelgroep. We definieerden op een generiek niveau een indicatoren kader waarin de basiselementen van een monitorings- en evaluatieplan zijn beschreven. Gezien de brede aard van de projectoproep is de concrete invulling van de indicatoren in functie van de specifieke doelgroep en partners in het consortium aangewezen. De consortia dienen dus verder aan de slag te gaan met het specificeren van indicatoren.

Indicatoren kader:

1. **Aanwezigheid van een toegangspunt** (fysiek, digitaal, combinatie, ...) voor personen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood:
 - a. Een duidelijke beschrijving op basis van structuur- en procesindicatoren.
 - b. De zorgvragen die via het toegangspunt worden getrieerd worden geregistreerd.

2. Iedere partner in het consortium:

- a. Een duidelijke beschrijving van de structuur van het consortium (voorzieningen, FTE). Bv. Welke diensten/specialismen zijn opgenomen, welke structurele samenwerking is beschreven.
- b. Activiteit van het consortium beschreven door procesindicatoren. Dit zijn gegevens die typisch worden weergegeven in een jaarverslag.
- c. De ondersteuning die wordt geleverd aan de persoon met langdurige zorg- en ondersteuningsnood wordt geregistreerd.

3. Iedere persoon met langdurige zorg- en ondersteuningsnood wordt opgevolgd binnen het consortium:

Een periodieke inschatting wordt gemaakt van de zorg- en ondersteuningsnood aan de hand van een gevalideerd instrument. Dit kan bijvoorbeeld jaarlijks indien er een stabiele toestand is. Bij acute wijzigingen wordt een herinschatting gedaan.

4. De bovenstaande registraties 1b, 2b en 3 kunnen aan de hand van een uniek ID aan elkaar gekoppeld worden. Iedere individuele registratie is voorzien van een timestamp. Op basis van deze registraties wordt een outcome analyse gedaan waarin de zorgnood wordt vergeleken met de geleverde ondersteuning. Tevens wordt een gap analyse gedaan die de niet (tijdig) ingevulde noden in kaart brengt.
5. Het monitorings- en evaluatieplan waarin bovenstaande indicatoren worden beschreven maakt deel uit van het projectvoorstel.

Inhoud

Hoofdstuk 1	Situering en probleemstelling	9
1	Aanleiding voor het onderzoek	9
2	Achtergrond	9
3	Onderzoeksdoelstelling	10
Hoofdstuk 2	Opzetten van een kader voor proefprojecten langdurige geïntegreerde zorg	13
1	Doelstelling	13
2	Onderzoeksvragen zoals geformuleerd door de opdrachtgever	13
3	Methode	14
4	Antwoorden	14
4.1	Leeftijd	14
4.2	Geïntegreerde zorg	14
4.3	Langdurige zorg	15
4.4	Screening	15
4.5	Toekennen van de zorgondersteuning	16
4.6	Samenwerken binnen de oproep integrale zorgverlening	17
4.7	Preferentiële inhoudelijke topics in de oproep	17
4.8	Uitdagingen inherent aan deze oproep	17
Hoofdstuk 3	Organisatorische aspecten van de projectoproep	19
1	Doelstelling en onderzoeksvragen zoals geformuleerd door de opdrachtgever	19
2	Betekenis van geïntegreerde zorg in deze projectoproep	19
2.1	Theoretisch kader	19
2.2	Pragmatisch antwoord	21
3	Samenstelling van het consortium	22
4	Referenties	22
Hoofdstuk 4	Kwaliteits- en veiligheidsindicatoren voor geïntegreerde zorg voor personen met een langdurige zorg- en ondersteuningsnood: een systematic review	25
1	Inleiding	25
2	Methodologie	27
2.1	Zoekstrategie	27
2.2	Studie selectie	27
2.3	Data extractie	28
2.4	Methodologische beoordeling	28

3	Resultaten	29
3.1	Zoekresultaten	29
3.2	Karakteristieken van de studies en studiecontext	30
3.3	Karakteristieken van de kwaliteitsindicatoren	30
3.4	Methodologische kwaliteit van de indicatoren	32
4	Conclusie	34
5	Pragmatische vertaling	35
6	Referenties	35

Bijlagen		39
-----------------	--	-----------

Lijst Tabellen

Tabel 1	Aantal kwaliteitsindicatoren per domein, in verhouding tot het soort indicator.	31
Tabel 2	Methodologische karakteristieken van de kwaliteitsindicatoren per studie, beoordeeld aan de hand van het AIRE instrument	33
Tabel 3	Weerhouden indicatoren volgens domein en meetniveau	34

Lijst Figuren

Figuur 1	PRISMA Flowchart	29
Figuur 2	Soort indicator	30
Figuur 3	Domeinen van de indicatoren	31
Figuur 4	Domeinscores per studie ten opzichte van de cut off voor kwaliteit	32

Hoofdstuk 1

Situering en probleemstelling

1 Aanleiding voor het onderzoek

Binnen de Vlaamse regelgeving wordt een veelheid aan langdurige zorgvormen erkend. Zo zijn er het woonzorgdecreet, de VAPH- regelgeving, het overnamedecreet en het GGZ-decreet. De regelgeving voor personen met een handicap is het verst gevorderd op het vlak van persoonsvolgende financiering. De andere decreten vertrekken vanuit het erkennen van aanbodstructuren. Dit onderscheid in paradigma's en de specifieke benaderingen en regels in de verschillende sectoren, maakt het moeilijk om op het terrein samen te werken en geïntegreerde zorg te bieden aan personen met een langdurige zorgbehoefte. De Vlaamse Regering wenst in 2022 een projectoproep te lanceren met als thema "geïntegreerde zorg voor volwassenen en ouderen met langdurige zorg- en ondersteuningsnoden".

2 Achtergrond

De onderliggende visie in beleid en praktijk met betrekking tot het ondersteunen van personen met een beperking heeft de laatste jaren een paradigmaverschuiving gekend. In de jaren '70 was het defectparadigma overheersend (Van Gennep, 2000), waarbij het beklemtonen van de verschillen tussen personen mét en zonder een beperking, en de tekorten van personen met een beperking overheersten. Personen met een beperking werden als patiënten benaderd en kregen zorg aangeboden in (grote) instituten, die zich ver weg van de samenleving organiseerden volgens een ziekenhuismodel (Pelfrene, 2005). Door de aanhoudende kritiek op dit paradigma werd het geleidelijk aan verdrongen door een ontwikkelingsparadigma. Hier werd de nadruk gelegd op de overeenkomsten tussen mensen met en zonder beperking, het belang van een gelijkwaardige levensstandaard (Dean, 2015) en op het ontwikkelen en aanleren van competenties die de integratie in het dagelijkse leven kunnen bevorderen. Het normalisatieprincipe, dat ontstond vanuit de kritiek op instituten omdat deze de persoonlijke ontwikkeling beknotten (Vanderplasschen, Vandeveldde, Claes, Broekaert & Van Hove, 2006), vertrekt vanuit de missie om het dagelijks leven van personen met een (verstandelijke) beperking zo dicht mogelijk in het "normale" leven te brengen en in een zo gewoon mogelijke omgeving. "Gewoon waar mogelijk, speciaal waar nodig" gold als mantra. Maar ook dit paradigma kreeg kritiek. Het normalisatieproces was te exclusief gericht op fysiek-structurele aanpassingen die an sich niks veranderden aan de maatschappelijke positie van personen met een beperking in de samenleving (Ericsson, 1996). De te sterke conformering aan de bestaande normen binnen het proces laten te weinig ruimte voor de individuele eigenschappen, perspectieven en ondersteuningsnoden van personen met een (verstandelijke) beperking (Walker & Walker, 1998). Als gevolg hiervan werd steeds meer gedacht vanuit het burgerschapparadigma. Dit denkkader beschouwt personen met een beperking als volwaardige burgers met dezelfde rechten en plichten op vlak van huisvesting, tewerkstelling, onderwijs en gezondheidszorg net zoals elke andere burger in de samenleving (Vanderplasschen et al., 2006). De sleutelbegrippen hier zijn zelfbeschikkingsrecht en inclusie. Personen met een beperking wordt de kans geboden om zelf hun leven richting te geven. Maatschappelijke structuren moeten aangepast worden zodat ten volle, mits de nodige ondersteuning, kan geparticipeerd worden aan de samenleving om aldus een kwaliteitsvol leven te leiden. Dit gelijkwaardigheidsprincipe houdt in dat de inclusieve

ondersteuning op een unieke geïndividualiseerde manier vorm krijgt. Dit gedachtegoed is ook terug te vinden in het VN- verdrag inzake de rechten van personen met een beperking (Verenigde Naties, 2006) en vormt een uitdrukkelijk uitgangspunt van talrijke beleids- en visieteksten (Ellis, 2005), ook in Vlaanderen. In het kader van het realiseren van deze uitdagingen binnen de formele dienstverlening, oriënteren de discussies zich veelal op uitdagingen binnen verschillende sectoren en het intersectoraal samenwerken. Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van voorbeelden binnen de sector ouderenzorg, waarbij de vraag zich stelt wie het meest geschikt is om de zorg voor een ouder wordend individu met een verstandelijke beperking op zich te nemen. Er wordt enerzijds gesteld dat voorzieningen voor mensen met een beperking vaak onvoldoende kennis en middelen bezitten om zich ten volle aan te passen aan het ouderwordingsproces. Anderzijds worden woonzorgcentra niet altijd in staat geacht om aangepaste zorg te verlenen aan zorgvragers met specifieke ondersteuningsnoden, zoals mensen met een verstandelijke beperking (Bigby, 2002). Om die uitdagingen het hoofd te bieden en ouder wordende personen met een verstandelijke beperking een kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning te garanderen, wordt het belang van samenwerking tussen voorzieningen voor personen met een beperking en ouderenzorgvoorzieningen onderstreept (Vandeuren, 2010; Vandeuren, 2016). Globaal genomen wordt vastgesteld dat wanneer hulpvragen zich op het raakvlak van (deze) verschillende sectoren bevinden, er ondanks goede voornemens vaak hardnekkige schotten bestaan (Claes, 2014; Vandevyvere et al., 2010) en dat vragen over wie verantwoordelijk is, blijven opspelen (Bigby, 2002). Nochtans toonde onderzoek aan dat meerdere actoren een significante rol kunnen spelen in iemands levensverhaal, waarbij ook en vooral de samenwerking met het informele netwerk niet mag vergeten worden, maar dat de onderlinge afstemming van zorg best optimaal verloopt, wil men stress bij de zorgontvanger vermijden (Schiettecat, Campens, Vervliet, Goethals, Lesseliers, Van Heck, Dhaeze & De Witte, 2019).

In antwoord op de uitdagingen binnen de sector van personen met een beperking wil het kabinet van de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een kader creëren voor intersectoraal georganiseerde zorg en ondersteuning. Uit voorbereidende studies formuleerde het kabinet enkele uitdagingen. Het blijkt immers dat het afstemmen en samenwerken tussen de verschillende subsidiërende overheden en vanuit verschillende invalshoeken (juridisch, financieel, infrastructureel, personeelsmatig, competentie georiënteerd) de uitdagingen zijn om de kwaliteit van zorgverlening en dus ook de kwaliteit van leven van personen met een beperking maar ook van ouderen en mensen met een psychische en psychiatrische problematiek, te realiseren. Als antwoord hierop zullen proeftuinen “langdurige, geïntegreerde zorg” worden geïnstalleerd die innovatieve inzichten en beleidsaanbevelingen moeten opleveren met betrekking tot het intersectoraal organiseren van langdurige zorg en ondersteuning. Dit onderzoek kadert in de voorbereiding van de projectoproep voor deze proeftuinen.

3 Onderzoeksdoelstelling

De resultaten van dit onderzoek geven concreet richting aan de opmaak van een oproep ter financiering, ondersteuning en erkenning van projecten voor langdurige geïntegreerde zorg voor volwassenen.

Deze fase heeft tot doel de projectoproep en de opvolging ervan voor te bereiden. De eerste fase van het onderzoek reikt implementeerbare aanbevelingen aan om in de beoogde oproep te verwerken:

- Elementen voor een helder experimenteel kader voor gebruikers en erkende initiatiefnemers met bijzondere aandacht voor het overstijgen van sectorspecifieke regelgevingen zonder in te boeten op a) kwaliteit en b) rechtszekerheid voor zowel zorgaanbieder als zorggebruiker;

- De omschrijving en afbakening van de beoogde doelgroep volwassenen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood;
- De definiëring van het wat en waarom van het binnen het onderzoek bedoelde 'geïntegreerde zorgaanbod';
- De parameters en indicatoren die kunnen/moeten gedefinieerd worden om de resultaten van de samenwerking van initiatiefnemers uit verschillende sectoren en de effecten van het aanbieden van een 'geïntegreerd zorgaanbod' te kunnen beoordelen, en de gegevens die moeten geregistreerd en aangeleverd worden om deze parameters en indicatoren te kunnen opvolgen.

Hoofdstuk 2

Opzetten van een kader voor proefprojecten langdurige geïntegreerde zorg

1 Doelstelling

De opdrachtgever definieerde de *outcomes* van dit werkpakket als volgt: Gelet op het feit dat deze oproep tot het oprichten van proeftuinen zich focust op volwassenen met een langdurige zorg- en ondersteuningsbehoefte, moet een verkennende analyse gemaakt worden waarbij volgende items verhelderd moeten worden: meerderjarigheid, zorg- en ondersteuningsbehoefte (minimale/maximale intensiteit zorgnood), indicatiestelling (m.i.v. instrumenten), langdurig (levenslang of een minimaal aantal jaren van zorgbehoevendheid), ondersteuningsfuncties/-modi en regie.

2 Onderzoeksvragen zoals geformuleerd door de opdrachtgever

Welke minimale elementen bevat het tijdelijke kader om de rechtszekerheid van zorggebruikers en zorgaanbieders die instappen te verzekeren?

Hoe kan de doelgroep 'volwassenen en ouderen met een langdurige zorg- en ondersteuningsbehoefte' best omschreven en afgebakend worden zodat voor alle betrokkenen duidelijk is wie op welke manier kan participeren, zodat het tijdelijke kader ook doelmatig vorm kan krijgen en wel gelinkt aan de volgende elementen:

- Meerderjarig: letterlijk 18+ of al wie gebruik maakt of wil maken van meerderjarigenondersteuning, ...?
- Zorg- en ondersteuningsbehoefte: kan een (minimale of maximale) intensiteit van zorgnood worden bepaald?
- Inschaling en indicatiestelling: welk(e) instrument(en) kan/kunnen worden gebruikt om de zorg- en ondersteuningsbehoefte te objectiveren en in welke mate zijn ze generaliseerbaar voor alle volwassenen en ouderen met een langdurige zorgnood? (BelRAI, ZZI, andere, ...?)
- Langdurig: hoe definiëren: levenslang of een minimaal aantal jaren van zorgbehoevendheid, ...?
- Welke ondersteuningsfuncties en modi (thuis, ambulant, residentieel) moeten minimaal binnen een geïntegreerd langdurig zorgaanbod omschreven worden?
- Binnen de sector personen met een handicap onderscheidt men dagondersteuning, woonondersteuning, individuele psychosociale begeleiding, individuele praktische hulp, globale individuele ondersteuning, oproepbare permanentie.
- In andere zorgvormen onderscheidt men: indicatiestelling, huisvesting (bv. cohousing, sociale huisvesting, erkende assistentiewoningen), dagbesteding, huishoudelijke hulp en ondersteuning, sociale (re-) integratie, casemanagement, gespecialiseerde ondersteuning, herstel, zorgkundige, verpleegkundige en palliatieve zorg...
- Graag op basis van een analyse van deze veelheid een voorstel dat consistentie verzekert tussen doelgroep en de inzet van ondersteuningsfuncties en modi.

3 Methode

Om een antwoord te bieden op de hierboven vermelde vragen, werden online focusgroepen met ervaringsdeskundigen en experts georganiseerd. Deze manier van werken werd goedgekeurd op de stuurgroepvergadering van 2 augustus 2021. De leden van het onderzoeksconsortium van de Vrije Universiteit Brussel en de Universiteit Hasselt maakten gezamenlijk een lijst op met 32 potentiële kandidaten, waarbij ervoor zorggedragen werd dat alle sectoren (VAPH, ouderenzorg, beleid, mutualiteiten, thuiszorg, academici, wonen) vertegenwoordigd waren. In totaal gingen 21 van de 32 potentiële kandidaten in op ons verzoek tot deelname aan een focusgroep of aan een individueel interview (mondeling/schriftelijk). Het grootste deel van de personen die niet konden deelnemen aan de gesprekken hadden ofwel niet de mogelijkheid om op dergelijk korte termijn ruimte vrij te maken in hun agenda, waren op verlof of hadden verlof gepland.

De focusgroepen en de interviews vonden plaats in de week van 6 tot 10 september 2021. Op 14 september 2021 werden de eerste bevindingen voorgesteld op de stuurgroep vergadering SWVG. Vanuit deze vergadering kwam de suggestie naar boven om nog extra personen te includeren in het vooronderzoek. Daarom werden 2 extra focusgroepen georganiseerd op 29 september 2021 en werd één interview gehouden op 20 september 2021. Om de krappe deadline van dit project te behouden werden de reeds verwerkte resultaten van de eerste focusgroepen/interviews op een interne meeting (VUB-UHasselt) op 24 september 2021 besproken om zo de alineëring met de werkpakketten 2 en 3 te verzekeren. Wat hieronder volgt is een samenvattende thematische analyse van alle focusgroepen en interviews.

4 Antwoorden

4.1 Leeftijd

Met betrekking tot het item leeftijd zijn de meningen in de focusgroepen verdeeld. Sommigen zijn de mening toegedaan dat leeftijd eigenlijk geen criterium zou mogen zijn. Er is wel begrip voor het feit dat er een minimumleeftijd gekozen moet worden. Het voorstel is om 18 jaar te nemen, het moment waarop men meerderjarig is. Sommige sectoren stellen zich echter de vraag in welke mate rekening zal gehouden worden met verlengde minderjarigheid en pleiten er aldus voor om het criterium leeftijd met de nodige flexibiliteit te benaderen. Tenslotte werd ook een pleidooi gehouden om naast de leeftijd, ook en vooral te kijken naar het garanderen van kwaliteit van leven via zorgondersteuning in functie van de transitie momenten die in iemands leven voorkomen.

4.2 Geïntegreerde zorg

Met betrekking tot dit item was in de focusgroepen enige reserve merkbaar. Iedereen ziet de voordelen van geïntegreerde zorg in. Maar het ondoorzichtig kluwen van federale en Vlaamse bevoegdheden zorgt ervoor dat geïntegreerd werken op het terrein niet echt een sinecure is. De suggestie kwam dan ook naar boven dat overheden zelf moeten proberen om geïntegreerd te werken. Dit is momenteel, volgens de deelnemers aan de focusgroepen, onvoldoende het geval, waarbij ze o.a. verwezen naar de veelheid aan calls, die vanuit de verschillende overheden, naar het werkveld gestuurd worden.

Desalniettemin vonden de deelnemers dat binnen geïntegreerde zorg moet vertrokken worden vanuit een zorgmodel dat zich aanpast aan de noden en behoeften van iemand op een bepaald moment in zijn leven en dus niet vanuit het bestaande zorgaanbod. Bovendien staat geïntegreerde zorg volgens hen synoniem voor samenwerking tussen alle betrokkenen, zorgbehoevenden, mantelzorgers en professionals. Zij geven daarenboven aan dat patiëntenparticipatie daarbij onontbeerlijk is.

4.3 Langdurige zorg

Aangaande dit thema werd eerst intensief gediscussieerd over het begrip. "*Langdurig*" mag geen synoniem zijn voor uitzichtloosheid.

Het komt namelijk voor dat bepaalde personen medisch uitbehandeld zijn, maar dit neemt niet weg dat ze geen langdurige zorg nodig hebben, ondanks het feit dat er geen bijkomende medische diagnoses gesteld worden. Niet alleen bij deze personen, maar ook bij andere personen die langdurige zorg nodig hebben merkt men bovendien dat periodes van intensievere nood aan zorgondersteuning afgewisseld worden met periodes waarbij minder tot helemaal geen nood aan ondersteuning is. De deelnemers pleitten er dan ook voor om deze personen, die tijdelijk geen zorg nodig hebben, administratief niet los te koppelen van zorgondersteuning. Dit houdt dus met andere woorden in dat de persoon met een zorgnood administratief als dusdanig herkend blijft en dit ondanks het feit dat er tijdelijk geen ondersteuning nodig is of geboden wordt.

De respondenten pleiten ervoor om te vertrekken van het concept 'positieve gezondheid' en vooral te focussen op hoe iemand kan omgaan met een chronische of langdurige zorgnood. Daarbij suggereert men om eerder uit te gaan van de kwaliteit van leven.

4.4 Screening

4.4.1 Hoe?

Bij dit topic werd eerst gereflecteerd over hoe de screening zou moeten plaatsvinden. Er werd gepleit voor een brede invulling (dus meer dan medisch), die vertrekt van wat de persoon in kwestie kan in plaats van wat de persoon niet kan. De rationale hierachter is dat iets niet meer kunnen in se geen probleem hoeft te zijn zolang de persoonlijke doelstellingen hieraan aangepast zijn. In dat verband is het duidelijk dat vraagverheldering bij zowel de gebruiker, als de mantelzorger en bij uitbreiding het ganse netwerk rond de zorgbehoevende persoon hier een duidelijke meerwaarde kan betekenen.

4.4.2 Uitdagingen

De uitdagingen met betrekking tot dit screenen zijn niet min. Er zijn veel instrumenten ter beschikking, dus stelt men zich vragen bij de universaliteit en comptabiliteit van de gebruikte instrumenten. Als er toch voor een universeel instrument zou gekozen worden, moet het dermate fijnmazig zijn dat de noden effectief gedetecteerd worden en niemand uit de boot valt. Tenslotte werd ook stilgestaan bij de koppeling screening – financiering. Sommige deelnemers achtten dit gevaarlijk en wezen hierbij naar het potentieel gevaar van te hoog screenen om zeker de nodige ondersteuning binnen te halen.

4.4.3 Outcome van de screening

Als outcome van de screening moet erop gelet worden dat de evaluatie onafhankelijk gebeurt. De meeste projecten zijn succesvol wanneer ze geëvalueerd worden door de initiatiefnemers. Bovendien moeten de doelstellingen bij aanvang duidelijk vastgelegd worden, want het is op basis van deze doelstellingen dat een project/traject al dan niet als succesvol beschouwd zal worden.

4.4.4 Regie en plaats van de screening

Wat betreft de regie van de screening is de rode draad als volgt samen te vatten: dicht bij de zorgvrager en zijn context, onafhankelijk en ingebed in een bestaande dienst (dus geen nieuwe dienst opstarten). Op de vraag welke personen de regie dan in handen moeten/kunnen nemen kregen we volgende antwoorden: casemanager, huisarts, apotheker, thuisverpleegkundige, personeelsleden uit lokale dienstencentra, integreren binnen multidisciplinair overleg, integreren in de dienst geïntegreerd breed onthaal of straathoekwerkers. Verder werd ook de eerstelijnszone genoemd als mogelijk niveau waarop de regie kan plaatsvinden.

4.4.5 BelRAI als screeningsinstrument

De deelnemers aan de focusgroepen/interviews die de BelRAI (BelRAI long term care facilities of home care) kennen, gaven volgende positieve punten mee. Goed instrument, zeker voor chronische zorg, dat door verschillende disciplines kan ingevuld worden, waardoor een integraal beeld ontstaat en dit om "*hokjesdenken*" te vermijden. Het gebruik van het instrument geeft een duidelijk beeld over de zorgsituatie. Om het instrument te laten renderen moet er echter een goede opvolging gebeuren en het instrument moet gebruikt worden waarvoor het is ontworpen en niet voor vraagverheldering, want dit gaat een stuk verder dan wat nu in de BelRAI aanwezig is.

Bij dezelfde deelnemers konden we ook volgende aandachtspunten met betrekking tot de BelRAI noteren. Het is een vrij exhaustief instrument waardoor kort op de bal spelen een uitdaging wordt. Het ingekorte BelRAI instrument, de BelRAI Screener, is op zich onvoldoende om een integraal beeld te krijgen. Verder moet er over gewaakt worden dat alle levensdomeinen geëvalueerd worden, zodat een beeld kan gecreëerd worden van de volledige ondersteuningsnood om aldus toe te laten dat een zorgbehoevende zich verder kan ontwikkelen en includeren in de maatschappij. In dit verband werd verwezen naar de Support Intensity Scale, die samen met de BelRAI Screener een beter beeld zou geven over mogelijke inclusieperikelen. Iemand verwees tenslotte ook naar het feit dat men er aan denkt om financiering te koppelen aan de BelRAI, een topic waarvoor het instrument volgens de deelnemer eigenlijk niet bedoeld was.

4.5 Toekennen van de zorgondersteuning

Vanuit de focusgroepen werd het idee geopperd om met een contingent uren te werken in functie van een bepaalde ondersteuningsnood. Het is dan aan de zorgvrager en zijn netwerk om de uren op te nemen volgens noodzaak. Dit zou ervoor zorgen dat er 'uren' ter beschikking zijn wanneer er een acuut probleem is, zodat snel zorg kan geboden worden zonder administratieve rompslomp. Het toekennen van de uren moet gebeuren door een onafhankelijke persoon/entiteit en wordt geëvalueerd aan de hand van de aangetoonde kwaliteitsverbetering bij de zorgvrager.

4.6 Samenwerken binnen de oproep integrale zorgverlening

We gingen bij de deelnemers aan de focusgroepen/interviews na hoe zij de samenwerking binnen de oproep gerealiseerd willen zien. Een eerste belangrijk thema dat naar boven kwam was gelijkwaardigheid. Dit houdt in dat alle partners, of die nu groot zijn of klein, evenwaardige partners zijn en dit om te vermijden dat grote organisaties teveel invloed uitoefenen op de kleinere organisaties. Verder moet er binnen het samenwerkingsakkoord sprake zijn van een aantoonbare complementariteit, en dit om te vermijden dat organisaties zelf ondersteuning opstarten die elders al voorhanden is. Tenslotte werd ook de opmerking gemaakt dat er bij aanvang van het project een soort samenwerkingsakkoord moet opgesteld worden, dat gedurende het eerste jaar van het project verder afgetoetst en verfijnd kan worden om uiteindelijk uit te monden in een contract, dat maximaal 1 jaar na datum zou moeten opgesteld zijn (verduurzaming). Net omdat men al een jaar samenwerkt en elkaar als organisatie kent. Op deze manier worden realistische en duidelijke samenwerkingscontracten verkregen.

4.7 Preferentiële inhoudelijke topics in de oproep

Bij de aanwezigen op de focusgroepen werd ook gepeild naar de randvoorwaarden opdat deze oproep zou slagen. Eerst en vooral werd gezegd dat de continuïteit van de zorg bij de zorgvrager ten allen tijde centraal moet staan. De focus komt bij de zorgvrager te liggen, waarbij er extra aandacht is voor de 'zwakkere' individuen. Verder kan er ook gewerkt worden aan mobiliteit, omdat dit vaak één van de uitdagendste problemen is bij zorgondersteuning. De focus zou ook kunnen liggen op preventief werken en het optimaal inzetten van technologie bij ondersteuning. Afhankelijk van de regio waar de zorgproeftuin opgestart wordt mag/moet er ook aandacht zijn voor diversiteit. Ook het optimaal afstemmen van de diverse toegangspoorten binnen de zorg (mutualiteit, Geïntegreerd breed onthaal, huisarts, ...) en een flexibele (re) inzet van thuiszorg kwamen aan bod. Modellen waarbij de zorgverlener geen baat heeft bij blijvende afhankelijkheid bij de zorgvrager zijn aan te bevelen.

Globaal zijn de deelnemers de mening toegedaan dat expertise-uitwisseling een belangrijk aspect in de oproep moet zijn, waarbij alle partners (professionele en non professionele zorgverstrekkers, winkeliers, ...) betrokken worden. Ook aantoonbare flexibiliteit en ontschotting zijn belangrijke aspecten in elk project. De focus zou ook moeten liggen op samenwerkingsmodellen tussen formele en informele zorgverleners.

4.8 Uitdagingen inherent aan deze oproep

De deelnemers aan de focusgroepen zien ook heel wat uitdagingen, die gepaard gaan met de implementatie van deze oproep, opdoemen. Een eerste uitdaging is administratief van aard waarbij men verwijst naar administratieve vereenvoudiging over de regio's en gemeenschappen heen, omdat nu nog niet volledig duidelijk is op welk bevoegdheidsniveau geïntegreerde zorg zich bevindt. Het zal dus van belang zijn dit vanuit de hogere instanties mee te ondersteunen (regelluw) en dit te monitoren. De good practices en succesfactoren die tijdens de proeftuinen ontdekt worden kunnen immers het toekomstige beleid vormgeven. Een tweede belangrijk administratief aandachtspunt van deze oproep richt zich op alles wat te maken heeft met privacy en GDPR. Een andere uitdaging zal er uit bestaan om de regie bij de eindgebruiker te leggen en die daar te houden binnen een organisatiegebonden zorglandschap. De vermarkting van de zorg kan er immers voor zorgen dat, vanuit winstmaximalisatiegedachte, gekozen wordt voor ondersteunen van keuzes bij de eindgebruiker, een ondersteuning die uiteraard getarifeerd

wordt. Dit zou voor gevolg hebben dat een deel van de middelen die ter beschikking zijn voor ondersteuning niet naar de directe ondersteuning zelf gaan, maar naar administratie. Coöperatieve modellen bij zorgaanbieders, met co-eigenaarschap van burgers, zouden hier volgens sommige deelnemers een mogelijke oplossing zijn. Tenslotte zal ook het evolueren van de proeftuin naar een duurzaam regelgevend kader op lange termijn een uitdaging op zich zijn.

Hoofdstuk 3

Organisatorische aspecten van de projectoproep

1 Doelstelling en onderzoeksvragen zoals geformuleerd door de opdrachtgever

Het tweede werkpakket focust op de onderzoeksvragen met betrekking tot de organisatorische aspecten van de projectoproep, die tevens als criterium voor de selectie van projecten kunnen dienen. Volgende onderzoeksvragen werden ons door de oproepindiener aangeleverd:

- Hoeveel en welke partners/sectoren moeten minimaal vertegenwoordigd zijn om zinvol invulling te geven aan het tijdelijke kader? Volstaat het om met 2 sectoren (bv. VAPH-GGZ) samen te werken om van een 'geïntegreerd zorgaanbod' te spreken? Waar leggen we de lat? Welke marges zijn hanteerbaar? Welke bundeling van functies en modi is minimaal nodig (zie ook hiervoor)?
- Wie kan een projectoproep indienen? Eén initiatiefnemer op voorwaarde dat hij een samenwerkingsovereenkomst met andere partners kan voorleggen? Of een formeel samenwerkingsverband op buurtniveau, eerstelijnsniveau of regionale zorgzone? Hier situeert zich een dubbele vraag: hoe krijgt het netwerk dat de geïntegreerde langdurige zorg samen realiseert (formeel dan wel informeel) best vorm? Hoe stringent of hoe vrij positioneert de oproep zich op dat vlak? En hoe vertaalt zich dat in de onderlinge verhoudingen (formeel dan wel informeel) tussen de partners (werken met een coördinatie, een penhouder,)?
- Op basis van welke criteria (inhoudelijke en organisatorische) kunnen we projecten selecteren?

2 Betekenis van geïntegreerde zorg in deze projectoproep

Om de eerste vraag binnen dit werkpakket te beantwoorden is het belangrijk te duiden wat onder geïntegreerde zorg wordt verstaan. Vertrekkende vanuit een theoretisch kader zullen we een pragmatisch antwoord formuleren.

2.1 Theoretisch kader

Zoals ook aangehaald in werkpakket 1 is er nood aan een heldere definiëring van het concept "geïntegreerde zorg" binnen deze projectoproep. Er zijn diverse omschrijvingen en modellen voorhanden.

2.1.1 Geïntegreerde zorg

Geïntegreerde zorg kan omschreven worden als een continuüm met drie niveaus (Uijen et al., 2012). Binnen het laagste niveau vervullen zorgverleners los van elkaar hun functie, rol, verantwoordelijkheid met eigen financiering en apart honorarium. Het tweede niveau is het coördinatie niveau, waar de zorg en belangrijke informatie rond de cliënt gedeeld wordt ten einde fragmentering te voorkomen. Het hoogste niveau van integratie betreft het niveau waarbij verantwoordelijkheden, middelen, financiering, zorgaanbod en -organisatie door de verschillende actoren en sectoren rond de cliënt gecombineerd en geïntegreerd worden. Vanuit de visie van shared decision making en shared goals wordt vervolgens zorg en ondersteuning aangeboden (Jessup, 2007; Samuelson et al., 2012).

Bovendien kan een onderscheid gemaakt worden volgens micro-, meso en macro – niveau (Gardner et al., 2014; Valentijn, 2016; Valentijn et al., 2013). Binnen dit model wordt het gezondheidszorgsysteem beschouwd als macroniveau. Hierbij zijn patiëntgerichte en gemeenschapsgerichte zorg de bouwstenen om tot een geïntegreerd zorgsysteem te komen. Gezondheidsorganisaties situeren zich binnen het mesoniveau, waarbij gedifferentieerd wordt op vlak van samenwerking tussen zorgprofessionals en organisaties. Op microniveau staat de klinische integratie centraal.

Volgens World Health Organisation (WHO, 2015, 2016) wordt **geïntegreerde zorg** vaak tegenover gefragmenteerde zorg geplaatst. Het wordt tevens synchroon genoemd als zijnde gecoördineerde en naadloze zorg. Er is echter geen eenduidige universele definitie voor het ‘concept’ van geïntegreerde zorg (Europe, 2012). De oorzaak hiervan is te vinden in het feit dat geïntegreerde zorg in vele vormen aanwezig is en door diverse stakeholders op een andere manier geïnterpreteerd wordt.

Op basis van de wetenschappelijke literatuur en de verschillende percepties worden drie definities weerhouden:

1. Proces gebaseerde definitie, gehanteerd door verschillende overheden met als doel de verschillende componenten van geïntegreerde zorg te ondervangen.

*"Integratie is een samenhangend geheel van methoden en modellen op vlak van financiering, administratieve, organisatorische, dienstverlenende en klinische niveaus, ontworpen om verbinding, afstemming en samenwerking te creëren binnen en tussen de zorg en zorgsectoren. Het doel van deze methoden en modellen is het verbeteren van de kwaliteit van zorg en leven, de tevredenheid van de patiënt/cliënt. Bovendien beoogt het efficiëntie door de lijnen in te korten tussen diensten, aanbieders en settings. Als het resultaat van deze gezamenlijke inspanningen t.a.v. integratie leiden tot voordelen voor de patiënt dan wordt dit resultaat **geïntegreerde zorg** genoemd (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).*

Deze definitie geeft geïntegreerde zorg de kwaliteiten van zorgcoördinatie, als een continu ondersteuningsproces. De definitie beschrijft terecht de complexiteit en het intersectorale karakter van geïntegreerde zorg. Desalniettemin blijft het beperkt tot de gezondheidszorgsetting en wordt geïntegreerde zorg gezien als een aaneenschakeling van onderling samenhangende processen in plaats van de waardentoevoeging voor de patiënt/cliënt.

2. Definitie die een bepalend narratief en doel ondersteunt voor geïntegreerde zorg op het niveau van het systeem dat door de gebruiker in een bepaalde richting gestuurd wordt.

"Mijn zorg wordt gepland door mensen die samenwerken met als doel mij en mijn mantelzorgers te ondersteunen in het bereiken van mijn doelen, door ons de regie te geven, dienstverlening te coördineren en uit te voeren.(Care)"

Deze definitie van geïntegreerde zorg wordt door de overheid van het Verenigd Koninkrijk gebruikt als onderdeel van een centraal concept om een kader te geven aan geïntegreerde zorg. Deze cliënt gecentreerde definitie kwam tot stand op een nationaal raadplegingsproces, gecoördineerd door patiëntvertegenwoordigers.

3. Definitie gehanteerd door de WHO Europa dat gebaseerd is op het gezondheidszorgsysteem.

"Geïntegreerde verstrekking van gezondheidsdiensten wordt gedefinieerd als een aanpak ter versterking van cliënt gecentreerde gezondheidszorgsystemen. Dit komt tot stand door de afstemming van multidimensionale noden van de populatie en het individu en de daaraan gekoppelde zorgverstrekking, gecoördineerde door een multidisciplinair team uit verschillende sectoren en settings (WHO, 2015).

In deze definitie wordt erkend dat geïntegreerde zorg wordt bereikt door de afstemming van alle functies van het gezondheidszorgsysteem en doeltreffend veranderingsmanagement. Zorgintegratie wordt gedefinieerd als een samenhangend geheel van methodes en modellen op financierings-, administratief, organisatorisch, dienstverlenings- en klinisch niveau, bedoeld om verbinding, afstemming en samenwerking tot stand te brengen binnen en tussen de zorg- en welzijnssectoren (Kaehne & Nies, 2021; Kodner & Spreuwenberg, 2002). Het heeft betrekking op het netwerk, de afstemming en/of samenwerking tussen sociale diensten, gezondheidszorg en gemeenschappen (Van Duijn et al., 2018).

2.2 Pragmatisch antwoord

We suggereren dat binnen deze projectoproep geïntegreerde zorg vertaald wordt in het realiseren, of verder uitbouwen, van volgende functies:

- Een toegangspunt (fysiek, digitaal, combinatie, ...) voor personen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood dat instaat voor een holistische, systematische en onderbouwde inschatting van de levens-, zorg- en ondersteuningsnoden. Voor de realisatie van het toegangspunt kan er binnen deze oproep gestart worden vanuit bestaande initiatieven. Voor de inschatting van de levens-, zorg- en ondersteuningsnoden maakt men minimum gebruik van de BelRAI Screener (eventueel aangevuld met het Sociaal Supplement en waar nodig en/of verplicht het BelRAI Home Care of Long-Term Care Facilities instrument), aangevuld met andere tools die passen binnen de doelstellingen van de proeftuin (bv. tool voor inschatting van levensdoelen, ...).
- Formuleren van waarde gedreven doelstellingen, en deze vertalen naar een persoonsgericht en geïntegreerd "zorg- en ondersteuningsplan".
- Administratieve ondersteuning van de eindgebruiker in de coördinatie van het geïntegreerd zorg- en ondersteuningsplan.
- Linken van zorgvraag met lokaal en regionaal zorgaanbod.
- Periodieke evaluatie van de zorgnoden en -doelstellingen met de personen met zorg- en ondersteuningsnood, met indien nodig een aanpassing van het "zorg- en ondersteuningsplan".

3 Samenstelling van het consortium

De vraag hoeveel en welke partners/sectoren minimaal vertegenwoordigd moeten zijn om zinvol invulling te geven aan het tijdelijke kader is moeilijk te beantwoorden omdat het antwoord vertrekt vanuit de beoogde populatie en de invulling die men geeft aan het concept “geïntegreerde zorg”. Gezien de wens tot een brede inclusie vanuit de opdrachtgever is het ook onmogelijk in concrete termen te benoemen wie een projectoproep kan indienen.

Het pragmatische antwoord op de vraag hoe het consortium dient samengesteld te worden is dat het **minimaal** bestaat uit **drie partners** met een aantoonbare complementariteit - de partners komende uit, ten minste, **twee verschillende door Vlaanderen erkende en/of gefinancierde zorgsectoren**: (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg, woonzorg, VAPH. Bijkomende participatie van partners uit de residentiële zorg (ziekenhuis, revalidatiecentrum) en thuiszorg is mogelijk. Bijkomend is er een vertegenwoordiging vereist van minstens **één eerstelijns zone** waarin het betrokken consortium actief is. Het consortium includeert tevens **informele zorg** actoren.

Verder dient de mogelijkheid te bestaan om gedurende de looptijd van het project betekenisvolle partners toe te voegen aan het consortium. Het betreft hier immers een proeftuin waarbij gaandeweg inzichten zullen groeien uit de ervaringen en bevindingen. Een flexibel kader, zoals ook voorgesteld in werkpakket 1 lijkt ons daarom ook aanbevolen.

4 Referenties

Care, C. A Narrative for Person-Centred Coordinated Care.

Davis, M., Balasubramanian, B. A., Waller, E., Miller, B. F., Green, L. A., & Cohen, D. J. (2013). Integrating behavioral and physical health care in the real world: early lessons from advancing care together. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(5), 588-602.

De Maeseneer, J. (2015). European expert panel on effective ways of investing in health: opinion on primary care. *Primary health care research & development*, 16(2), 109-110.

Europe, R. (2012). National evaluation of the Department of Health's integrated care pilots. *Cambridge: RAND Corporation*.

Gardner, K., Banfield, M., McRae, I., Gillespie, J., & Yen, L. (2014). Improving coordination through information continuity: a framework for translational research. *BMC health services research*, 14(1), 1-5.

Jessup, R. L. (2007). Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? *Australian Health Review*, 31(3).

Kaehne, A., & Nies, H. (2021). *How to Deliver Integrated Care: A Guidebook for Managers*. Emerald Group Publishing.

Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2.

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*.

World Health Organization. (2016). *Integrated care models: an overview*. Geneva: World Health Organization.

- Samuelson, M., Tedeschi, P., Aarendonk, D., De La Cuesta, C., & Groenewegen, P. (2012). Improving inter-professional collaboration in Primary Care. Position Paper of the European Forum for Primary Care Quality, in «Primary Care,
- Uijen, A. A., Schers, H. J., Schellevis, F. G., & van den Bosch, W. J. (2012). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family practice*, 29(3), 264-271.
- Valentijn, P. P. (2016). Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care: Pim P. Valentijn,[Sl: sn], 2015 (Print Service Ede), pp. 195, Doctoral Thesis Tilburg University, The Netherlands, ISBN: 978-94-91602-40-5. *International journal of integrated care*, 16(2).
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.
- Van Audenhove, C. (2015). Integrale zorg en ondersteuning. Keynote lezing op SWVG studiedag Integrale zorg en ondersteuning, Date: 2015/11/19-2015/11/19, Location: Brussel,
- Van Duijn, S., Zonneveld, N., Montero, A. L., Minkman, M., & Nies, H. (2018). Service integration across sectors in Europe: Literature and practice. *International journal of integrated care*, 18(2).
- Zorgnet Vlaanderen (2014). Netwerkgorg. Leuven: Acco.

Hoofdstuk 4

Kwaliteits- en veiligheidsindicatoren voor geïntegreerde zorg voor personen met een langdurige zorg- en ondersteuningsnood: een systematisch review

1 Inleiding

De gezondheidszorg krijgt de dag van vandaag meer en meer te maken met onvoorspelbare veranderingen in een voortdurend veranderende maatschappij. In grote delen van de wereld stijgt de levensverwachting en het aantal chronisch zieken met een langere levensverwachting, terwijl het sterftcijfer van pasgeborenen blijft dalen. De complexiteit van de gezondheidszorg, de opkomst van chronische aandoeningen (vaak geassocieerd met comorbiditeit) en de vele professionals die betrokken zijn bij zorgprocessen, stellen de gezondheidszorgsystemen wereldwijd voor grote uitdagingen. Als gevolg hiervan is de zorg vaak versnipperd en zijn de verschillende vormen van zorg onvoldoende op elkaar afgestemd, wat leidt tot slechte kwaliteit en inefficiënte zorg. Dit resulteert in een lage tevredenheid over de geleverde zorg bij patiënten én zorgprofessionals. De gezondheidsorganisaties zijn genooddacht de nodige aanpassingen door te voeren om in deze behoeften te blijven voorzien.

Geïntegreerde zorg wordt beschouwd als een belangrijke strategie om op waarde gebaseerde gezondheidszorg te bereiken, omdat het fragmentatie vermindert, de kwaliteit van zorg verbetert en een antwoord kan bieden op de steeds verder oplopende zorgkosten(1-8). De WHO roept op tot een fundamentele verschuiving in de manier waarop gezondheidsdiensten worden geleverd naar meer geïntegreerde, mensgerichte gezondheidsdiensten. “Geïntegreerde gezondheidszorg is gezondheidszorg die wordt beheerd en geleverd op een manier die waarborgt dat mensen een continuüm van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziektemanagement, revalidatie en palliatieve zorg ontvangen, op de verschillende niveaus en locaties van zorg binnen het gezondheidssysteem, en op basis van hun behoeften gedurende hun levensloop” (9).

In de afgelopen tien jaar zijn verschillende modellen en benaderingen van geïntegreerde zorg op grote schaal toegepast en gedocumenteerd in verschillende zorgomgevingen (10). Integrale zorg is daarom een overkoepelende term van verschillende alternatieve vormen, waaronder chronisch ziektemanagement, casemanagement, continuïteit van zorg, zorgtraject, integrale zorgverlening, gezondheidspromotie en preventie en zorgcoördinatie.

Aangezien geïntegreerde zorg wordt beschouwd als een belangrijke strategie voor het verbeteren van de patiëntenzorg en het verbeteren van de prestaties van het gezondheidssysteem, komen we vervolgens bij de noodzaak om systematisch te onderzoeken hoe belanghebbenden geïntegreerde zorg interpreteren en meten. Om de effectiviteit van geïntegreerde zorg in de praktijk te evalueren en verbeterpunten te identificeren, is een op maat gemaakte, haalbare en valide set van kwaliteits- en veiligheidsindicatoren onontbeerlijk.

Helaas is er weinig bekend over kwaliteitsindicatoren die van toepassing zijn op geïntegreerde zorg. Er zijn veel pogingen gedaan om indicatoren te detecteren, maar gedetailleerd bewijs over de meeteigenschappen van gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten voor het meten van geïntegreerde zorg blijft vaag en beperkt.

Kwaliteitsindicatoren zijn gestandaardiseerde, wetenschappelijk onderbouwde maatstaven voor de kwaliteit van zorg die kunnen worden gebruikt om de klinische prestaties en uitkomsten te meten en op te volgen (11). Het is een meting van een welbepaald, goed omschreven onderdeel van kwaliteit, uitgedrukt in een cijfer en wordt meestal beschreven met een teller, noemer en/of prestatienorm. Kwaliteitsindicatoren vormen een signaalwijzer; ze kunnen wijzen op problemen of goede kwaliteit in relevante zorgdomeinen of -processen (12) en kunnen gekwantificeerde indicaties opleveren voor verschillende stakeholders. Clinici kunnen ze bijvoorbeeld gebruiken om prioriteiten te stellen voor verbetering en educatie en voor benchmark doeleinden, terwijl verzekeraars, auditors en de overheid de indicatoren kunnen gebruiken voor monitoring, toezicht en beleidsvorming. Voor patiënten bieden kwaliteitsindicatoren transparantie over de kwaliteit van de zorgverlening en de prestaties van zorgprofessionals. Om effectief tot verbetering te komen, is het belangrijk dat de resultaten van deze kwaliteitsindicatoren ook publiek beschikbaar zijn.

Er is discussie over de meest bruikbare indicatoren om de kwaliteit van zorg te beoordelen. Procesindicatoren zijn directe maatstaven voor kwaliteit en worden onder meer als gevoeliger beschouwd voor verschillen in kwaliteit van zorg. Daarnaast zijn ze eenvoudiger te interpreteren, zonder een uitgebreide risicoaanpassing. Uitkomstindicatoren weerspiegelen daarentegen het samenspel van een breed scala aan factoren en zijn van groter intrinsiek belang omdat ze het effect van gezondheidsdiensten op gewenste resultaten beoordelen (13, 14).

Ongeacht of er gekozen wordt voor structuur, proces- of uitkomstindicatoren, het is belangrijk dat indicatoren aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen om een accurate kwaliteitsmeting te kunnen doen (15).

Daarom hebben we vanuit de literatuur een uitgebreide systematische review uitgevoerd om te onderzoeken welke kwaliteitsindicatoren voor geïntegreerde zorg voor volwassenen en ouderen reeds ontwikkeld werden. Elke indicator werd gescoord met behulp van het AIRE-instrument. Vervolgens hebben we beschreven in hoeverre deze kwaliteitsindicatoren betrekking hebben op de domeinen die we voor integrale zorg hebben geïdentificeerd en of de kwaliteitsindicatoren betrekking hebben op uitkomsten, processen of structuur van integrale zorg. In een laatste stap werden de indicatoren beoordeeld op verenigbaarheid met de WHO-definitie van geïntegreerde zorg, de relevantie voor het project (indicatoren voor een geïntegreerde zorg- en ondersteuningsbehoefte van volwassenen in de context van een chronische zorgvraag die naar verwachting een jaar of langer zal duren), begrijpbaarheid, haalbaarheid en meetbaarheid.

Dit werkpakket heeft als doel om proces- en systeemindicatoren te definiëren in het kader van geïntegreerde zorg bij personen met een langdurige zorg- en ondersteuningsnood.

2 Methodologie

2.1 Zoekstrategie

Deze systematische review werd uitgevoerd volgens de PRISMA - richtlijnen Preferred Items for Systematic Reviews and Meta – Analyses). Een zoekstrategie werd ontwikkeld met het oog op het identificeren van wetenschappelijke publicaties aangaande de ontwikkeling, test en/of implementatie van de kwaliteit- en veiligheidsindicatoren, gehanteerd binnen de geïntegreerde zorg voor personen met een langdurige zorg- en ondersteuningsnood. Er werd een systematische literatuurzoekactie uitgevoerd in de elektronische databases (Medline, CINAHL en Web of Science) op 16 september 2021. De specifieke combinatie van zoektermen en MeSH - termen (medical subject headings) legde de focus op de begrippen kwaliteitsindicatoren, geïntegreerde zorg, volwassenen en oudere bejaarden. Bijlage 1 bevat de zoektermen die werden gecombineerd om studies in verband met de ontwikkeling en implementatie van kwaliteits- en veiligheidsindicatoren te identificeren.

2.2 Studie selectie

Diverse onderzoeksdesigns werden opgenomen in de review. Daarenboven kwamen systematische reviews, meta-analyses en scoping reviews tevens in aanmerking voor inclusie. Artikels, die voldeden aan volgende criteria werden opgenomen:

- ✓ Het artikel beschreef de ontwikkeling en/of kenmerken van kwaliteits- en/of veiligheidsindicatoren die outcome meten voor volwassenen en ouderen met langdurige zorg- en ondersteuningsbehoeften.
- ✓ De indicatoren werden ontwikkeld of zijn toepasbaar om de kwaliteit van geïntegreerde zorg te beoordelen.
- ✓ De tellers en noemers van de kwaliteits- en veiligheidsindicatoren waren gedefinieerd of konden worden afgeleid uit de beschrijving van de kwaliteitsindicatoren.

Publicaties in een andere taal dan het Engels, redactionele publicaties, brieven aan de redactie, verhalende case-reports, grijze literatuur en publicaties zonder volledige tekst werden geëxcludeerd. Ook artikels over personen onder de 18 jaar of interventiestudies werden geëxcludeerd.

Deze studie omvat een review van kwaliteits- en veiligheidsindicatoren die geschikt zijn om de kwaliteit en veiligheid van geïntegreerde zorg voor volwassenen en ouderen met een langdurige zorg- en ondersteuningsnood te evalueren. Artikels dienden de ontwikkeling van de indicator voldoende gedetailleerd te beschrijven. Geïdentificeerde titels werden geëxporteerd naar de citatiemanager, Endnote® en duplicaten werden verwijderd. Eén van de reviewers (KD) controleerde de titels op de geselecteerde trefwoorden in de titel. Vervolgens controleerden drie onafhankelijke onderzoekers (MD, MC, KD) de abstracts op de geselecteerde trefwoorden. De resterende abstracts werden opgenomen voor een full - text review. Drie beoordelaars (MD, MC en KD) voerden onafhankelijk van elkaar een full - text review uit volgens de inclusiecriteria die vooraf werden bepaald in het studieprotocol. Elk meningsverschil tussen de beoordelaars werd aan de hand van consensus opgelost. Indien geen consensus kon worden bereikt, werd een derde beoordelaar (JB) geraadpleegd. Ook werden de referenties van de geselecteerde artikels gescreend op andere relevante studies die bij het systematisch literatuuronderzoek niet werden gevonden. Ten slotte werd een resulterende reeks artikelen opgenomen in het methodologische beoordelingsproces met behulp van het Appraisal of Indicators through Research and Evaluation - instrument (AIRE).

2.3 Data extractie

Een data-extractieformulier in Excel® werd door de onderzoekers ontworpen om de kwaliteits- en veiligheidsindicatoren in geïntegreerde zorg voor volwassenen en ouderen met langdurige zorg- en ondersteuningsbehoeften in te beschrijven. De geëxtraheerde informatie over de artikels bestond uit: kenmerken van de geïnccludeerde publicaties, bv. auteur(s), jaar en titel van het artikel, land/gebied van de studie, doel van de studie, doelpopulatie, zorgsetting. Informatie over de kwaliteitsindicatoren bestond uit: naam van de indicatorenset, aantal indicatoren, kenmerken van de kwaliteits- en veiligheidsindicatoren (bv. algemene beschrijving van de indicator, het kwaliteits- en veiligheidsdomein waarop de indicator betrekking heeft, het type indicator of meetniveau (structuur, proces of uitkomst), de teller en noemer van de indicator). Bovendien werden de indicatoren volgens het "structuur-proces-outcome"-kader van Donabedian (4) ingedeeld in een structuur-, proces- of uitkomstparameter en werden zij verder onderverdeeld in het domein dat zij omvatten. Wegens het ontbreken van een bestaand kader om indicatoren voor geïntegreerde zorg te clusteren, werd door de onderzoeker van deze studie een kader ontwikkeld, resulterend in 5 extra criteria: zijnde 'Geïntegreerde zorg', Relevantie, Haalbaarheid, Meetbaarheid en Begrijpbaarheid.

2.4 Methodologische beoordeling

De methodologische kwaliteit van de kwaliteitsindicatoren werd beoordeeld met het AIRE Instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation). Dit werd specifiek ontworpen om de (methodologische) kwaliteit van kwaliteitsindicatoren te beoordelen (5). Het AIRE instrument is een valide en betrouwbaar instrument. Het is afgeleid van het Appraisal of Guidelines Through Research and Evaluation (AGREE) instrument, een veelgebruikte standaard voor het beoordelen van de methodologische kwaliteit van praktijkrichtlijnen (6). De AIRE werd reeds gebruikt in verschillende systematische reviews aangaande kwaliteitsindicatoren (7 - 13). Het bevat 20 items die betrekking hebben op vier kwaliteitsdomeinen van een indicator. Elk item bevat een uitspraak over de kwaliteit van de indicator en wordt gescoord op een vierpuntsschaal (1 = 'sterk mee oneens of geen informatie verstrekt' tot 4 = 'sterk mee eens'). De vier domeinen die de methodologische kwaliteit weerspiegelen, werden gebruikt om de onderzoeksdoelstellingen te bereiken: Betrokkenheid van belanghebbenden', 'Doel van de indicator', 'Wetenschappelijke evidentie' en 'Formulering en verdere onderbouwing'. De items van deze domeinen werden door twee beoordelaars onafhankelijk van elkaar gescoord en bij elkaar opgeteld per domein.

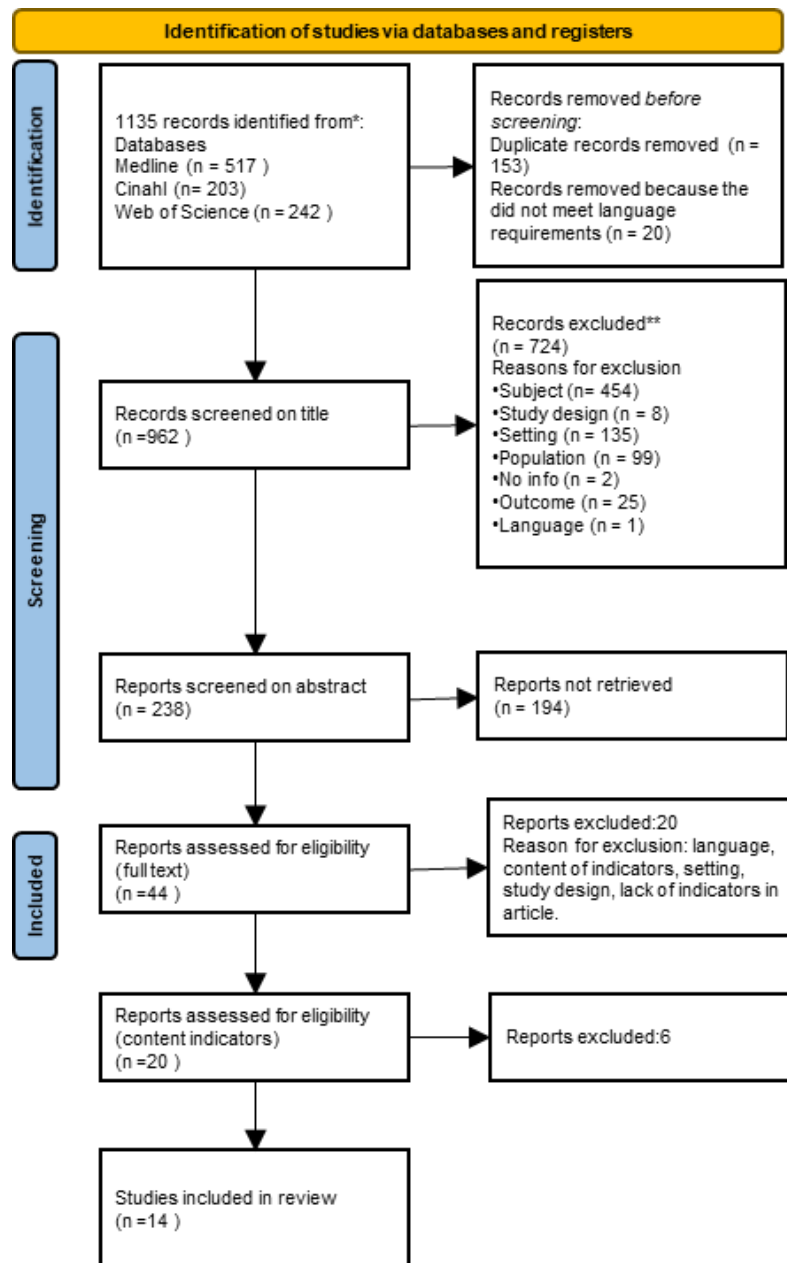
De maximaal mogelijke score voor een categorie werd berekend door vermenigvuldiging van de maximale score per item (score van 4) met het aantal items in die categorie (drie, drie of negen). De minimaal mogelijke score werd berekend tegelijkertijd door de minimumscore score per item (score van 1). Vervolgens werd een gestandaardiseerde domeinscore berekend volgens de richtlijnen van het instrument met de volgende formule: $(\text{totale score} - \text{minimaal mogelijke score}) / (\text{maximale score} - \text{minimaal mogelijke score}) \times 100\%$. Een hogere gestandaardiseerde score wijst op een hoger methodologisch kwaliteitsniveau (bereik 0±100%). Indicatorreeksen werden beschouwd als een hoge methodologische kwaliteit op een domein te hebben als ze 50% of hoger scoorden, wat overeenkomt met een algemene 'mee eens' of 'zeer mee eens'. Domeinscores zijn onafhankelijk en mogen niet worden gecombineerd tot één kwaliteitscore. Drie onderzoekers (MD, MC en KD) beoordeelden onafhankelijk van elkaar de geïnccludeerde studies met het AIRE-instrument. Het AIRE-instrument werd zowel toegepast op elke ingevulde set kwaliteitsindicatoren, omdat publicaties over het algemeen informatie gaven over de ontwikkeling en het wetenschappelijk bewijs van de totale set indicatoren als voor elke indicator afzonderlijk.

3 Resultaten

3.1 Zoekresultaten

De systematische zoekstrategie leverde 1135 resultaten op. Het selectieproces werd geïllustreerd in een PRSIMA-schema (figuur 1).

Figuur 1 PRISMA Flowchart



De initiële selectie gebeurde op basis van het soort onderzoek, de doelgroep, de taal, de setting en de context. Er werden op basis van het studieprotocol uiteindelijk 14 studies weerhouden na full tekst - screening. Deze studies bestudeerden de ontwikkeling, implementatie en/of testing van kwaliteitsindica-

toren op vlak van geïntegreerde zorg voor personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Desalniettemin vertoonden de studies grote inhoudelijke verschillen (doelgroep, soort indicatoren, aanpak) en varieerden deze sterk in kwaliteit.

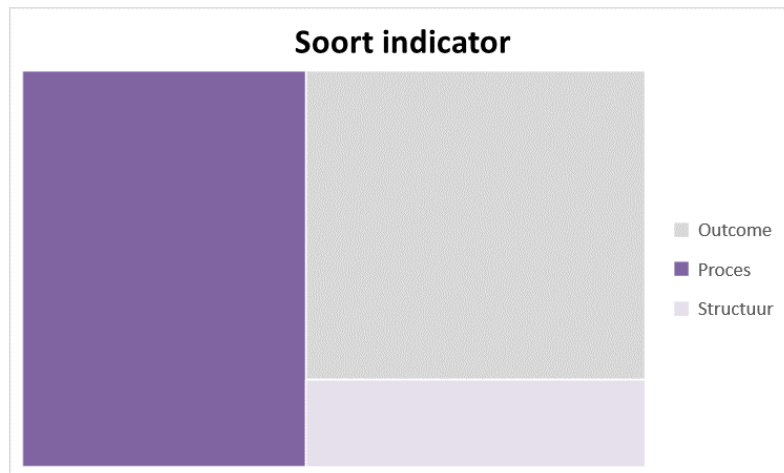
3.2 Karakteristieken van de studies en studiecontext

Een gedetailleerd overzicht van de geïncludeerde studies en kwaliteitsindicatoren kan geraadpleegd worden in bijlage 2. Bijna één derde van de studies werd uitgevoerd in Nederland (n = 4) (16-19) en de USA (n = 4) (20-23), gevolgd door Canada (n = 2)(24, 25). Andere studies kwamen van Zuid Korea (26), Spanje (27), Israël (28) en Frankrijk (29). De helft van de studies focusten op de doelgroep ‘ouderen in een woonzorgcentrum’ (n =7) (20, 22, 23, 25, 26, 28, 29), gevolgd door personen met hoofd- en nekanker (n = 2)(17, 18), personen met dementie (n = 2)(16, 24), personen met longkanker (n = 1) (19), zeer specifiek over personen die moeilijk toegang vinden tot de eerstelijnszorg (n = 1)(21) en multicomplexe problematiek hebben (n = 1)(27).

3.3 Karakteristieken van de kwaliteitsindicatoren

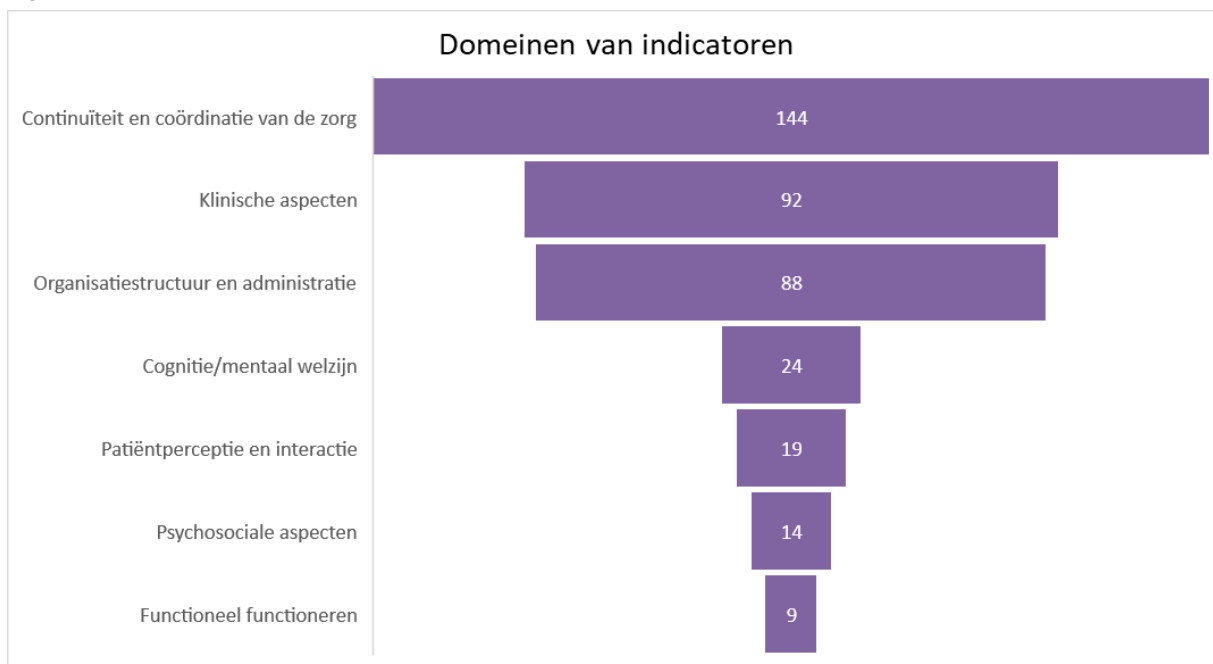
Bijlage 3 beschrijft de 390 indicatoren met hun teller en noemer, het domein dat ze bestrijken en het soort indicator (proces, outcome, structuur). De geruime meerderheid van de indicatoren (88%) bestaat uit proces en outcome – indicatoren. De overige 12 % zijn structuurindicatoren. De verhoudingen tussen deze indicatoren wordt gevisualiseerd in figuur 2.

Figuur 2 Soort indicator



Figuur 3 illustreert de domeinen waarin de indicatoren zich bevonden. De focus lag voornamelijk op indicatoren met betrekking tot ‘coördinatie en continuïteit van de zorg’ (n = 144, 37%), gevolgd door ‘klinische aspecten’ (n = 92, 24%), ‘organisatiestructuur en administratie’ (n = 88, 23%), ‘cognitie/mentaal welzijn’ (n = 24, 6%), ‘patiëntenperceptie en interactie’ (n=19, 5%), ‘psychosociale aspecten’ (n = 14, 4%) en tenslotte ‘functionele functioneren’ (n = 9, 2%)

Figuur 3 Domeinen van de indicatoren



Tabel 1 toont het aantal indicatoren per domein ten opzichte van het soort indicator. Uit de studies bleek de procesindicator het meest aanwezig (n = 178, 46%), gevolgd door de outcome indicator (n = 165, 42%) en als laatste de structuurindicator (n = 47, 12%).

De indicatoren met betrekking tot de klinische aspecten van de zorgen resulteerden voornamelijk in outcome indicatoren (n = 75). De indicatoren, gaande over continuïteit en coördinatie van zorg, betroffen voornamelijk procesindicatoren (n = 125). De indicatoren hadden doorgaans voornamelijk betrekking op de evaluatie van de zorg, behandeling, de kwaliteit en veiligheid van de zorg, toegankelijkheid van de zorg, mate van zorgcoördinatie, mate van informatiedoorstroming en communicatie, patiënt- en zorgverlenerservaringen.

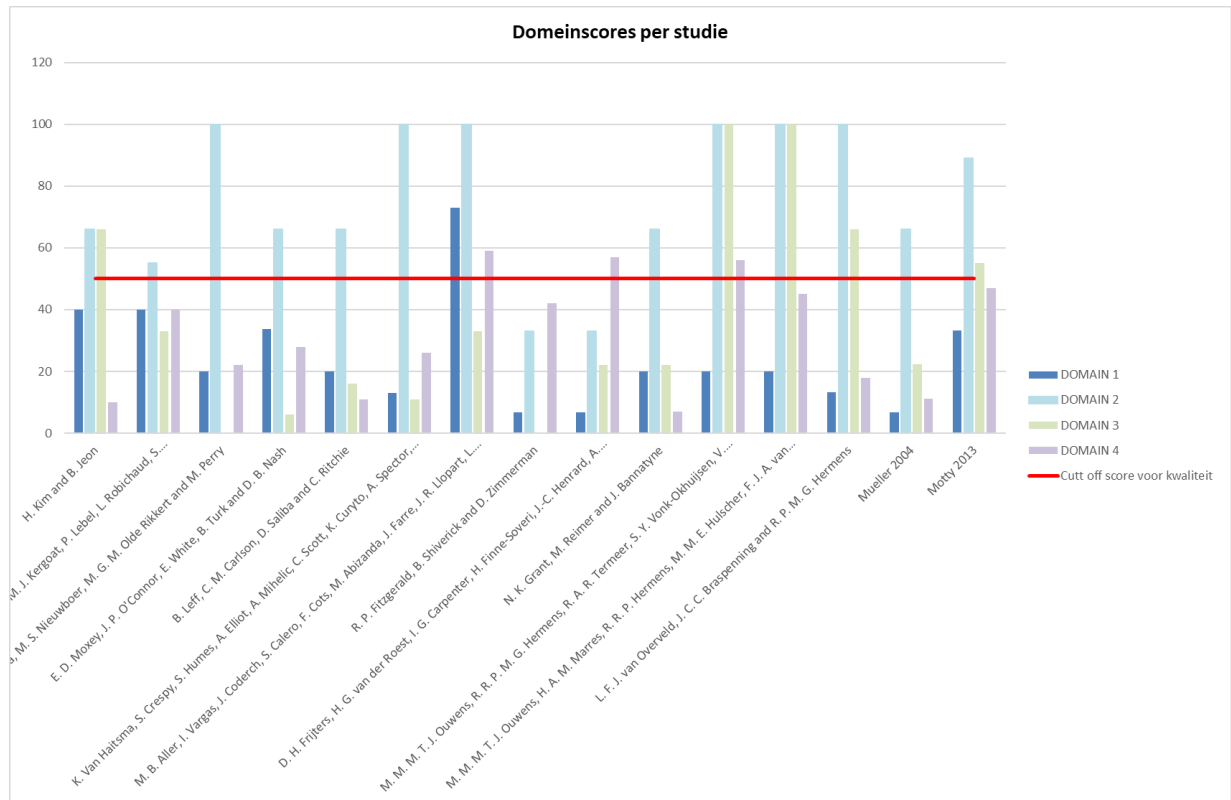
Tabel 1 Aantal kwaliteitsindicatoren per domein, in verhouding tot het soort indicator.

Domeinen	Outcome	Proces	Structuur	Totaal
Klinische aspecten	75	16	1	92
Cognitie/mentaal welzijn	14	8	2	24
Organisatiestructuur en administratie	29	22	37	88
Continuïteit en coördinatie van de zorg	15	125	4	144
Psychosociale aspecten	10	3	1	14
Functioneel functioneren	7	0	2	9
Patiëntperceptie en interactie	15	4	0	19
Totaal per domein (n)	165	178	47	390
Totaal per domein (%)	42%	46%	12%	100%

3.4 Methodologische kwaliteit van de indicatoren

Figuur 4 en tabel 2 presenteren de resultaten van de methodologische beoordeling van de indicatoren uit de 14 geselecteerde studies. Deze beoordeling gebeurde aan de hand van het AIRE – instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation). Algemeen gesteld bevinden zich de hoogste scores binnen het domein van ‘stakeholders betrokkenheid’. 86 % van alle studies scoorden hoger dan 51% op deze domeinscore. De domeinscores van respectievelijk, ‘wetenschappelijke evidentie’ (36%) en onderbouwing, formulering en gebruik (21%) scoorden lager. De domeinscore van ‘doel, relevantie en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft’ scoorde het laagste met een percentage van 7%. Slechts één studies overschreed de kwaliteitsdrempel voor dit domein. Twee studies (17, 27) hadden een goede kwaliteit waarbij voor drie domeinen de kwaliteitsdrempel overschreden werd. Vier studies (17, 19, 26, 29) bereikten de kwaliteitsdrempel voor twee domeinen. De helft van de artikelen (16, 20, 21, 23-25, 28) scoorde meer dan 51% op de domeinscore voor slechts één domein en één artikel (30) haalde op geen enkel domein de lat.

Figuur 4 Domeinscores per studie ten opzichte van de cut off voor kwaliteit



Tabel 2 Methodologische karakteristieken van de kwaliteitsindicatoren per studie, beoordeeld aan de hand van het AIRE-instrument

AIRE Instrument -	AIRE Instrument - Item	H. Kim and B.	E. Kröger	D. L. Oostra	E. D. Moxey	B. Leff, C. M.	K. Van Haitsm	M. B. Aller, I.	R. P. Fitzger	D. H. Frijters	N. K. Grant,	M. M. M. T. J.	M. M. M. T. J.	L. F. J. van	Muelle r 2004	Motty 2013
DOMAIN 1	Domain 1: Purpose, relevance and organizational context	40	40	20	34	20	13	73	6,7	7	20	20	20	13	7	33
1	The purpose of the indicator is described clearly	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	3
2	The criteria for selecting the topic of the indicator are described in detail	3	1	1	1,07	1	1	3	1	1	3	1	1	2	1	2
3	The organizational context of the indicator is described in detail	4	4	4	4	4	3	4	1	1	1	1	1	1	2	3
4	The quality domain the indicator addresses is described in detail	2	2	1	2	1	1	4	1	1	1	3	3	1	1	1
5	The health-care process covered by the indicator is described and defined in detail	1	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
DOMAIN 2	Domain 2: Stakeholder involvement	66	55	100	66	66	100	100	33	33	66	100	100	100	66	89
6	The group developing the indicator includes individuals from relevant professional groups	3	4	4	3	3	4	4	1	1	2	4	4	4	3	4
7	Considering the purpose of the indicator, all relevant stakeholders have been involved at some stage of the development process	3	3	4	3	3	4	4	1	1	3	4	4	4	3	3
8	The indicator has been formally endorsed	3	1	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
DOMAIN 3	Domain 3: Scientific evidence	66	33	0	6	16	11	33	0	22	22	100	100	66	22	55
9	Systematic methods were used to search for scientific evidence	3	2	1	1,2	1,5	2	2	1	1	3	4	4	4	3	2
10	The indicator is based on recommendations from an evidencebased guideline	3	3	1	1,2	1,5	1	2	1	3	1	4	4	3	1	4
11	The supporting evidence has been critically appraised	3	1	1	1,1	1,5	1	2	1	1	1	4	4	2	1	2
DOMAIN 4	Domain 4: Additional evidence, formulation and usage	10	40	22	28	11	26	59	42	57	7	56	45	18	11	47
12	The numerator and denominator are described in detail	1	3	1	1,5	1	1	4	4	4	1	4	2	3	1	4
13	The target patient population of the indicator is defined clearly	1	3	4	2	2	4	3	2	1	1	4	4	4	2	4
14	A strategy for risk adjustment has been considered and described	1	1	1	1	1	1	1	2,3	3,35	1	3,3	1	1	1	3,2
15	The indicator measures what it is intended to measure (validity)	1	4	1	2,5	1	1	3	1	2	1	2	4	1	1	2,6
16	The indicator measures accurately and consistently (reliability)	1	2	1	2,5	1	1	3	1	2	1	2	1,6	1	1	1
17	The indicator has sufficient discriminative power	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2,6	1	1	2
18	The indicator has been piloted in practice	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	1	1	3
19	The efforts needed for data collection have been considered	1,8	2	1	1	1	2	1	4	2	1	2	1	1	1	1
20	Specific instructions for presenting and interpreting the indicator results are provided	1	1	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1

Na methodologische analyse met het AIRE instrument, volgde er nog een bijkomende selectieronde, waarbij de indicatoren gescreend werden volgens de criteria 'geïntegreerde zorg', 'relevantie', 'begrijpbaarheid', 'meetbaarheid' en 'haalbaarheid'. Enkel de indicatoren dewelke aan elk criterium voldeden werden weerhouden. Dit resulteerde in 75 indicatoren (tabel 3), die onderverdeeld werden in de beschreven domeinen en volgens meetniveau (proces, structuur, outcome). Een volledig overzicht van de specifieke geselecteerde indicatoren per domein kan geraadpleegd worden in bijlage 4.

Tabel 3 Weerhouden indicatoren volgens domein en meetniveau

Domein van de indicator	O	P	S	Eindtotaal	Percentage
Eindtotaal	5	65	5	75	100%
Continuïteit en coördinatie van de zorg	1	56	2	59	79%
Organisatiestructuur en administratie		6	1	7	9%
Patiëntperceptie en interactie	4	2		6	8%
Klinische problemen		1		1	1%
Cognitie en mentaal welzijn			1	1	1%
Functioneel functioneren			1	1	1%

4 Conclusie

De systematische review toont aan dat er de laatste jaren een heel aantal indicatoren ontwikkeld werden om de kwaliteit van geïntegreerde zorg te meten voor personen met een langdurige zorg- en ondersteuningsnood. Het gaat doorgaans vaak over personen met een chronische problematiek, zoals personen met een oncologische aandoening of oudere personen in de residentiële zorg. Algemeen kan geconcludeerd worden dat er zeer veel doelgroepspecifieke indicatoren ontwikkeld werden. Deze kunnen echter niet generiek toegepast worden. Er moet dus steeds gekeken worden naar de doelgroep en de context waarin de indicator gebruikt kan worden.

Methodologisch vertoonden de indicatoren zeer veel variatie in kwaliteit. Daarnaast scoorden indicatoren vaak ook aan de lage kant voor het domein 'wetenschappelijke evidentie' en 'doel, relevantie en organisatorische context'. De indicatoren scoorden echter wel goed op het domein 'betrokkenheid van stakeholders'.

De uiteindelijk weerhouden set van geselecteerde indicatoren bestond voornamelijk uit procesindicatoren. Dit kan verklaard worden door het feit dat deze review zich focuste op het proces van geïntegreerde zorg. Desalniettemin zou een streven naar meer evenwicht tussen proces-, structuur- en outcome-indicatoren wenselijk zijn voor het evalueren van geïntegreerde zorg.

Algemeen kan geconcludeerd worden dat er nog verder onderzoek nodig is om de wetenschappelijke evidentie van indicatoren te meten en te optimaliseren, zodat deze bruikbaar zijn voor de praktijk. Daarenboven is het van cruciaal belang de cliënt centraal te stellen binnen de evaluatie van geïntegreerde zorg. Dit houdt in dat patiëntenparticipatie een bouwsteen moet zijn in de bepaling van de doelen en evaluatie ervan.

5 Pragmatische vertaling

We definieerden op een generiek niveau een indicatorenkader waarin de basiselementen van een monitorings- en evaluatieplan zijn beschreven. Gezien de brede aard van de projectoproep is de concrete invulling van de indicatoren in functie van het specifieke doelpubliek en de partners in het consortium aangewezen. De consortia dienen dus verder aan de slag te gaan met het specificeren van indicatoren.

Indicatoren kader:

1. **Aanwezigheid van een toegangspunt** (fysiek, digitaal, combinatie, ...) voor personen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood:
 - a. Een duidelijke beschrijving op basis van structuur- en procesindicatoren.
 - b. De zorgvragen die via het toegangspunt worden getrieerd worden geregistreerd.
2. **Voor iedere partner in het consortium:**
 - a. Een duidelijke beschrijving van de structuur van het consortium (voorzieningen, FTE). Bv. Welke diensten/specialismen zijn opgenomen, welke structurele samenwerking is beschreven.
 - b. Activiteit van het consortium beschreven door procesindicatoren. Dit zijn gegevens die typisch worden weergegeven in een jaarverslag.
 - c. De ondersteuning die wordt geleverd aan de persoon met langdurige zorg- en ondersteuningsnood wordt geregistreerd.
3. **Iedere persoon met langdurige zorg- en ondersteuningsnood** wordt opgevolgd binnen het consortium:

Een periodieke inschatting wordt gemaakt van de zorg- en ondersteuningsnood aan de hand van een gevalideerd instrument. Dit kan bijvoorbeeld jaarlijks indien er een stabiele toestand is. Bij acute wijzigingen wordt een herinschatting gedaan.
4. De bovenstaande registraties 1b, 2b en 3 kunnen aan de hand van een uniek ID aan elkaar gekoppeld worden. Iedere individuele registratie is voorzien van een timestamp. Op basis van deze registraties wordt een outcome analyse gedaan waarin de zorgnood wordt vergeleken met de geleverde ondersteuning. Tevens wordt een gap analyse gedaan die de niet (tijdig) ingevulde noden in kaart brengt.
5. Het monitorings- en evaluatieplan waarin bovenstaande indicatoren worden beschreven maakt deel uit van het projectvoorstel.

6 Referenties

Organization WH. ROADMAP. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). 2013.

Europe W. Integrated care models: An overview. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe [Google Scholar]. 2016.

Swartz MK. The PRISMA statement: a guideline for systematic reviews and meta-analyses. *J Pediatr Health Care*. 2011;25(1):1-2.

- Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev.* 1980;37(7):653-98.
- Joling KJ, Van Eenoo L, Vetrano DL, Smaardijk VR, Declercq A, Onder G, et al. Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS one.* 2018;13(1):e0190298.
- Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care. London: Nuffield Trust. 2011;7.
- Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly.* 1999;77(1):77-110.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care.* 2002;2.
- De Roo ML, Leemans K, Claessen SJ, Cohen J, Pasman HR, Deliens L, et al. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2013;46(4):556-72.
- Pasman HR, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(1):145-56.
- Strudwick K, Nelson M, Martin-Khan M, Bourke M, Bell A, Russell T. Quality indicators for musculoskeletal injury management in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med.* 2015;22(2):127-41.
- Smeulers M, Verweij L, Maaskant JM, de Boer M, Krediet CT, Nieveen van Dijkum EJ, et al. Quality indicators for safe medication preparation and administration: a systematic review. *PLoS One.* 2015;10(4):e0122695.
- Zemni I, Meriem K, Khelil M, Safer M, Zoghalmi C, Ben Abdelaziz A. Quality indicators of hip fracture management. A systematic review. *Tunis Med.* 2020;98(12):913-25.
- Petrosyan Y, Sahakyan Y, Barnsley JM, Kuluski K, Liu B, Wodchis WP. Quality indicators for care of depression in primary care settings: a systematic review. *Syst Rev.* 2017;6(1):126.
- Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care.* 2001;13(6):475-80.
- Oostra DL, Nieuwboer MS, Olde Rikkert MGM, Perry M. Development and pilot testing of quality improvement indicators for integrated primary dementia care. *BMJ Open Qual.* 2020;9(2).
- Ouwens MM, Marres HA, Hermens RR, Hulscher MM, van den Hoogen FJ, Grol RP, et al. Quality of integrated care for patients with head and neck cancer: Development and measurement of clinical indicators. *Head Neck.* 2007;29(4):378-86.
- Ouwens MM, Hermens RR, Termeer RA, Vonk-Okhuijsen SY, Tjan-Heijnen VC, Verhagen AF, et al. Quality of integrated care for patients with nonsmall cell lung cancer: variations and determinants of care. *Cancer.* 2007;110(8):1782-90.
- van Overveld LF, Braspenning JC, Hermens RP. Quality indicators of integrated care for patients with head and neck cancer. *Clin Otolaryngol.* 2017;42(2):322-9.
- Moxey ED, O'Connor JP, White E, Turk B, Nash DB. Developing a quality measurement tool and reporting format for long-term care. *Jt Comm J Qual Improv.* 2002;28(4):180-96.
- Leff B, Carlson CM, Saliba D, Ritchie C. The Invisible Homebound: Setting Quality-Of-Care Standards For Home-Based Primary And Palliative Care. *Health Affairs.* 2015;34(1):21-9.

Fitzgerald RP, Shiverick B, Zimmerman D. Applying performance measures to long term care. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1996;22(7):505-17.

Mueller C, Karon SL. ANA nurse sensitive quality indicators for long-term care facilities. *J Nurs Care Qual*. 2004;19(1):39-47.

Kröger E, Tourigny A, Morin D, Côté L, Kergoat MJ, Lebel P, et al. Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:195.

Grant NK, Reimer M, Bannatyne J. Indicators of quality in long-term care facilities. *International Journal of Nursing Studies*. 1996;33(5):469-78.

Kim H, Jeon B. Developing a framework for performance assessment of the public long-term care system in Korea: methodological and policy lessons. *Health Res Policy Syst*. 2020;18(1):27.

Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:323.

Frijters DH, van der Roest HG, Carpenter IG, Finne-Soveri H, Henrard J-C, Chetrit A, et al. The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project). *BMC Health Services Research*. 2013;13(1):138-.

Moty C, Barberger-Gateau P, De Sarasqueta AM, Teare GF, Henrard JC. Risk adjustment of quality indicators in French long term care facilities for elderly people. A preliminary study. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003;51(3):327-38.

Fitzgerald M. The potential role of the occupational therapist in acute psychiatric services: A comparative evaluation. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*. 2016;23(11):514-8.

Bijlagen

BIJLAGE 1 ZOEKFUNCTIE IN MEDLINE, CINAHL EN WEB OF SCIENCE

Method: #1 AND #2 AND #3

#1 Quality indicators

"Quality Indicators, Health Care" [Mesh] OR "quality indicator*" [tiab] OR "quality measure" [tiab]

#2 Integrated care

"Long-Term Care"[Mesh] OR "Transitional Care"[Mesh] OR OR "transitional care*" [tiab] "Delivery of Health Care, Integrated" [Mesh]) OR"integrated care*" [tiab]

#3 Adults and elderly people

"Adult" [Mesh] OR "Aged" [Mesh] OR "Aged, 80 and over" [Mesh] OR "Frail Elderly" [Mesh]

BIJLAGE 2 DATAEXTRACTIETABEL VAN DE GEANALYSEERDE STUDIES

Author(s) article	Year article	Title article	Country/Area	Study aims	Target population	Healthcare setting	Number of indicator sets	Number of indicators
H. Kim and B. Jeon	2020	Developing a framework for performance assessment of the public long-term care system in Korea: methodological and policy lessons	South Korea	Developing an LTC system performance framework including performance goals, dimensions and indicators for the public LTCI programme in Korea through a six step process	People aged 65 or older	Long-term care setting	4	28
E. Kröger, A. Tourigny, D. Morin, L. Côté, M. J. Kergoat, P. Lebel, L. Robichaud, S. Imbeault, S. Proulx and Z. Benounissa	2007	Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia	Canada	Evaluating the quality of health care and services provided to vulnerable older adults within integrated service systems	Vulnerable older adults affected by cognitive impairment/dementia and being treated in an integrated service system (integrated community care). The pilot study included 40 community-dwelling patients aged 75 and older with a diagnosis of cognitive impairment/dementia receiving home care services.	Integrated service system	6	72
D. L. Oostra, M. S. Nieuwboer, M. G. M. Olde Rikkert and M. Perry	2020	Development and pilot testing of quality improvement indicators for integrated primary dementia care	The Netherlands	Evaluating the effectiveness of an integrated care approach in practice and to identify areas for improvement	Dementia	Integrated care approach (DementiaNet): a healthcare innovation consisting of 36 multidisciplinary networks of primary care professionals	4	15
E. D. Moxey, J. P. O'Connor, E. White, B. Turk and D. B. Nash	2002	Developing a quality measurement tool and reporting format for long-term care	US Philadelphia	Identify domains of nursing homes quality Quality measurement in long term care in nursing homes and - facilities	Patients in nursing facilities (Philadelphia) 15 - 20 residents with no cognitive impairment (2 pilots)	Nursing Home Facilities America	4	57
B. Leff, C. M. Carlson, D. Saliba and C. Ritchie	2015	The Invisible Homebound: Setting Quality-Of-Care Standards For Home-Based Primary And Palliative Care	USA	Description of quality-of-care framework, which includes ten quality-of-care domains, thirty-two standards, and twenty quality indicators that are being tested in the field for homebased primary and palliative care	Vulnerable adults in US who have difficulties in accessing primary care (due to being homebound). Frail, functionally limited, homebound	Primary Care (tested in network practices)	7	20
M. B. Aller, I. Vargas, J. Coderch, S. Calero, F. Cots, M. Abizanda, J. Farre, J. R. Ullpart, L. Colomes and M. L. Vazquez	2015	Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care	Spain	Development of QI to evaluate clinical coordination across levels of care	More than one care level	Catalan Public Healthcare System	4	21
R. P. Fitzgerald, B. Shiverick and D. Zimmerman	1996	Applying performance measures to long term care	USA	Develop and apply data-driven quality measures for monitoring long term care organizations' compliance with external standards.	Long term care residents in nursing facilities	Nursing Home Facilities America	9	15

Year article	Title article	Country/Area	Study aims	Target population	Healthcare setting	Number of indicator sets	Number of indicators
2013	The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project)	Europe and Israel	Comparison of quality of care between long term care facilities and countries with quality indicators based on assessments with the interRAI LTCF instrument	Elderly in long term care facilities	Long term care setting	7	39
2007	Quality of integrated care for patients with nonsmall cell lung cancer: variations and determinants of care	The Netherlands	To test the quality of integrated care for 276 NSCLC patients with 14 quality indicators of professional (4 indicators), organizational (3 indicators), and patient-oriented quality (7 indicators).	Patients with nonsmall cell lung cancer (NSCLC)	Integrated care approach	3	14
1996	Indicators of quality in long-term care facilities	Canada	A comprehensive identification of indicators of quality of nursing care as perceived by residents, significant others and nursing staff in long-term care facilities.	elderly and disabled people in long term care facilities	Long-term care centres for the elderly and disabled	1	14
2007	Quality of integrated care for patients with head and neck cancer: Development and measurement of clinical indicators	The Netherlands	To develop indicators for measuring the quality of integrated care for patients with head and neck cancer with a focus on indicators regarding the process of care.	Patients with head and neck cancer.	Integrated care approach	5	31
2017	Quality indicators of integrated care for patients with head and neck cancer	The Netherlands	To develop multidisciplinary QIs to measure quality of integrated oncological care, specifically for head and neck cancer (HNC) patients.	Patients with head and neck cancer.	Integrated HNC in the Netherlands.	3	40
2004	ANA nurse sensitive quality indicators for long-term care facilities	USA	Which of the ANA nurse sensitive QI4s for acute care are relevant for LTC facilities and considered nurse sensitive? Do the 2 ANA QI's related to nurse staffing provide relevant nurse staffing data using the CMS OSCAR Staffing database?	Residents in nursing homes	Long term care facilities in the United States	1	9
2003	Risk adjustment of quality indicators in French long term care facilities for elderly people. A preliminary study	France	To propose risk adjustments on the CHRSA indicators for future use in France	Residents in elderly care facilities.	Long term care facilities in France	1	9

BIJLAGE 3 **EXCELABEL VAN DE 390 BEOORDEELDE INDICATOREN**

Author(s) article	Year	Title article	General description of the quality and safety indicator	Quality and safety domain covered	Type of indicator or measure level	The numerator and denominator
H. Kim and B. Jeon	2020	Developing a framework for performance assessment of the public long-term care system in Korea: methodological and policy lessons	Certified rate: Eligible beneficiaries as a share of people aged 65 and over	Coverage	0	Not described
			Utilisation rate: LTCI recipients as a share of all eligible beneficiaries	Coverage	0	Not described
			Utilisation rate: LTCI recipients as a share of people aged 65 and over with activities of daily living limitations	Coverage	0	Not described
			HCBS users as a share of all beneficiaries	Coverage	0	Not described
			Institutional care service users as a share of all beneficiaries	Coverage	0	Not described
			Public spending as share of total LTCI expenditure	Coverage	0	Not described
			Annual LTCI expenditure per capita	Coverage	0	Not described
			Out-of-pocket LTC spending as a share of final household consumption	Coverage	0	Not described
			Total formal LTC workers per institutional care user	Quality	0	Not described
			Nurses per institutional care user	Quality	0	Not described
			Personal carers per institutional care user	Quality	0	Not described
			User experience	Quality	0	Not described
			HCBS users as a share of all users	Quality	0	Not described
			Multiple HCBS users as a share of all HCBS users	Quality	0	Not described
			Institutional care users with less-severe level (care need level 3 and lower) as a share of all institutional care users	Quality	0	Not described
			Admission to institutions among HCBS users	Quality	0	Not described
			Admission to hospitals among HCBS users	Quality	0	Not described
			Proportion of LTCI users whose care-need level was improved or maintained	Health and quality of life	0	Not described
			Hospital admissions of LTCI users	Health and quality of life	0	Not described
			Health-related quality of life	Health and quality of life	0	Not described
			Average caregiving times for family caregivers of HCBS users	Health and quality of life	0	Not described
			Proportion of family caregivers who reduced their burden of caregiving	Health and quality of life	0	Not described
			LTCI expenditure as a share of GDP	Sustainability	0	Not described
			Ratio of surplus to income of the public LTCI	Sustainability	0	Not described
			LTCI expenditure per capita on the maintenance or improvement of care-need level	Sustainability	0	Not described
			Ratio of health insurance expenditure per capita by LTCI users compared to non-users	Sustainability	0	Not described
			Perceptions of the LTCI programme by the public	Sustainability	0	Not described
			Public's willingness to use LTCI services	Sustainability	0	Not described

E. Kröger, A. Tourigny, D. Morin, L. Côté, M. J. Kergoat, P. Lebel, L. Robichaud, S. Imbeault, S. Proulx and Z. Benouissa	2007	Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia	E1) ALL vulnerable elders newly admitted to a hospital or to a physician practice should receive, within 6 months, a comprehensive geriatric assessment.	Evaluation	P	Not described			
			E2) IF a vulnerable elder is admitted to the hospital for any acute or chronic illness or any surgical procedure, THEN the physician should request a comprehensive geriatric assessment.	Evaluation	P	Not described			
			E6) ALL vulnerable elders should be screened at least once to detect problem drinking and hazardous drinking.	Evaluation	P	Not described			
			E7a) ALL vulnerable elders should be screened at least once to detect whether they use tobacco regularly.	Evaluation	P	Not described			
			E7b) IF a vulnerable elder uses tobacco regularly, THEN he or she should be offered counselling and/or pharmacological treatment.	Evaluation	P	Not described			
			E9) ALL vulnerable elders should receive an assessment of their level of physical activity at least once a year.	Evaluation	P	Not described			
			E10) ALL vulnerable elders should have documentation that they were asked at least annually about the occurrence of falls.	Evaluation	P	Not described			
			E12) IF a vulnerable elder is admitted to an intensive care unit or a medical or surgical unit of a hospital or physician practice, THEN a comprehensive geriatric assessment should be performed.	Evaluation	P	Not described			
			E13) ALL vulnerable elders should have documentation of the presence or absence of urinary incontinence.	Evaluation	P	Not described			
			E14) IF a vulnerable elder has a new urinary incontinence that persists for more than 1 month or urinary incontinence that is recurrent, THEN the physician should evaluate the patient.	Evaluation	P	Not described			
			E15) IF a vulnerable elder has dementia, THEN he or she should be screened for depression during the initial evaluation period.	Evaluation	P	Not described			
			E16) IF a vulnerable elder presents with new onset of one of the following symptoms: anxiety, somatic prodromal symptoms, or depression, THEN the physician should evaluate the patient.	Evaluation	P	Not described			
			E17) IF a vulnerable elder presents with onset or discovery of one of the following conditions: stroke, myocardial infarction, or a new diagnosis of a chronic medical condition, THEN the physician should evaluate the patient.	Evaluation	P	Not described			
			E18) IF a vulnerable elder receives a diagnosis of a new depression episode, THEN the medical record should document the diagnosis.	Evaluation	P	Not described			
			E19) IF a vulnerable elder has thoughts of suicide, THEN the medical record should document, on the same day, the physician's assessment of the patient's suicide risk.	Evaluation	P	Not described			
			E20) IF a vulnerable elder is being treated for depression, THEN at each treatment visit suicide risk should be assessed.	Evaluation	P	Not described			
			E21) IF a hospitalized vulnerable elder has a definite or suspected diagnosis of delirium, THEN an evaluation of the patient's delirium should be performed.	Evaluation	P	Not described			
			E22) ALL community-dwelling vulnerable elders should be weighed at least every 6 months and these weights should be documented.	Evaluation	P	Not described			
			E23) IF a community-dwelling vulnerable elder has documented involuntary weight loss (greater than or equal to 5% of body weight), THEN the physician should evaluate the patient.	Evaluation	P	Not described			
			E24) IF a vulnerable elder is hospitalized, THEN his or her nutritional status should be documented during the initial evaluation period.	Evaluation	P	Not described			
			E25) IF a vulnerable elder presents with symptoms of dementia, THEN the physician should review the patient's medical record.	Evaluation	P	Not described			
			E26) IF a vulnerable elder presents with symptoms of dementia that correspond in time with the initiation of a new medication, THEN the physician should evaluate the patient.	Evaluation	P	Not described			
			E27) ALL vulnerable elders should be screened for chronic pain during the initial evaluation period and regularly thereafter.	Evaluation	P	Not described			
			E28) IF a vulnerable elder has a newly reported chronic painful condition, THEN a targeted history and physical examination should be performed.	Evaluation	P	Not described			
						E29) IF a vulnerable elder has newly diagnosed dementia, THEN serum levels of vitamin B12 and thyroid-stimulating hormone should be measured.	Evaluation	P	Not described
						E30) IF a vulnerable elder has signs of dementia and focal neurological findings that suggest an intracranial lesion, THEN a brain CT scan or MRI should be performed.	Evaluation	P	Not described
						T11) IF a vulnerable elder has newly diagnosed dementia, THEN the diagnosing physician should ask the patient about the patient's wishes regarding care.	Treatment	P	Not described
						T5) IF a vulnerable elder is identified as at risk for pressure ulcer development or a pressure ulcer risk score is high, THEN the physician should evaluate the patient.	Treatment	P	Not described
			T6) IF a vulnerable elder has mild to moderate Alzheimer disease, THEN the treating physician should discuss the patient's wishes regarding care.	Treatment	P	Not described			
			T7) IF a vulnerable elder with dementia has cerebrovascular disease, THEN he or she should be offered appropriate medical treatment.	Treatment	P	Not described			
			T8) ALL vulnerable elders should not be prescribed a medication with strong anticholinergic effects if alternative medications are available.	Treatment	P	Not described			
			T10) IF a vulnerable elder is prescribed a new drug, THEN the prescribed drug should have a clearly defined indication.	Treatment	P	Not described			
			T11) IF a vulnerable elder is prescribed a new drug, THEN the patient (or, if incapable, a caregiver) should receive education about the drug.	Treatment	P	Not described			
			T12) IF a vulnerable elder with chronic pain is treated with opioids, THEN he or she should be offered a bowel regimen.	Treatment	P	Not described			
			T14) IF a vulnerable elder with dementia has depression, THEN he or she should be treated for the depression.	Treatment	P	Not described			
			T15) IF a vulnerable elder with dementia has a caregiver (and, if capable, the patient assents), THEN the physician should discuss the patient's wishes regarding care.	Treatment	P	Not described			
			T16) IF a vulnerable elder with dementia is to be physically restrained in the hospital, THEN the target behaviour should be defined.	Treatment	P	Not described			
			T17) IF a vulnerable elder is physically restrained and the target behavioural disturbance requiring restraint is not resolved, THEN the physician should evaluate the patient.	Treatment	P	Not described			
			T18) IF a vulnerable elder is placed in physical restraints, THEN each of the following measures should be documented: the physician's assessment of the patient's behaviour, the patient's wishes regarding care, and the patient's response to the restraints.	Treatment	P	Not described			
			T19) IF a vulnerable elder presents with a pressure ulcer, THEN the pressure ulcer should be assessed for infection.	Treatment	P	Not described			
			FU11) IF the elements of a comprehensive geriatric assessment are performed, THEN follow-up should occur.	Follow-up	P	Not described			
			FU3) IF a vulnerable elder has an advance directive in the outpatient, inpatient, or nursing home medical setting, THEN the physician should discuss the patient's wishes regarding care.	Follow-up	P	Not described			
			FU4) IF a vulnerable elder has specific treatment preferences (for example, a do-not-resuscitate order, no artificial nutrition or hydration, or no intubation), THEN the physician should discuss the patient's wishes regarding care.	Follow-up	P	Not described			
			FU5) IF a vulnerable elder enters the hospital, THEN discharge planning should begin in the days following admission.	Follow-up	P	Not described			
			FU6) For ALL vulnerable elders, the patient's medical record (doctor's office, CLSC, hospital and community care centre) should document the patient's wishes regarding care.	Follow-up	P	Not described			
			FU8) EVERY new drug that is prescribed to a vulnerable elder on an ongoing basis for a chronic medical condition should be reviewed.	Follow-up	P	Not described			

			FU 9) ALL vulnerable elders should have a drug regimen review at least annually [27].	Follow-up	P	Not described
			FU 10) If a vulnerable elder has been prescribed a cyclooxygenase non selective non steroidal anti-inflammatory drug, THEN the medical record should document this.	Follow-up	P	Not described
			FU 12) If an outpatient vulnerable elder is started on a new prescription medication and he or she has a follow-up appointment, THEN the medical record should document this.	Follow-up	P	Not described
			FU 14) If an outpatient vulnerable elder is referred to a consultant physician, THEN the reason for consultation should be documented in the medical record.	Follow-up	P	Not described
			FU 15) If an outpatient vulnerable elder is referred to a consultant and subsequently visits the referring physician, THEN the medical record should document this.	Follow-up	P	Not described
			FU 16) If the outpatient medical record documents that a diagnostic test was ordered for a vulnerable elder, THEN the medical record should document the results of the test.	Follow-up	P	Not described
			FU 17) If a vulnerable elder is discharged from a hospital to home and he or she received a new prescription, THEN the medical record should document this.	Follow-up	P	Not described
			FU 19) If a vulnerable elder is discharged from a hospital to home or to a nursing home and the hospital medical record documents this, THEN the medical record of the nursing home should document this.	Follow-up	P	Not described
			FU 21) If a vulnerable elder is transferred between emergency departments or between acute care facilities, THEN the medical record should document this.	Follow-up	P	Not described
			FU 22) If a vulnerable elder is discharged from a hospital to home or to a nursing home, THEN there should be a follow-up appointment.	Follow-up	P	Not described
			FU 23) If a vulnerable elder is deaf or does not speak English, THEN an interpreter or translated materials should be used.	Follow-up	P	Not described
			C*1) If a vulnerable elder is to have inpatient or outpatient elective surgery, THEN the medical record should document this.	Consent	P	Not described
			E 3) If a patient has early stage dementia, then his performance in productive activities, leisure and everyday activities should be assessed.	Evaluation	P	Not described
			E 4) If a patient has intermediate stage dementia, then his performance in communicating and personal care should be assessed.	Evaluation	P	Not described
			E 5) If a patient has advanced stage dementia, then his performance in swallowing and his positioning should be assessed.	Evaluation	P	Not described
			E 11) All care-givers of patients with dementia must be asked about their needs for support services [32].	Evaluation	P	Not described
			E 31) All vulnerable elders living in psychosocial circumstances presenting a high-risk for their health should be assessed.	Evaluation	P	Not described
			E 32) If a vulnerable elder is assessed, then language barriers, needs of persons with disabilities (including hearing and vision) should be documented.	Evaluation	P	Not described
			T 3) If a service plan is necessary, then this plan should be elaborated with the vulnerable elder or his representative.	Treatment	P	Not described
			T 4) If a confidential discussion has to take place with a vulnerable elder, then it should take place in private.	Treatment	P	Not described
			T 9) No person with dementia should be taking long-acting sedatives (hypnotics, anxiolytics), unless there is a clear indication.	Treatment	P	Not described
			T 13) In order to manage behavioural and psychological aspects of dementia, no-drug management strategies should be used.	Treatment	P	Not described
			FU 2) If a vulnerable elder has symptoms of cognitive impairment but has not received a diagnosis of dementia, THEN the medical record should document this.	Follow-up	P	Not described
			FU 7) All vulnerable elders with complex medication regimens who are returning to community living should have a medication review.	Follow-up	P	Not described
			A*1) All vulnerable elders should receive primary care when needed [20].	Access	P	Not described
			A 3) If a vulnerable older person has to consult a specialist, then the delay between taking the appointment and the consultation should be documented.	Access	P	Not described
			A 4) If a vulnerable elder needs services or health care at home (nursing care, rehabilitation care, domestic care), THEN the medical record should document this.	Access	P	Not described
D. L. Oostra, M. S. Nieuwboer, M. G. M. Olde Rikkert and M. Perry	2020	Development and pilot testing of quality improvement indicators for integrated primary dementia care	A case manager is involved	Quality of care	P	Not described
			The PWD has been discussed in a multidisciplinary meeting in the past year.	Quality of care	P	Not described
			The PWD has been discussed in a pharmacotherapeutic meeting in the past year.	Quality of care	P	Not described
			Future treatment wishes were discussed with the PWD and their informal caregiver in the past year.	Quality of care	P	Not described
			Support is offered to the informal caregiver in the past year	Quality of care	P	Not described
			Assessment of the perseverance time of the informal caregiver.	Well-being	O	Not described
			Informal caregiver states that PWD is satisfied with his/her daily activities.	Well-being	O	Not described
			The network has set at least one well-being related goal for the PWD.	Well-being	O	Not described
			At least one representative of a welfare organisation is part of the network.	Network-based care	P	Not described
			Task division and communication: 1. There is a document with expertise and contact information of all the network members.	Network-based care	P	Not described
			The network worked on at least one new challenge or celebrated one success in the past year.	Network-based care	P	Not described
			There was an informal activity for network participants in the past year	Network-based care	P	Not described
			The PWD is diagnosed in the primary setting.	Cost-efficiency	P	Not described
			Number of emergency consultations in the past year.	Cost-efficiency	O	Not described
			PWD care is reimbursed from the long-term care finance system	Cost-efficiency	P	Not described

Bijlagen

		PANPHA		S	Not described
		Am. Ass of Homes		S	Not described
		National homes of ageing		S	Not described
		Other clinical		S	Not described
		Resident mix			
		Age		O	Not described
		Gender		S	Not described
		Mobility		O	Not described
		Mental status		O	Not described
		No potential for discharge		S	Not described
		Quality Improvement Structure			
		Director of quality insurance		S	Not described
		% of time dedicated tot QA		S	Not described
		QA Committee		S	Not described
		Ad hoc Committees		S	Not described
		Current QJ Initiatives		S	Not described
		Data Review		P	Not described
		Clinical			
		Use of 9 or more different medications		O	Numerator: Patients who use 9 or more different medications, Denominator: total number of patients
		Prevalence of occasional bladder or bowel incontinence without a toileting plan		O	Numerator: Patients with prevalence of occasional bladder or bowel incontinence, Denominator: total number of patients
		Prevalence of weighth loss		O	Numerator: Patients with weighthloss, Denominator: total number of patients
		Incidence of decline in late loss ADLS		O	Numerator: Patients with loss ADL, Denominator: total number of patients
		Prevalence of antipsychotic use in the absence of psychotic or related conditions		O	Numerator: Patients with antipsychotic use, Denominator: total number of patients
		Prevalence of daily physical restraints		O	Numerator: Patients with daily physical restraint, Denominator: total number of patients
		Prevalence of little or no activity		O	Numerator: Patients with little or no activity, Denominator: total number of patients
		Prevalence of fecal impaction		O	Numerator: Patients with fecal impaction, Denominator: total number of patients
		Prevalence of dehydration		O	Numerator: Patients with dehydration, Denominator: total number of patients
		Prevalence of stage 1 - 4 pressure ulcers		O	Numerator: Patients with pressure ulcers, Denominator: total number of patients
		Evironmental			
		Physical attractiveness (9 items)		S	N/A
		Evironmental diversity (5 items)		S	N/A
		Resident functioning (5 items)		S	N/A
		Staff functioning (5 items)		O	N/A
		Social			
		Resident satisfaction (17 questions)		O	Not described
		Resident family support services		P	Not described
		Staff Satisfaction		P	Not described
		Activities inside de facility (13 activities)		O	Not described
		Activities outside de facility (12 activities)		O	Not described

B. Leff, C. M. Carlson, D. Saliba and C. Ritchie	2015	The Invisible Homebound: Setting O	Assessment			
			Pain		O	Not described
			Constipation		O	Not described
			Depression		O	Not described
			Functional Status		O	Not described
			Alcohol use		O	Not described
			Preferred spoken language		O	Not described
			Vision and hearing status		O	Not described
			Abuse		O	Not described
			Neglect		O	Not described
			Risk of falls		O	Not described
			Care Coordination			
			Timely follow up after hospital discharge		P	Not described
			Safety			
			Reviewing drug regimen		O	Not described
			Medication in context of cognitive decline		O	Not described
			Reconciling medication changes after hospital discharge		O	Not described
			Quality of Life			
			Treatment for depression		P	Not described
			Providing influenza vaccination		O	Not described
			Provider competency			
			Goal attainment			
Preferences for life sustaining treatment		P	Not described			
Access						
Timely Hospice Referral		P	Not described			
Patient and caregiver experience						
Providers ability to be caring		P	Not described			
Ability to inspire trust		P	Not described			
K. Van Haitsma, S. Crespy, S. Humes, A. Elliot, A. Mihelic, C. Scott, K. Curyto, A. Spector, K. Eshraghi, C. Duntzee, A. R. Heid and K.	2014	New Toolkit to Measure Quality of P	Growth activities (reading)		O	Not described
			Diversionary (watching tv)		O	Not described
			Self dominion (choosing what to eat)		O	Not described
			Social contact		O	Not described
			Caregivers and care		O	Not described

M. B. Aller, I. Vargas, J. Coderch, S. Calero, F. Cots, M. Abizanda, J. Farre, J. R. Llopert, L. Colomes and M. L. Vazquez	2015	Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care	Information transfer (7)			
			Percentage of hospital discharges for which a discharge report is made available to primary care within the first 24h		P	Numerator: Discharge report available in primary care within the first 24h after hospital discharge Denominator: Hospital discharges
			Mean time to discharge report availability in primary care		P	Numerator: total hours elapsed from the time of hospital discharge to report availability in primary care Denominator: Hospital discharges
			Percentage of emergency care visits for which there is an emergency report available in primary care within 24h		P	Numerator: Emergency care report available in primary care within 24h of the emergency care visit Denominator: Emergency care discharges
			Mean time to emergency care report availability in primary care		P	Numerator: Total hours elapsed from the emergency care visit to report availability in primary care Denominator: Emergency care discharges
			Percentage of discharge reports duly completed		P	Numerator: Hospital discharge reports which contain at least four of the following items: reason for admission, additional test performed and pending, follow up or monitoring for the patient after discharge, list of current medications and recommendations for the patient Denominator: Hospital discharge reports of patients discharged with diagnosis of COPD, DM and/or HF
			Percentage of emergency care reports duly completed		P	Numerator: Emergency care reports which contain at least four of the following items: the reason for the emergency care visit, additional tests performed and pending (laboratory, radiology), follow up or monitoring of the patient after the emergency care visit, list of current medications and recommendations for the patient Denominator: Emergency care reports of patients with COPD, DM and/or HF
			Percentage of referral forms from primary care duly completed		P	Numerator: Patients diagnosed with HF, COPD and/or DM that have been referred to secondary care with a referral form that contains relevant background morbidity, current medical treatment, and reason for the referral Denominator: Patients diagnosed with HF, COPD and/or DM that have been referred to secondary care
			Care Coherence (6)			
			Percentage of secondary care visits of patients diagnosed with HF in which specialists ordered test that were performed in the previous six months in primary care		P	Numerator: First secondary care visit of HF patients referred from primary care in which the specialist ordered a non-urgent, non-priority X-ray of the thorax, ECG or general blood test that was performed in the previous six months in primary care Denominator: Total first non-urgent, nonpriority secondary care visits of patients referred from primary care for HF
			Percentage of pneumology visits of patients diagnosed with COPD in which the specialist ordered a spirometry that was performed in the previous six months in primary care		P	Numerator: First non-urgent, non-priority pneumology visit of COPD patients referred from primary care in which the specialist ordered a spirometry that was performed in the previous six months in primary care Denominator: Total first non-urgent, nonpriority pneumology visits of patients referred from primary care for COPD
			Percentage of patients with DM who started insulin therapy during hospitalization and whose primary care medical record documents a follow up within one week of discharge		O	Numerator: Patients with DM who started insulin therapy during hospitalization and whose primary care medical record documents a follow-up within one week of discharge Denominator: Patients with DM who started insulin therapy during hospitalization
			Percentage of patients with HF correctly referred from primary care tot non urgent outpatient secondary care.		P	Numerator: Patients diagnosed with HF and correctly referred to cardiology or internal medicine EMR audit Denominator: Patients diagnosed with HF that have been referred from primary care to cardiology or internal medicine
			Percentage of patients with HF that have been correctly referred to emergency care form primary care.		P	Numerator: Patients with exacerbation of HF that have been correctly referred to emergency care from primary care EMR audit Denominator: Patients that visit emergency care for decompensated HF referred by primary care
			Percentage of patients with HF diagnosed in the past year who had an ECG as part of the diagnostic process.		O	Numerator: Patients diagnosed with HF who had an echocardiogram as part of the diagnostic process Denominator: Total of patients diagnosed with HF

		<u>Follow up across levels (4)</u>			
		Percentage of hospital discharges with contact between the hospital and primary care prior to discharge of patients hospitalized for severe exacerbation of COPD	P		Numerator: Hospital discharges with principal diagnosis related to the severe exacerbation of COPD and in which the hospital has contacted primary care prior to the discharge Denominator: Hospital discharges with principal diagnosis related to severe exacerbation of COPD
		Percentage of hospital discharges with contact between the hospital and primary care prior to the discharge of patients hospitalized for decompensated HF	P		Numerator: Hospital discharges with principal diagnosis related to decompensated HF in which primary care has been contacted prior to discharge Denominator: Hospital discharges with principal diagnosis related to decompensated HF
		Percentage of hospital discharges of patients admitted for exacerbation of COPD who have a consultation in primary care in less than 72h	P		Numerator: Hospital discharges with principal diagnosis related to severe exacerbation of COPD and with a consultation in primary care in less than 72 h Denominator: Hospital discharges with principal diagnosis related to severe exacerbation of COPD
		Percentage of hospital discharges of patients admitted for decompensated HF who have a consultation in primary care in less than 7 days	P		Numerator: Hospital discharges with principal diagnosis related to decompensated HF and with a consultation in primary care in less than 7 days Denominator: Patients discharged with principal diagnosis related to decompensated HF
		<u>Accessibility across levels (4)</u>			
		Mean time elapsed from non urgent, non priority primary care referral of HF patients to cardiologist visit	P		Numerator: Total days elapsed from nonurgent, non-priority, primary care referral of HF patients to cardiologist visit Denominator: Total HF patients with nonurgent, non-priority referrals from primary care to cardiology
		Mean time elapsed from the referral of a patient with suspected cancer (lung, colorectal, breast, bladder and prostate) to the first specialist care visit	P		Numerator: Total days elapsed from the primary care referral of a patient with suspected cancer to the first appointment with rapid diagnosis program Denominator: Total patients referred from primary care to specialist care for suspected cancer (lung, colorectal, breast, bladder and prostate)
		Mean time elapsed from the referral of a patient with suspected cancer (lung, colorectal, breast and prostate) to time of cancer diagnosis.	P		Numerator: Total days elapsed from the primary care referral of a patient with suspected cancer to the diagnosis of cancer Denominator: Total patients with suspected cancer (lung, colorectal, breast, bladder and prostate) first identified in primary care and with a later diagnosis of cancer
		Mean time elapsed from the referral of a patient with suspected cancer (lung, colorectal, breast, bladder and prostate) to the initiation of cancer treatment (surgery and/or chem	P		Numerator: Total days elapsed from the referral from primary care of a patient with suspected cancer to the initiation of cancer treatment (surgery and/or chemotherapy and/or radiotherapy) Denominator: Total patients diagnosed with cancer (lung, colorectal, breast, bladder and prostate) referred to secondary care from primary care who initiate treatment including surgery, chemotherapy and/or radiotherapy at the hospital to which they were referred from primary care.

Bijlagen

R. P. Fitzgerald, B. Shiverick and D. Zimmerman	1996	Applying performance measures to long term care	Prevalence of weight loss	Nutrition/Eating	0	Numerator: Proportion of residents with weight loss -5% in 30 days or 10% in 6 months on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of stage 1-4 pressure ulcers, high risk	Skin Care	0	Numerator: Residents with pressure ulcers (stage 1-4) on most recent assessments with high risk Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of stage 1-4 pressure ulcers, low risk	Skin Care	0	Numerator: Residents with pressure ulcers (stage 1-4) on most recent assessments with low risk Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of falls	Accidents	0	Numerator: Residents who had falls on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of urinary tract infections	Infection Control	0	Numerator: Residents with urinary tract infections on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessment
			Lack of training/skill practice or range of motion for mobility-dependent residents	Physical Functioning	0	Numerator: Residents who do not receive training/skill practice in locomotion or transferring and who are not receiving range of motion training Denominator: Residents who have limited to total dependence in a mobility-related activity of daily total living (bed mobility, locomotion or transferring)
			Prevalence of antipsychotic use, in the absence of psychotic and related conditions, high risk	Psychotic Drug use	0	Numerator: Residents receiving antipsychotic on most recent assessment; high risk Denominator: All residents without a psychiatric diagnosis on most recent assessment
			Prevalence of antipsychotic use, in the absence of psychotic and related conditions, low risk	Psychotic Drug use	0	Numerator: Residents receiving antipsychotic on most recent assessment; low risk Denominator: All residents without a psychiatric diagnosis on most recent assessment
			Prevalence of depression with no treatment	Behavioral/Emotional	0	Numerator: Residents with diagnosis or symptoms of depression on most recent assessment and no antidepressant and no psychotherapy Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of tube feeding	Nutrition/Eating	0	Numerator: Residents with tube feeding on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of daily physical restraints	Quality of Life	0	Numerator: Residents who were physically restrained daily on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of any injury	Accidents	0	Numerator: Residents with any injury (new fractures or abrasions, bruises or burns) on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of fecal impaction	Elimination/Continence	0	Numerator: Residents with fecal impaction on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of bedfast residents	Physical Functioning	0	Numerator: Residents who are bedfast on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessment
			Prevalence of antianxiety/hypnotic use	Psychotic Drug use	0	Numerator: Residents who receive antianxiety drugs or hypnotics on most recent assessment Denominator: All residents on most recent assessments, except those with psychotic or related conditions

D. H. Frijters, H. G. van der Roest, I. G. Carpenter, H. Finne-Soveri, J.-C. Henrard, A. Chetrit, J. Gindin and R. Bernabei	2013	The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project)	Behaviour problem prevalence	Mental Functions	0	Numerator: Behaviour symptoms Denominator exclusions: Comatose.
			High risk behaviour problem prevalence	Mental Functions	0	Numerator: Behaviour symptoms Denominator exclusions: Comatose, Low risk behaviour
			Low risk behaviour problem prevalence	Mental Functions	0	Numerator: Behaviour symptoms Denominator exclusions: Comatose, Dependent in daily decision making or short term memory problem. Schizophrenic or bipolar depression.
			Depression prevalence	Mental Functions	0	Numerator: Depression Rating Scale score >= 3
			Bladder/bowel incontinence prevalence	Health problems	0	Numerator: Frequent or always bladder or bowel incontinent Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			High risk bladder/bowel incontinence prevalence	Health problems	0	Numerator: Frequent or always bladder or bowel incontinent Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care., low risk incontinence
			Low risk bladder/bowel incontinence prevalence	Health problems	0	Numerator: Frequent or always bladder or bowel incontinent Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care, Severely impaired decision making and short term memory problem, Total ADL dependence in bed mobility, transfer toilet or locomotion.
			Urinary tract infection	Health problems	0	Numerator: UTI Denominator: End-stage disease or hospice care.
			Infections prevalence	Health problems	0	Nominator: Pneumonia, COPD, septicemia, Sexually transmitted disease, UTI or viral hepatitis Denominator exclusions: End-stage disease or hospice care.
			Feeding tube prevalence	Health problems	0	Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			Low body mass index prevalence	Health problems	0	Numerator: bmi <= 19 Denominator: End-stage disease or hospice care.
			Inadequate pain management prevalence	Health problems	0	Numerator: Daily moderate or worse pain
			Pressure ulcer prevalence	Health problems	0	Numerator: PU
			High risk pressure ulcer prevalence	Health problems	0	Numerator: PU Denominator exclusions: Comatose. Low risk PU
			Low risk pressure ulcer prevalence	Health problems	0	Numerator: PU Denominator exclusions: Comatose. Extensive assistance or more with toilet transfer or bed mobility.
			Burns, skin tears or cuts prevalence	Health problems	0	Nominator: Burns, skin tears or cuts
			Little/no activity prevalence	Treatments and procedures	0	Nominator: Little or no time involved in activities Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care.

Bijlagen

			Antipsychotic prevalence	Treatments and procedures	0	Nominator: Use of antipsychotic(s) Denominator exclusions: End-stage disease or hospice care. Psychotic disorder.
			High risk antipsychotic prevalence	Treatments and procedures	0	Nominator: Use of antipsychotic(s) Denominator exclusions: End-stage disease or hospice care. Low risk AP
			Low risk antipsychotic prevalence	Treatments and procedures	0	Nominator: Use of antipsychotic(s) Denominator exclusions: End-stage disease or hospice care. Psychotic disorder. Dependent in daily decision making. Short term memory problem. Behaviour symptoms score.
			Antidepressant prevalence	Treatments and procedures	0	Nominator: Use of antidepressant(s)
			Influenza vaccination prevalence	Treatments and procedures	0	Nominator: Influenza vaccination in last 12 months
			Indwelling catheter prevalence	Treatments and procedures	0	Nominator: Indwelling catheter Denominator exclusions: End-stage disease or hospice care.
			Physical restraints use prevalence	Treatments and procedures	0	Nominator: Daily used trunk restraint or chair that prevents rising
			Late-loss ADL decline	Pshysical functions	0	Nominator: Scores as compared to previous scores 6 for bed mobility, transfer toilet, eating, toilet use: +1 on at least two of the items or +2 on one item. Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care. At previous assessment such a (high/low) score on items that numerator conditions cannot be met.
			ADL decline following an improvement	Pshysical functions	0	Numerator: Score on adl-If 8 lower than previous AND score on previous adl-If higher than at the assessment before previous. Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			ADL improvement	Pshysical functions	0	Numerator: Score on adl-If lower than previous Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care. Person or caregivers do not believe improvement possible.
			Locomotion worsening	Pshysical functions	0	Numerator: Score on locomotion adl higher than previous Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			Falls increase	Pshysical functions	0	Numerator: Fell in last 30 days Denominator exclusions: At previous assessment not a fall in last 30 days
			Cognitive decline	Mental Functions	0	Numerator: Score on cps higher than previous Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			Communication decline	Mental Functions	0	Numerator: Score on making self understood + ability to understand others higher than previous Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			Delirium new or persistent	Mental Functions	0	Numerator: Score of 2 on one or more of the delirium items OR a previous score of 2 and now 1 OR now score of 1 and cps < 4 Denominator: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			Behaviour problem decline	Mental Functions	0	Numerator: Sum of behaviour symptoms scores higher than previous Denominator exclusions: Comatose, Previous score of 0 on all of the behaviour symptoms
			Bowel continence decline	Health problems	0	Numerator: Score on bowel incontinence higher than previous Denominator exclusions: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			Bladder continence decline	Health problems	0	Numerator: Score on bladder incontinence higher than previous Denominator: Comatose, end-stage disease or hospice care.
			Weight loss	Health problems	0	Numerator: 5% or more weight loss in last 30 days or 10% or more in last 180 days Denominator exclusions: End-stage disease or hospice care. Participant in weight loss program.
			Pain worsening	Health problems	0	Numerator: Score on pain frequency higher than previous
			Pressure ulcers worsening	Health problems	0	Numerator: Score on PU stage higher than previous
			New indwelling catheter	Treatments and procedures	0	Numerator: Score on indwelling catheter higher than previous Denominator: End-stage disease or hospice care.

N. K. Grant, M. Reimer and J. Bannatyne	1996	Indicators of quality in long-term care facilities	Nature of the facility		O	Not described
			Nature of relationships		O	Not described
			Acknowledgement of the personhood of the resident		O	Not described
			Nature of communication with residents		O	Not described
			Disposition of decision making		O	Not described
			Judgements about assistance required		O	Not described
			Degree and nature of surveillance		O	Not described
			Presence of planning and judgement about care		O	Not described
			Nature of communication with the health care team		O	Not described
			Do or assist with activities of living which residents cannot do for themselves		O	Not described
			Do or assist with therapeutic activities which residents cannot do for themselves		O	Not described
			Manner in which activities of living and therapeutic activities are carried out		O	Not described
			Nature of interaction with significant others		O	Not described
Provision, use and attributes of resources		O	Not described			
M. M. M. T. J. Ouwens, R. R. P. M. G. Hermens, R. A. R. Termeer, S. Y. Vonk-Okhuijsen, V. C. G. Tjan-Heijnen, A. F. T. M. Verhagen, M. M. E. J. L. Hulscher, H. A. M. Marres, H. C. H. Wollersheim and R. P. T. M. Grol	2007	Quality of integrated care for patients with nonsmall cell lung cancer: variations and determinants of care	No. of patients with surgery who underwent mediastinoscopy preceded by FDG-PET	Professional quality	P	Numerator: No. of patients with surgery who underwent mediastinoscopy preceded by FDG-PET (58) Denominator: Total no. of patients with surgery (66)
			No. of patients who had a cervical mediastinoscopy performed according to the guideline criteria	Professional quality	P	Numerator: No. of patients who had a cervical mediastinoscopy performed according to the guideline criteria (219) Denominator: Total no. of patients (260)
			No. of patients who underwent a cervical mediastinoscopy and biopsies of at least 4 of the 6 accessible lymph node stations	Professional quality	P	Numerator: No. of patients who underwent a cervical mediastinoscopy and biopsies of at least 4 of the 6 accessible lymph node stations (24) Denominator: Total no. of patients who underwent a cervical mediastinoscopy (48)
			No. of patients with clinical stage III NSCLC for whom skeletal scintigraphy and a CT or MRI of the brain was performed before the initiation of combination therapy	Professional quality	P	Numerator: No. of patients with clinical stage III NSCLC for whom skeletal scintigraphy and a CT or MRI of the brain was performed before the initiation of combination therapy (1) Denominator: Total no. of patients with clinical stage III NSCLC who received combination therapy (29)
			No. of patients who had the diagnostic course completed within 21 calendar d from the time of the first visit to the pulmonologist	Organizational quality	P	Numerator: No. of patients who had the diagnostic course completed within 21 calendar d from the time of the first visit to the pulmonologist (chest CT scan, bronchoscopy, FDG-PET) (189) (with mediastinoscopy) Denominator: Total no. of patients who underwent diagnostic procedures (239)
			No. of patients who began therapy within 35 calendar d from the time of the first visit to the pulmonologist	Organizational quality	P	Numerator: No. of patients who began therapy within 35 calendar d from the time of the first visit to the pulmonologist (80) Denominator: Total no. of patients who began therapy (157)
			No. of patients discussed during multidisciplinary consultation (available in 2 of 6 hospitals)	Organizational quality	P	Numerator: No. of patients discussed during multidisciplinary consultation (available in 2 of 6 hospitals) (156) Denominator: Total no. of patients (276)
			No. of patients reporting that attention was paid to physical symptoms: pain, suffocation, nausea, fatigue, weight loss, and insomnia	Patient-oriented quality	O	Numerator: No. of patients reporting that attention was paid to physical symptoms: pain, suffocation, nausea, fatigue, weight loss, and insomnia (52) Denominator: Total no. of patients (89)
			No. of patients reporting that they were asked about psychosocial stress factors and psychological symptoms	Patient-oriented quality	P	Numerator: No. of patients reporting that they were asked about psychosocial stress factors and psychological symptoms (28) Denominator: Total no. of patients (83)
			No. of patients reporting that they were asked about psychosocial problems in family and problems related to living conditions	Patient-oriented quality	P	Numerator: No. of patients reporting that they were asked about psychosocial problems in family and problems related to living conditions (31) Denominator: Total no. of patients (85)
			No. of patients who were in need of psychosocial care from trained providers and received it	Patient-oriented quality	O	Numerator: No. of patients who were in need of psychosocial care from trained providers and received it (11) Denominator: Total no. of patients in need of psychosocial care from trained providers (28)
			No. of patients reporting that they were consulted adequately	Patient-oriented quality	O	Numerator: No. of patients reporting that they were consulted adequately (97) Denominator: Total no. of patients (99)
			No. of patients reporting that they were informed about the existence of an oncology nurse specializing in lung cancer treatment	Patient-oriented quality	O	Numerator: No. of patients reporting that they were informed about the existence of an oncology nurse specializing in lung cancer treatment (49) Denominator: Total no. of patients (93)
No. of patients reporting that they were informed adequately about all 10 information aspects	Patient-oriented quality	O	Numerator: No. of patients reporting that they were informed adequately about all 10 information aspects (18) Denominator: Total no. of patients (95)			

M. M. M. T. J. Ouwens, H. A. M. Marres, R. R. P. Hermens, M. M. E. Hulscher, F. J. A. van den Hoogen, R. P. Grol and H. C. H. Wollersheim	2007	Quality of integrated care for patients with head and neck cancer: Development and measurement of clinical indicators	Availability of an MDPCT	MDPCT	S	Not described
			Functioning of the MDPCT according to the TCI	MDPCT	P	Not described
			Availability of an integrated care pathway for patients with head and neck cancer	Integrated care pathway	S	Not described
			The use of the clinical pathway for each patient with head and neck cancer	Integrated care pathway	P	Not described
			Availability of a case manager	Case management	S	Not described
			The no. of patients that had interaction with the case manager(s)	Case management	P	Not described
			No. of patients that feel involved in decisions regarding their treatment	Patient involvement	P	Not described
			The no. of patients that are well informed on all information items	Patient involvement	P	Not described
			No. of patients who know who to talk to for information and questions	Coordination	P	Not described
			Availability of an information protocol	Information	S	Not described
			No. of patients who were well informed on all information items applicable to their situation	Information	P	Not described
			No. of patients who said they were offered emotional support	Emotional and social support	P	Not described
			No. of patients who were informed about the possibilities to contact companions in distress	Contact with companion in distress	P	Not described
			Availability of a multidisciplinary alcohol abstinence protocol	Reducing alcohol consumption	S	Not described
			No. of patients who had been asked about alcohol use	Reducing alcohol consumption	P	Not described
			No. of patients with alcohol problems who were offered support	Reducing alcohol consumption	P	Not described
			Availability of a multidisciplinary stop-smoking protocol	Nonsmoking policy	S	Not described
			No. of patients who had been asked about smoking behavior	Nonsmoking policy	P	Not described
			No. of smokers who were offered support to stop smoking	Nonsmoking policy	P	Not described
			No. of patients who could see a specialist 1 day after referral	Waiting time first consultation	P	Not described
			No. of patients who had all necessary diagnostic procedures on day of their first visit to the specialist	Waiting time diagnostic procedures	P	Not described
			No. of patients who started their first treatment within 30 days after their first visit to the specialist	Waiting time first treatment	P	Not described
			No. of patients who said that transition went seamlessly	Continuity of care	P	Not described
			No. of patients with swallowing problems after leaving the hospital who were offered arrangements about	Swallow revalidation	P	Not described
			No. of patients who had a radical neck dissection or radiation in this area and with whom arrangements w	Speech revalidation	P	Not described
			No. of patients who were monitored regarding their nutrition health status before, during, and after their	Nutrition support	P	Not described
			Availability of a radiologist who had experience with patients with head and neck cancer	Assessment of CT and MRI procedures	S	Not described
			No. of assessments of CT and MRI procedures by this radiologist	Assessment of CT and MRI procedures	P	Not described
			No. of patients with cancer of the mouth or oropharynx who had been seen by a maxillofacial expert team	Focus-consultation by a maxillofacial expert team	P	Not described
			No. of times clinicians had contact by telephone with the pathologist in case of a negative biopsy with sus	Consultation pathologist	P	Not described
No. of times all results of diagnostic procedures performed earlier were available during the patient's first	Previous results	P	Not described			
L. F. J. van Overveld, J. C. C. Braspenning and R. P. M. G. Hermens	2017	Quality indicators of integrated care for patients with head and neck cancer	Healthcare status of the patient	Outcome	O	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Tumour recurrence	Outcome	O	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Complications	Outcome	O	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Quality of life	Outcome	O	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Patient experience	Outcome	O	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Pathological status of the tumour	Diagnostics	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Presence of practitioner who is responsible for the patient in the MTM	Diagnostics	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			MTM takes place before treatment of the patient	Diagnostics	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Presence of other disciplines in the MTM	Diagnostics	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome

			Treatment plan available	Diagnostics	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Conditions for treatment plan	Diagnostics	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Involvement of dental team when treated with radiotherapy	Treatment	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Involvement of physiotherapist when treatment consists of neck dissection	Aftercare	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Control of thyroid function	Aftercare	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Referral to the hospital (waiting time)	Coordination and organisation	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Finishing diagnostics (waiting time)	Coordination and organisation	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Start first treatment (waiting time)	Coordination and organisation	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Start second treatment (waiting time)	Coordination and organisation	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome

Bijlagen

			Malnutrition screening		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Malnutrition monitoring		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Referral to dietitian		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Psychological screening		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Psychological screening results registered in patient record		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Relevance of referral discussed with patient		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Fluoride caps for prevention of caries due to radiotherapy		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Use of salt/soda solution by the patient		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Scattering caps for prevention of mucositis		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome

			Control of movement screening		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Referral to physiotherapist by the physician		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Structured medical transfer or follow-up treatment when at rhigh risk of shoulder disability		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Rehabilitation of swallowing, speech, and/or voice complaints		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Use of swallow screening, fibre-optic endoscopic evaluation of swallowing, and/or video fluoroscopy		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Follow-up on swallowing, speech, and/or voice complaints		P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Information about effects of alcohol and smoking	Communication and information	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Presence of case manager/nurse practitioner at conversation to discuss prognosis	Coordination and organisation	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Structured medical transfer to external allied health professionals and general practitioner	Coordination and organisation	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Presence of case manager/nurse practitioner at the MTM	Coordination and organisation	P	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Accessibility of psychological screening scores in patient record		S	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Presence of case manager/oncologynurse for 4 days a week		S	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome
			Assignment of a nurse to every 100 new HNC patients		S	numerator = total number of patients who received the care that was being measured or that met the experience denominator = total number of patients who needed to receive the care or to experience the outcome

Bijlagen

C. Mueller and S. L. Karon	2004	ANA nurse sensitive quality indicators for long-term care facilities	Pressure Ulcers		0	numerator = number patients with NPUAP - AHCPR Stage I, II, III or IV ulcers denominator = number of patients in prevalence study x 100
			Patient Falls		0	numerator = total number of patient falls x 1000 denominator = total number of patient days
			Patient satisfaction with pain management		0	Patient opinion of how well nursing staff managed their pain as determined by scaled responses to a uniform series of questions designed to elicit resident views regarding specific aspects of pain management
			Patient satisfaction with educational information		0	Patient opinion of nursing staff efforts to educate them regarding their conditions and care requirements as determined by scaled response to a uniform series of questions designed to elicit patient views regarding specific aspects of patient education activities
			Patient satisfaction with nursing care		0	Patient opinion of care received from nursing staff during the hospital stay as determined by scaled responses to a uniform series of questions designed to elicit patient views regarding satisfaction with key elements of nursing care services
			Patient satisfaction with overall care		0	Patient opinion of care received during the hospital stay as determined by scaled responses to a uniform series of questions designed to elicit patient views regarding global aspects of care
			Mix of registered nurses, licensed practical nurses and unlicensed staff care for patients		5	The percent of registered nursing care hours as a total of all nursing care hours
			Total nursing care hours provided per patient day		0	Total number of productive hours worked by nursing staff with direct patient care responsibilities per patient day
			Nurse staff satisfaction		0	Job satisfaction expressed by nurses working in hospital settings as determined by scaled response to a uniform series of questions designed to elicit nursing staff attitudes toward specific aspects of their employment situations
C. Moty, P. Barberger-Gateau, A. M. De Sarasqueta, G. F. Teare and J. C. Henrard	2003	Risk adjustment of quality indicators in French long term care facilities for elderly people. A preliminary study	Falls		0	Numerator: Residents who had falls within past 30 days Denominator: Evaluation of residents present for more than 30 days except residents without locomotion on unite
			Dehydration		0	Numerator: Residents with dehydration Denominator: All evaluated residents
			Use of nine or more different medications		0	Numerator: Residents who receives nine or more different medications Denominator: All evaluated residents
			Little or no activity		0	Numerator: Residents with little or no activity Denominator: All evaluated residents
			Urinary tract infections		0	Numerator: Residents with urinary tract infections Denominator: All evaluated residents
			Bladder or bowel incontinence		0	Numerator: Residents who were frequently incontinent or incontinent Denominator: All evaluated residents except comatose, indwelling catheters, and ostomy present
			Occasional or frequent bladder or bowel incontinence without a toileting plan		0	Numerator: Residents without toileting plan on most recent assessment Denominator: Residents with frequent incontinence or occasionally incontinent in either bladder or bowel
			Bedfast residents		0	Numerator: Residents who are bedfast in the last 7 days Denominator: All evaluated residents
			Pressure ulcers		0	Numerator: Residents with stage 1-4 pressure ulcers in the last 7 days Denominator: All evaluated residents

BIJLAGE 4 GESELECTEERDE INDICATORENSET O.B.V. CRITERIA

Klinische problemen	Meetniveau
Referral to physiotherapist by the physician	P
Cognitie en mentaal welzijn	Meetniveau
Availability of a multidisciplinary alcohol abstinence protocol	S
Continuïteit en coördinatie van de zorg	Meetniveau
Availability of an information protocol	S
Availability of a case manager	S
The no. of patients that had interaction with the case manager(s)	P
Presence of practitioner who is responsible for the patient in the MTM	P
MTM takes place before treatment of the patient	P
Presence of other disciplines in the MTM	P
Treatment plan available	P
Conditions for treatment plan	P
Referral to the hospital (waiting time)	P
Finishing diagnostics (waiting time)	P
Start first treatment (waiting time)	P
Start second treatment (waiting time)	P
Referral to dietitian	P
Presence of case manager/nurse practitioner at conversation to discuss prognosis	P
Presence of case manager/nurse practitioner at the MTM	P
Percentage of hospital discharges with contact between the hospital and primary care prior to discharge of patients hospitalized for severe exacerbation of COPD	P
Percentage of hospital discharges with contact between the hospital and primary care prior to the discharge of patients hospitalised for decompensated HF	P
Percentage of hospital discharges of patients admitted for exacerbation of COPD who have a consultation in primary care in less than 72h	P
Percentage of hospital discharges of patients admitted for decompensated HF who have a consultation in primary care in less than 7 days	P
E1) ALL vulnerable elders newly admitted to a hospital or to a physician practice should receive, within 6 months, the elements of a comprehensive geriatric assessment, including assessment of cognitive ability and functional status [27].	P
E 2) IF a vulnerable elder is admitted to the hospital for any acute or chronic illness or any surgical procedure, THEN the evaluation should include, within 24 hours, 1) diagnoses, 2) pre-hospital and current medications, and 3) cognitive status [27].	P

T 11) IF a vulnerable elder is prescribed a new drug, THEN the patient (or, if incapable, a caregiver) should receive education about the purpose of the drug, how to take it, and the expected side effects or important adverse reactions [27].	P
T 15) IF a vulnerable elder with dementia has a caregiver (and, if capable, the patient assents), THEN the physician should discuss or refer the patient and caregiver for discussion about patient safety, provide education on how to deal with conflicts at home, and inform them about community resources for dementia [27].	P
FU†1) IF the elements of a comprehensive geriatric assessment are performed, THEN follow-up should assure the implementation of recommendations [27].	P
FU 3) IF a vulnerable elder has an advance directive in the outpatient, inpatient, or nursing home medical record or the patient reports the existence of an advance directive in an interview, and the patient receives care in a second venue, THEN 1) the advance directive should be present in the medical record at the second venue or 2) documentation should acknowledge its existence, its contents, and the reason that it is not in the medical record [27].	P
FU 4) IF a vulnerable elder has specific treatment preferences (for example, a do-not-resuscitate order, no tube feeding, or no hospital transfer) documented in a medical record, THEN these treatment preferences should be followed [27].	P
FU 5) IF a vulnerable elder enters the hospital, THEN discharge planning should begin in the days following admission, as soon as the patient's condition stabilizes [27].	P
FU 6) For ALL vulnerable elders, the patient's medical record (doctor's office, CLSC\$, hospital and community pharmacy) should contain an up-to-date medication list [27].	P
FU 8) EVERY new drug that is prescribed to a vulnerable elder on an ongoing basis for a chronic medical condition should have a documentation of the response to therapy including side effects [27].	P
FU 9) ALL vulnerable elders should have a drug regimen review at least annually [27].	P
FU 12) IF an outpatient vulnerable elder is started on a new prescription medication and he or she has a follow-up visit with the prescribing physician, THEN the medical record at the follow-up visit should document one of the following: 1) the medication is being taken and the physician asked about the medication (for example, side effects or adherence or availability), or 2) the medication was not started because it was not needed or was changed [27].	P
FU 14) IF an outpatient vulnerable elder is referred to a consultant physician, THEN the reason for consultation should be documented in the consultant's note [27].	P
FU 15) IF an outpatient vulnerable elder is referred to a consultant and subsequently visits the referring physician after the visit with the consultant, THEN the referring physician's follow-up note should document the consultant's recommendations, or the medical record should include the consultant's note, within 6 weeks or at the time of the follow-up visit, whichever is later [27].	P
FU 16) IF the outpatient medical record documents that a diagnostic test was ordered for a vulnerable elder, THEN the medical record at the follow-up visit should document one of the following: 1) the result of the test, 2) the test was not needed or reason why it will not be performed, or 3) the test is still pending [27].	P

FU 17) IF a vulnerable elder is discharged from a hospital to home and he or she received a new prescription medication or change in medication (medication termination or change in dosage) before discharge, THEN his medical record (doctor's office, CLSC§ or long term care facility) should acknowledge the medication change within 6 weeks of discharge [27].	P
FU 19) IF a vulnerable elder is discharged from a hospital to home or to a nursing home and the hospital medical record specifies a follow-up appointment for a physician visit or a treatment (for example, physical therapy or radiation oncology), THEN the medical record (doctor's office, CLSC§ or long term care facility) should document that the visit or treatment took place or that it was postponed or not needed [27].	P
FU 21) IF a vulnerable elder is transferred between emergency departments or between acute care facilities, THEN the medical record at the receiving facility should include medical records from the transferring facility or should acknowledge transfer of such medical records [27].	P
FU 22) IF a vulnerable elder is discharged from a hospital to home or to a nursing home, THEN there should be a discharge summary in the medical record (doctor's office, CLSC§ or long term care facility) within 6 weeks [27].	P
FU 23) IF a vulnerable elder is deaf or does not speak English, THEN an interpreter or translated materials should be employed to facilitate communication between the vulnerable elder and the health care provider [27].	P
C†1) IF a vulnerable elder is to have inpatient or outpatient elective surgery, THEN the medical record should document the patient's ability to understand risks, benefits, and consequences of the proposed surgical operation before the operative consent form is presented for signature [27].	P
E 3) If a patient has early stage dementia, then his performance in productive activities, leisure and everyday activities as well as his ability to drive a car should be evaluated [31].	P
E 4) If a patient has intermediate stage dementia, then his performance in communicating and personal care should be evaluated [31].	P
E 11) All care-givers of patients with dementia must be asked about their needs for support services [32].	P
E 31) All vulnerable elders living in psychosocial circumstances presenting a high-risk for their health should be identified as soon as possible [34].	P
E 32) If a vulnerable elder is assessed, then language barriers, needs of persons with disabilities (including sensory impairment) or ethnic, cultural and religious preferences should be taken into account [33].	P
T 3) If a service plan is necessary, then this plan should be elaborated with the vulnerable elder or his respondent or caregiver [29].	P
A†1) All vulnerable elders should receive primary care when needed [20].	P
A 3) If a vulnerable older person has to consult a specialist, then the delay between taking the appointment and the time of the visit should be a maximum of 8 weeks [35].	P
A 4) If a vulnerable elder needs services or health care at home (nursing care, rehabilitation care, domestic services) then he should receive them, according to a previously established order of priority [35].	P
A case manager is involved	P
The PWD has been discussed in a multidisciplinary meeting in the past year.	P
The PWD has been discussed in a pharmacotherapeutic meeting in the past year.	P
Future treatment wishes were discussed with the PWD and their informal caregiver in the past year.	P
Task division and communication: 1. There is a document with expertise and contact information of all the healthcare professionals available for the network in caring for frail older adults, which is updated yearly. 2. The network has one or two network leaders. 3. The network has composed written working agreement for their shared caseload of PWDs.	P

There was an informal activity for network participants in the past year	P
The PWD is diagnosed in the primary setting.	P
Number of emergency consultations in the past year.	O
PWD care is reimbursed from the long-term carefinance system	P
Timely follow up after hospital discharge	P
Functioneel functioneren	Meetniveau
Resident functioning (5 items)	S
Organisatiestructuur en administratie	Meetniveau
No. of patients discussed during multidisciplinary consultation (available in 2 of 6 hospitals)	P
Availability of an MDPCT	S
Percentage of hospital discharges for which a discharge report is made available to primary care within the first 24h	P
Mean time to discharge report availability in primary care	P
Percentage of emergency care visits for which there is an emergency report available in primary care within 24h	P
Mean time to emergency care report availability in primary care	P
Percentage of referral forms from primary care duly completed	P
Patiëntperceptie en interactie	Meetniveau
Staff functioning (5 items)	O
Support is offered to the informal caregiver in the past year	P
Assessment of the perseverance time of the informal caregiver.	O
Informal caregiver states that PWD is satisfied with his/ her daily activities.	O
The network has set at least one well-being related goal for the PWD.	O
At least one representative of a welfare organisation is part of the network.	P

