

Algemene gegevens / General Information

Programma / Programme	:	Kwaliteit van Zorg: Versnellen, verbreden, vernieuwen
Subsidieronde / Subsidy round	:	Kwaliteit van Zorg: Actieonderzoek Innovatieve Zorg
Projecttitel / Project title	:	Zorg op de juiste plaats in Utrecht; Verbetering van implementatie van transmurale afspraken door interprofessioneel leren en monitoring van substitutie aan de hand van het regionaal transmuraal dossier
Projecttaal / Project language	:	Nederlands / Dutch
Geplande startdatum / Planned start date	:	01-01-2018
Geplande duur / Planned duration	:	18 maanden / months
Datum indienen / Date of application	:	
Projecttype / Project type	:	Implementatieproject / Implementation project
Vervolg eerder ZonMw-project / Continuation previously funded project ZonMw	:	Nee / No

Projectleden / Project members

Prof. dr. N.J. de Wit (Hoofdaanvrager)

Functie / Position: medisch manager | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 030-6866186 | F: | E: Ndewit@lrjg.nl

Julius Gezondheidscentra
Leidsche Rijn
Emile Hullebroeckstraat 60
3543 BZ UTRECHT

Dr. D.L.M. Zwart (Projectleider en penvoerder)

Functie / Position: huisarts -senior onderzoeker | *Opleiding / Education:* WO

Studierichting / Subject: Geneeskunde

T: 088 7568181 | F: | E: d.zwart@umcutrecht.nl

MediBilt
Essenkamp 28
3723 RC DE BILT

Ir. J. Oomes (Bestuurlijk verantwoordelijke)

Functie / Position: directeur bestuurder | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 030-6866186 | F: | E: joomes@lrjg.nl

Julius Gezondheidscentra
Leidsche Rijn
Emile Hullebroeckstraat 60
3543 BZ UTRECHT

Prof. A. Franx (Projectcommissielid)

Functie / Position: hoofd divisie vrouw en baby | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 08008099 | F: | E: A.Franx-2@umcutrecht.nl

UMC Utrecht
Department of Obstetrics
Heidelberglaan 100
3584 CX UTRECHT

Dr. E. de Groot (Projectadviseur)

Functie / Position: senior onderzoeker onderwijs | *Opleiding / Education:* WO

Studierichting / Subject: Onderwijskunde

T: 0887568247 | F: | E: e.degroot@umcutrecht.nl

Universitair Medisch Centrum Utrecht
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde
Huisartsgeneeskunde
Postbus 85500
3508 GA UTRECHT

Drs. C. de Kok (Projectcommissielid)

Functie / Position: medisch directeur | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 0302271636 | F: | E: carin.de.kok@hccnet.nl

Huisartsen Utrecht Stad
Arthur van Schendelstraat 622
3511 MJ UTRECHT

Dr. M.F. Kortekaas (Projectadviseur)

Functie / Position: coordinator JHN | *Opleiding / Education:* WO

Studierichting / Subject: Geneeskunde

T: 0887568247 | F: | E: m.f.Kortekaas@umcutrecht.nl

Julius centrum Huisartsen Netwerk
Postbus 85500
3508 GA UTRECHT

Drs. D. Seelen (Projectcommissielid)

Functie / Position: secretaris TRIJN | *Opleiding / Education:* HBO

Studierichting / Subject:

T: 06 46 19 44 38 | F: | E: dseelen@raedelij.nl

Bureau Raedelij
Herculeslaan 10
3584 AB UTRECHT

Dr. R. van Snippenburg (Projectcommissielid)

Functie / Position: longarts | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 088 250 64 45 | F: | E: Rsnippenburg@diakhuis.nl

Diakonessenhuis
Postbus 80250
3508 TG UTRECHT

Dr. R. van Tooren (Projectcommissielid)

Functie / Position: cardioloog | *Opleiding / Education:*

Studierichting / Subject:

T: 088 320 11 00 | F: | E: R.tooren@antoniusziekenhuis.nl

St. Antonius Ziekenhuis
Postbus 2500
3430 EM NIEUWEGEIN

Projectgegevens / Project information

Samenvatting / Summary

Doelmatige inrichting van de zorg is urgent gezien de stijgende kosten. In 2015 hebben ziekenhuizen en eerstelijns zorggroepen in de regio Utrecht de overeenkomst "Zorg op de juiste plek" afgesloten, gericht op verregaande transmurale samenwerking. Ambitie is o.a. de ontwikkeling van regionale transmurale afspraken (RTA) gericht op substitutie van zorg naar de eerstelijns. Inmiddels zijn een groot aantal RTA's ontwikkeld, maar de implementatie stagneert. Daarom stellen we een actieonderzoek voor rondom een implementatiestrategie bestaand uit gezamenlijke praktijkbesprekingsbijeenkomsten voor huisartsen en specialisten, gericht op de samenwerking rondom de RTA, op basis van patiëntenfeedback en terugkoppeling van spiegelinformatie over het gebruik van de RTA's. Die data halen we uit het zgn. transmuraal patiëntendossier, waarin gegevens van huisartsen en specialisten in de regio gekoppeld zijn. We verwachten zo de transmurale samenwerking en de RTA implementatie te bevorderen.

Trefwoorden / Keywords

"regionale transmurale afspraken", "implementatie", "substitutie", "transmuraal zorgdossier", "interprofessioneel leren"

Samenwerking / Collaboration

Samenwerking tussen onderzoek en praktijk / Cooperation between research and practice:

Ja / Yes

Organisaties

Bureau Raedelijk
Herculeslaan 10
3584 AB UTRECHT

Diakonessenhuis
Postbus 80250
3508 TG UTRECHT

Huisartsen Utrecht Stad
Arthur van Schendelstraat 622
3511 MJ UTRECHT

Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra
Utrechtse Heuvelrug 130
3452 JA VLEUTEN

MediBilt
Essenkamp 28
3723 RC DE BILT

St. Antonius Ziekenhuis
Cardioloog
Postbus 2500
3430 EM NIEUWEGEIN

Universitair Medisch Centrum Utrecht
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde
Huisartsgeneeskunde
Postbus 85500
3508 GA UTRECHT

Inhoud / Content

Probleemstelling / Problem definition

De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is goed, maar de kosten zijn hoog. In de afgelopen jaren ging rond 11% van het Bruto Nationaal Product in Nederland naar gezondheidszorg (1) Bij internationale vergelijking kost alleen in de VS de zorg relatief nog meer. Mede als gevolg van macro-budgettering afspraken lijkt de groei van de zorgkosten af te remmen, maar voor duurzame stelsel financiering zijn verdergaande ingrepen noodzakelijk. Een van de leidende principes bij doelmatige inrichting van het zorgstelsel is 'zorg op de juiste plaats' (2). Daarbij wordt hoogwaardige kwaliteit van zorg geboden zo dicht mogelijk in de directe omgeving van de patiënt: voor zover mogelijk in de eerste lijn en intramuraal alleen als dat strikt noodzakelijk is (3). In het recent afgesloten hoofdlijnenakkoord 2018 wordt daarom verder ingezet op 'de juiste zorg op de juiste plek' via onder meer substitutie van medisch-specialistische zorg naar huisartsenzorg en via effectieve inzet van wijkverpleging (4). Dit moet ertoe leiden dat geen onnodig dure medisch-specialistische zorg verleend hoeft te worden.

Realisatie van substitutie blijkt in de praktijk echter weerbarstig. Uit de eerste analyse van de substitutiemonitor 2015 (5) blijkt dat er ondanks afspraken tussen aanbieders belangrijke hindernissen zijn voor concrete realisatie: zowel aan de kant van de financiering (gescheiden inkoop, budgetschotten en moeizame budgetoverheveling), als bij de eerstelijns aanbieders (schaalgroote projecten, gebrek aan organisatiekracht) en in de ziekenhuiszorg (substitutie druist in tegen korte termijn exploitatiedoelstellingen). Daarnaast is nog onvoldoende sprake van transmurale samenwerking (6,7). Intensievere samenwerking tussen betrokken zorgprofessionals binnen de zorgketen op lokaal niveau is nodig om de substitutie van de grond te krijgen.

Om bij te dragen aan doelmatige zorg in de Utrechtse regio is in 2015 door 10 eerstelijns organisaties en 3 ziekenhuizen een raamakkoord 'zorg op de juiste plek' gesloten, met als doel verregaande transmurale samenwerking. Dit samenwerkingsinitiatief heeft inmiddels de naam TRIJN gekregen (8), en is uitgebreid met thuiszorg- en apothekersorganisaties. Uitgangspunt van TRIJN is dat de patiënt in Utrecht de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De inspanningen van de bestuurlijke samenwerking zijn erop gericht te komen tot betere communicatie en dossiervoering, digitale gegevensuitwisseling en een serie van inhoudelijke regionale transmurale afspraken (RTA). Het doel van de RTA is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn als het gaat om diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving (9). De regionale RTA's zijn gebaseerd op landelijke transmurale afspraken, standaarden en richtlijnen. Inmiddels zijn door werkgroepen van in de regio werkzame huisartsen en specialisten, RTA's opgesteld voor DM,

COPD, CVRM en hartfalen. Deze RTA's zijn geaccordeerd door alle bij TRIJN aangesloten organisaties. RTA's voor ouderenzorg, palliatieve zorg en oncologische nazorg zijn in voorbereiding.

De implementatie van die geaccordeerde RTA's blijft echter achter. Bij de evaluatie van de in 2014 afgeronde RTA Diabetes Mellitus (DM) en de in 2015 ingevoerde RTA COPD bleek dat er veel draagvlak voor beide RTA's was (10,11): 80% van de regionale huisartsen en specialisten die met de RTA werken beoordeelden ze met een 7 of hoger (op een score van 0 tot 10). De bekendheid onder huisartsen en specialisten met de RTA's bleek echter onvoldoende, waardoor implementatie achterblijft en substitutie effecten nog nauwelijks zichtbaar zijn.

De RTA DM bleek bekend bij 54% van de responderende huisartsen, en bij 83% van de specialisten (10). Van die huisartsen maakte 28% gebruik van de RTA aanbevelingen en bij de specialisten 67%. Volgens de zorggroepen was de huisarts hoofdbehandelaar van meer dan 80% van de DM patiënten, maar onder medebehandelaars was daar vaak onduidelijkheid over.

Bij evaluatie van de RTA COPD bleek dat deze na een jaar bekend was onder 27% van de huisartsen en 53% van de specialisten, terwijl 30% van die huisartsen en 45% van die longartsen aangaf de RTA ook daadwerkelijk te gebruiken (11). Vooral de ketenverwijzingen bleven achter: meer dan 80% van de huisartsen en specialisten gaf aan patiënten nog niet altijd door of terug te verwijzen, alhoewel dat volgens de RTA wel aangewezen was.

Daarnaast bleek uit de evaluaties dat de bestaande zorgregistraties in eerste resp. tweede lijn maar beperkt bruikbaar zijn voor het monitoring van substitutie-effecten, omdat de dossiers in eerste en tweede lijn gescheiden zijn. Daardoor kunnen de effecten van de invoering van de RTA's op substitutie in de keten niet zichtbaar worden gemaakt.

De conclusie is dat zowel de implementatie van de RTA's als de evaluatie van de effecten van invoering in de dagelijkse praktijk een impuls nodig heeft, wil het initiatief in de Utrechtse regio tot succesvolle en duurzame substitutie leiden.

Relevantie / Relevance

Substitutie van zorg is dus essentieel voor de toekomst bestendigheid van het zorgstelsel; daar zijn beleidsmakers, professionals en patiënten het over eens. De belangrijkste inhoudelijke voorwaarden voor succesvolle substitutie zijn borging van kwaliteit en overeenstemming tussen professionals over de inrichting van de zorgketen (12). Bij het opstellen van vier RTA's in de Utrechtse regio door interprofessionele werkgroepen van huisartsen en specialisten, en bestuurlijke accordering door de betrokken zorgorganisaties, is aan die voorwaarden voldaan.

Het ontwikkelen van de transmurale werkafspraken blijkt echter niet voldoende voor veranderingen in de dagelijkse praktijk. Deze constatering sluit aan bij de theorie over richtlijn implementatie. Een richtlijn ontwikkelen is 'slechts' een eerste stap in het proces van implementatie van wetenschappelijke kennis (13). Kennisnemen van de richtlijn en deze kennis vertalen naar acties in de eigen zorgpraktijk zijn de volgende noodzakelijke stappen. Deze vinden meestal niet automatisch plaats, hiervoor zijn gerichte implementatiestrategieën noodzakelijk. In de praktijk worden verschillende strategieën voor implementatie gehanteerd (14). Geen enkele strategie is superieur aan andere. Bij het kiezen van een strategie dient men te beschikken over goede kennis van de doelgroep en richt men zich op lokale veranderingsprocessen, het integreren van praktijk- en wetenschappelijke kennis, actieve participatie van professionals en patiënten en het creëren van organisatorische randvoorwaarden die stimuleren dat mensen met verschillende achtergronden samen leren en veranderen (12).

Daarnaast is het van belang te evalueren of een richtlijn, in dit geval de RTA, daadwerkelijk wordt gebruikt en te monitoren of de beoogde effecten worden gerealiseerd (15). Bij evaluatie is het bovendien zinvol niet alleen naar indicatoren maar ook naar aspecten van gebruik te kijken, zodat interventies gericht kunnen worden ingezet om de toepassing te verbeteren. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve aspecten van het gebruik worden zo gemeten, enerzijds indicatoren die zich richten op de kernaanbevelingen uit de RTA, anderzijds percepties en ervaringen van patiënten en professionals bij de toepassing van de RTA.

Wil de introductie van RTA's in de Utrechtse regio tot succesvolle substitutie leiden dan is een goed onderbouwde implementatiestrategie met structurele monitoring van gebruik en effecten noodzakelijk.

De implementatiestrategie moet ertoe leiden dat de richtlijnen onderdeel worden van een lokale kwaliteitscyclus van de hele zorgketen. Onderdelen van die cyclus zijn - na ontwikkeling van de RTA - introductie onder betrokken professionals, gezamenlijke nascholing over de richtlijn, monitoren van effect en proces aan de hand van kritische parameters van de richtlijn, en ervaringen van patiënten, teruggeven van de monitoringsresultaten aan de professionals en bijsturen aan de hand van een verbeterplan. Juist omdat het transmurale afspraken betreft is het nodig om de betrokken professionals te ondersteunen bij het interprofessioneel leren, omdat op die manier de continuïteit in de zorgketen geborgd kan worden. Alleen door gezamenlijke bijeenkomsten van huisartsen en specialisten met inbreng van patiënten kan de kwaliteitscyclus rondom de RTA succesvol en duurzaam worden geïntroduceerd in de Utrechtse regio

Voor adequate monitoring van invoering van de RTA en ev. substitutie effecten, moeten de opstellers van de RTA indicatoren formuleren, die de kritische parameters van gebruik van de RTA vormen. Die indicatoren zijn bijvoorbeeld: percentage patiënten bij wie de behandelnorm is gerealiseerd, bij wie aanvullende diagnostiek heeft plaatsgevonden, of specifieke medicatie is voorgeschreven, en percentage patiënten dat terecht in de eerste of tweede lijn wordt behandeld. Om geen onnodige registratiedruk voor de zorgverleners te veroorzaken zouden die indicatoren zo veel mogelijk uit de bestaande zorgregistraties in eerste en tweede lijn moeten kunnen worden geëxtraheerd. Declaratiegegevens van de zorgverzekeraar zijn hiervoor onvoldoende omdat deze slechts verrichtingen en geen inhoudelijke consultgegevens bevatten. Om deze monitoring mogelijk te maken is koppeling van huisartsendossiers aan de registratiesystemen van ziekenhuizen en laboratoria in de regio noodzakelijk.

Dit actieonderzoek is gericht op de voorbereiding van een regio-brede implementatiestrategie waarin de introductie van de RTA's vergezeld gaat met interprofessionele nascholing, systematische periodieke monitoring van RTA gebruik en patiënt- en professional ervaringen, en bespreking daarvan met de eerste en tweedelijns professionals en patiënten. Op die manier ontstaat per RTA thema een regionale kwaliteitscyclus die uitzicht biedt op duurzame verankering van de RTA richtlijnen in het dagelijks klinisch handelen, en daarmee worden de beste voorwaarden voor substitutie van zorg in de regio gecreëerd.

Kennisoverdracht, implementatie, bestendinging / Knowledge transfer, Implementation Consolidation

De zorgorganisaties verenigd in TRIJN hebben een lange termijn ambitie voor de inrichting van een doelmatig zorgnetwerk in de grootstedelijke Utrechtse regio. Middels het in deze aanvraag omschreven actieonderzoek wordt een implementatie- en monitoring cyclus rondom de RTA's opgezet die ertoe moet leiden dat de invoering van de RTA's tot duurzame veranderingen in de inrichting van de regionale zorgketens gaat leiden.

Het actieonderzoek is primair bedoeld om het implementatie en monitoring programma op te zetten en van start te laten gaan. De bestending ervan na de subsidieperiode wordt langs een aantal wegen geborgd.

Allereerst is er het vereiste bestuurlijk commitment van alle betrokken zorgorganisaties, vastgelegd in het raamakkoord uit 2015, dat mede tot uitdrukking komt in het feit dat veel eerste- en tweedelijns partijen mede-aanvrager van dit actieonderzoek zijn. Ook in het recente bestuurlijk overleg van TRIJN is de noodzaak voor een duurzaam implementatie programma nog eens onderschreven.

Daarnaast is er een breed inhoudelijk draagvlak voor de RTA's, mede omdat ze zijn opgesteld door huisartsen en specialisten uit de regio. Er is op de zorgwerkvloer in Utrecht een gunstig samenwerkingsklimaat tussen huisartsen en specialisten. Dat bleek ook tijdens eerdere interprofessionele bijeenkomsten van huisartsen, maagdarmliever artsen en cardiologen in het kader van het door ons uitgevoerde TIPP onderzoek (Transmuraal Incident Preventie Programma) (16). Tijdens deze bijeenkomsten werd aan de hand van casuïstiek uit de regionale praktijk in werkgroepen van huisartsen en specialisten de problematiek van transmurale patiëntveiligheid besproken. Het succes daarvan getuigde van een groot enthousiasme en professioneel commitment aan verbetering van kwaliteit en veiligheid.

Naast bestuurlijk en professioneel draagvlak is ook betrokkenheid van de directe gebruikers, d.w.z. patiënten met de betreffende aandoening, van groot belang voor het verduurzamen van de implementatiecyclus. Via de aanvragende zorgorganisaties in de projectgroep (o.a. UMC en LRJG en Medibilt) zullen per RTA patiënten met de betreffende aandoening worden gevraagd om mee te denken bij de opzet van de implementatiecyclus en actief te participeren in de bijeenkomsten waarop de monitoring resultaten worden besproken.

Een belangrijke succesfactor bij de bestending van het RTA implementatieprogramma is het financiële kader. In het voorliggende hoofdlijnen akkoord zijn zorgverzekeraars aangewezen als medeverantwoordelijk voor het faciliteren en stimuleren van substitutie in de regio. Zilveren Kruis, de dominante zorgverzekeraar in de regio, onderschrijft in een schriftelijke reactie het belang van dit actieonderzoek voor het realiseren van substitutie in de regio. Deze steun zal ertoe bijdragen dat ook in de financiering de juiste voorwaarden worden gecreëerd voor een duurzaam implementatie van de regionale transmurale samenwerking in de RTA's gericht op substitutie.

De samenwerkingspartners in de regio hebben in het recente verleden laten zien dat ze in staat zijn om gezamenlijk vanuit eerste en tweede lijn zorginterventies duurzaam te implementeren. Bijvoorbeeld op het gebied transmurale patiëntveiligheid (het eerdergenoemde TIPP project (16) en op het gebied van ouderenzorg in het OM U project (17), dat is uitgevoerd in ruim 100 Utrechtse huisartspraktijken. In beide gevallen heeft de succesvolle implementatie geleid tot een duurzame integratie van de betreffende zorginterventie in de dagelijkse praktijk.

Ook de realisatie van een duurzaam monitoringsysteem in de regio lijkt kansrijk. De voor een transmuraal dossier noodzakelijke datakoppeling is in eerdere projecten ontwikkeld en bewezen effectief gebleken. Het maakt gebruik van lopende institutionele zorgregistraties in eerste en tweedelijns, waarmee onnodige extra registratiedruk wordt vermeden. De eerstelijns data worden geëxtraheerd uit de database van het Julius Huisartsen Netwerk. JHN is opgezet met de regionale huisartsen en herbergt de routinezorgdata van meer dan 300.000 patiënten van ruim 200 huisartsen. JHN heeft een historie van meer dan 20 jaar, en een bewezen effectieve structuur voor databeheer, analyse en rapportage (18). Voor de tweedelijns gegevens worden data geëxtraheerd uit de registratiesystemen van de regionale ziekenhuizen. JHN heeft in het recente verleden met succes datakoppeling tot stand gebracht met de ziekenhuisregistraties van het UMC Utrecht en het Diakonessenhuis (in het TIPP project (16) en met Saltrio huisartsenlaboratorium (in het PROUD-project (19)). Deze datakoppelingen voldeden uiteraard alle aan de relevante wet- en regelgeving.

Samenvattend bieden de opzet en inrichting van het implementatie – en monitoringprogramma en de expertise en ervaring van de bij het actieonderzoek betrokken partners voldoende garanties voor bestending van de implementatiestrategie na de projectperiode.

Doelstelling / Objective

In dit actieonderzoek wordt beoogd een strategie te ontwikkelen waarmee de implementatie van huidige en toekomstige RTA's in de regio Utrecht verbeterd wordt. Regionaal wordt een kwaliteitscyclus rondom de RTA's geïntroduceerd, die bestaat uit (1) het halfjaarlijks rondsturen van spiegelinformatie aan de regionale huisartsen en specialisten bestaande uit kernindicatoren van gebruik voor elk van de RTA's verkregen uit het gekoppelde patiëntendossiers van huisarts en specialist (2) programmatische praktijkbesprekingen voor regionale huisartsen en specialisten, gericht op interprofessioneel leren rondom de RTA's, op basis van die spiegelinformatie en gebruikerservaringen. De indicatoren zullen worden geëxtraheerd uit een virtueel regionaal transmuraal patiëntendossier, waarin de routinezorgdata van huisarts en specialist op patiënt-niveau gepseudonimiseerd gekoppeld zijn. De consumentenervaringen zullen verzameld worden middels een gevalideerde vragenlijst over transmurale veiligheid voor patiënten (TRIQ), door casuïstiek uit de zorgdossiers en door de inbreng van patiënten die behandeld zijn in de regionale zorgketens.

Doel is dat op deze manier de implementatie van de RTA's een gezamenlijke onderneming wordt, waarbij huisartsen en specialisten dezelfde kennis hebben en taal gaan spreken over de RTA's en samen met patiënten, overeenstemming hebben over het beoogde resultaat en de manier om dit te bereiken.

Onderzoeksvragen van dit actieonderzoek zijn:

Ten aanzien van de spiegelinformatie

1. Wat zijn volgens professionals en patiënten voor elk van de vier RTA's (DM, COPD, Hartfalen en CVRM) de inhoudelijke indicatoren aan de hand waarvan het gebruik, de navolging en de effecten in de zorgketen optimaal gemonitord kunnen worden?

Ten aanzien van het leerproces:

2. Hoe verloopt het leren in interprofessionele groepen aan de hand van de input van (1) feedback rapportages van de RTA indicatoren uit het transmuraal zorgdossier en (2) de ervaringen van patiënten en professionals met de RTA, en wat zijn de mechanismen en belemmerende en faciliterende factoren van het leerproces rondom de RTA?

Ten aanzien van het effect van de pilot implementatie

3. Wat is na het pilotjaar het effect van het sturen van spiegelinformatie m.b.t. de RTA indicatoren aan huisartsen en specialisten in de regio en van de interprofessionele praktijkbijeenkomsten op het daadwerkelijk navolgen van de RTA's DM, COPD, CRVM en Hartfalen, gemeten met de opgestelde indicatoren.

Plan van Aanpak / Strategy

Uitgangspunten

Actieonderzoek betekent samen met stakeholders onderzoek doen in zogenaamde korte onderzoek cycli, waardoor het mogelijk is om gedurende het project opkomende vragen mee te nemen, en zo nodig onderzoeksmethoden en interventie aan te passen (20). De variant van actie onderzoek waar we in dit project voor gekozen hebben is ontwerp gericht onderzoek (design based research), waar de uitkomst van het onderzoek een ontwerp is (21), van in dit geval een implementatiestrategie, die in nauwe betrokkenheid met betrokkenen (stakeholders) wordt ontwikkeld, uitgetest en aangepast.

Dit actieonderzoek is gericht op de ontwikkeling van een implementatiestrategie voor het verbeteren van de regionale implementatie van de RTA's, met als doel om op termijn de erachter liggende substitutiedoelstellingen te realiseren. De implementatiestrategie moet geschikt zijn voor brede uitrol van bestaande en toekomstige RTA's en ondersteunend zijn aan de bestending van de beoogde veranderingen in de inrichting van de zorgketens en aan de kwaliteit van zorg die in die zorgketens geboden wordt.

Om dit te bereiken ontwikkelen we in dit project een implementatiestrategie met twee pijlers, nl. (1) spiegelinformatie voor alle regionale huisartsen en specialisten over hun prestaties op het gebied van de RTA (de 'RTA monitor') en (2) interprofessionele praktijkbesprekingen met als doel leren en verbeteren. De RTA monitor moet per RTA op basis van de door professionals en patiënten vastgestelde indicatoren halfjaarlijks de actuele data uit de gekoppelde zorgdossiers van huisarts en specialist (het 'transmurale dossier') presenteren. Daarnaast ontwikkelen we samen met de stakeholders een evidence based onderwijsformat voor het interprofessioneel leren en verbeteren van de RTA implementatie op basis van die spiegelinformatie en op basis van de feedback van patiënten. Voor het onderwijs zal, als aanvulling op de indicatorenrapportages, ook gebruik worden gemaakt van meer gedetailleerde informatie over de kwaliteit van de geboden RTA zorg, zoals die verzameld kan worden uit de open tekstvelden van de zorgdossiers van huisarts en specialist.

Hoewel de focus in dit actieonderzoek nadrukkelijk ligt op de ontwikkeling en opstart van de RTA implementatiestrategie doen we tevens een globale inventarisatie van de effecten van de pilot implementatie op regionaal niveau (onderzoekvraag 3).

Stakeholders

De primaire stakeholders in dit onderzoek zijn de patiënten die in de regio Utrecht zorg krijgen binnen de huidige RTA ketenzorgprogramma's, en de huisartsen en ziekenhuisspecialisten die deze zorg leveren. Zowel in de huisartsenzorg als in de ziekenhuiszorg spelen uiteraard verpleegkundigen, paramedici en praktijkondersteuners direct of indirect ook een belangrijke rol in die zorgketens. Zij zullen gedurende dit actieonderzoek waar dat vanuit het routine zorgproces nodig is door de stakeholders betrokken worden. De professionals zijn zoals hierboven beschreven bestuurlijk georganiseerd binnen het Utrechts zorgplatform TRIJN. De bestaande, onder TRIJN ingerichte RTA werkgroepen van regionale huisartsen en specialisten zullen in dit actieonderzoek samen met patiënten voor elk van de RTA's de indicatoren voor de RTA monitor ontwikkelen. Het projectteam zal deze indicator ontwikkeling coördineren. Huisartsen, ziekenhuisspecialisten en patiënten die deelnemen, zullen ook intensief betrokken worden in de ontwikkeling van het ontwerp van de feedbackrapportage, en bij de ontwikkeling van de onderwijsvormen voor de praktijkbesprekingsbijeenkomsten.

Patiënten participatie.

Patiënten zijn de belangrijkste 'consumenten' van de RTA, en hun ervaringen zijn van groot belang voor succesvolle en duurzame implementatie. We zullen daarom structureel patiënten en/of mantelzorgers met persoonlijke ervaring op het betreffende RTA thema betrekken in de verschillende stappen van dit actieonderzoek. We stellen hiertoe twee zogenaamde 'patient en familie adviescommissies (PFAC, 'patient and family advisory committee (22,23) in, die actief op het operationeel niveau bij de implementatiestrategie betrokken zullen worden. De eerste PFAC bestaat uit 5-6 patiënten met DM of COPD, de tweede PFAC bestaat uit 5-6 patiënten met hartfalen of verhoogd cardiovasculair risico. Aan de patiënten in de PFACs zal uitdrukkelijk gevraagd worden om op alle onderdelen van het actieonderzoek mee te denken: zowel in de projectgroep, als in de ontwikkeling van de RTA monitor, als in de ontwikkeling en uitvoering van de praktijkbesprekingsbijeenkomsten. Het projectteam zal de inrichting van de PFACs en het functioneren daarvan faciliteren, en deelnemende patiënten zullen voor hun deelname ook financieel gecompenseerd worden. Deze PFACs zullen worden gerekruteerd in nauwe samenwerking met bestaande patiënt adviesraden van de deelnemende huisartsengroepen en ziekenhuizen. Bij de rekrutering van de patiënten in deze PFACs is diversiteit een belangrijk uitgangspunt, niet alleen wat betreft de aandoening, maar ook wat betreft leeftijd, sekse, socio-economische status, en gezondheidsvaardigheden en wat betreft huisartsengroep en ziekenhuis waar de deelnemers hun zorg krijgen.

Achtergrond van de implementatiestrategie

Om tot een realistische en opschaalbare implementatiestrategie van RTA's te komen zullen we in dit actieonderzoek twee onderdelen ontwikkelen: 1) een monitoringsinstrument dat cyclisch spiegelinformatie over het gebruik van de RTA's uit de transmurale routinezorgdata extraheert. Dit levert feedback informatie over de mate waarin de afspraken uit de RTA ook nageleefd worden en (2) een ontwerp voor de inrichting van de regionale praktijkbesprekingen voor huisartsen en specialisten gericht op interprofessioneel leren en verbeteren met deze feedback.

Immers, implementatie van richtlijnen werkt meestal niet door alleen een richtlijn op te stellen en beschikbaar te stellen aan professionals. Zeker niet als de richtlijn complex is en meerdere disciplines betreft (12, 24). Nascholing over de inhoud van de richtlijn geeft weliswaar kennis maar is geen garantie voor gebruik in dagelijkse praktijk (25). Het is van groot belang om bij de implementatie van richtlijnen ruimte te geven voor discussie over afstemming van de inhoud van de RTA op de eigen praktijk context (26).

Onze interventie is daarom gericht op het faciliteren en organiseren van een zgn. 'community of practice' rondom RTA implementatie. Een 'community of practice' is een groep mensen die een gedeelde interesse, belang of zorg hebben in een onderwerp, en hun kennis en expertise verdiepen en verder ontwikkelen door regelmatige, onderlinge interactie (27). Centraal hierbij staat het uitwisselen van ervaringen en reflecteren op de eigen dagelijkse praktijk. Een dergelijke leergroep is een geschikt middel voor kwaliteitsverbetering, probleemoplossing en innovatie.

Er zijn drie dimensies cruciaal voor een succesvolle 'community of practice', nl. (1) het domein moet een gezamenlijke onderneming zijn (2) er is wederzijdse betrokkenheid of gemeenschapszin nodig en (3) een gezamenlijk 'repertoire' is een voorwaarde, dat wil zeggen de deelnemers spreken een zelfde taal, gedeelde ervaringen, middelen, verhalen en manieren om problemen aan te pakken (28).

Implementatie binnen een 'community of practice'

In ons actieonderzoek is het doel de implementatie van de betreffende RTA in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld het doorvoeren van afspraken over doorverwijzingen van patiënten met een verdenking op hartfalen voor ECG en/of echocardiogram. De wederzijdse betrokkenheid binnen de 'community' zal versterkt worden door ruimte te bieden voor gezamenlijke reflectie op de gegevens uit de transmurale zorgdossiers over de eigen prestatie binnen de zorgketen en door discussie over de ervaringen van patiënten voor wie de medische professionals in de community gezamenlijk zorgdragen. Huisartsen en medisch specialisten bouwen hiermee onderlinge relaties op die nodig zijn bij het interprofessioneel leren van elkaars praktijk, en leren om een gezamenlijke taal te spreken. Door deelname aan de community of practice neemt hun motivatie toe om de eigen werkprocessen aan te passen en te vernieuwen. Op deze manier wordt duurzame RTA implementatie een gezamenlijke onderneming, waarbij huisartsen en specialisten dezelfde kennis hebben en taal spreken over de RTA, en gezamenlijk met de patiënt overeenstemming hebben over de doelstellingen

Het leerproces binnen de 'community of practice'

Binnen deze 'community of practice' zal geleerd worden aan de hand van actuele feedback over de RTA ketenzorg uit de eigen zorgpraktijk. Het theoretisch concept achter interprofessioneel leren op basis van spiegelinformatie als actuele feedback is dat van de 'reflexiviteit' (29). Teams hebben het vermogen om te monitoren en veranderen door onderlinge uitwisseling over de dagelijkse praktijk, de prestaties en de oplossingen voor hun problemen die ze daar in tegenkomen, en creëren daarmee acceptabele uitkomsten (30).

Dankzij de spiegelinformatie beperkt de discussie tussen de professionals zich niet tot wat ieder zegt dat hij of zij doet, maar zal de discussie leiden tot inzicht over wat er echt gebeurt dankzij de inbreng van data uit de eigen praktijk. De vraag hoe de zorg rond de specifieke ziektebeelden zou moeten verlopen is al beantwoord bij het maken en accorderen van de RTA. Dankzij de bijeenkomsten kunnen de leden van de 'community of practice' nu de stap maken naar lokale afstemming ('tailoring') van de RTA op de eigen praktijk met behoud van de essentie van de RTA.(31). Zo wordt de RTA geen dwingend keurslijf, maar kan uitvoering worden aangepast aan de lokale context, waarmee de uiteindelijke effectiviteit hoger zal zijn.

Het interprofessionele karakter van het leren in de communities is essentieel om tot betere interprofessionele samenwerking te komen. Dat komt echter niet tot stand door professionals simpelweg bij elkaar te zetten (32). Machtverschillen tussen medisch specialisten en huisartsen kunnen een remmende rol spelen op het samen leren.(28, 32) Uit onderzoek in andere landen bleek dat vooral machtverschillen in 'kennis over het klinisch onderwerp', waarbij de medisch specialisten meestal de bovenliggende partij zijn, een negatieve invloed hebben op het leren en verbeteren. Wanneer naast medische professionals ook patiënten deel uitmaken van de 'community of practice', maakt dat het proces complexer, maar het resultaat heeft potentieel meer draagvlak (33). Dit type vraagstellingen rond interprofessioneel leren binnen een community of practice, met als doel een optimale implementatiestrategie, lenen zich goed voor actieonderzoek. Daarmee kan tijdens het onderzoek de strategie-in-ontwikkeling worden aangepast aan de lokale situatie, aan de ervaringen van de consument, en kunnen bijvoorbeeld machtverschillen worden geëxpliciteerd.

Met de bovenstaande theoretische uitgangspunten, nl. om d.m.v. cyclus onderzoek te komen tot een optimale implementatiestrategie, is recent goede ervaring opgedaan in de regio. Binnen de TIPP studie zijn op interprofessionele bijeenkomsten gezamenlijk transmurale incidenten uit de regio geanalyseerd (34). Daarnaast is ervaring opgedaan met de observatie en taalkundige analyse van interprofessionele besprekingen waarin RTA's gemaakt werden.(28, 34). In beide projecten bleek ontwikkeling van onderlinge betrokkenheid en gedeelde kennis een prikkel om stappen te zetten bij de realisatie van de gedeelde doelstelling.

Projectgroep

Om de doelstellingen van dit actieprogramma te realiseren zal een stuurgroep worden ingericht die in nauwe samenwerking met het bestuurlijk overleg van de regionale zorgpartijen (TRIJN) het project zal gaan uitvoeren. In deze stuurgroep zullen

zorgaanbieders uit eerste en tweedelij, een patiëntvertegenwoordiger, een dataexpert en een expert op het gebied van onderwijs opgenomen worden. Een aan te stellen projectmanager is operationeel verantwoordelijk voor de uitvoering van het project en werkt daarin nauw samen met de projectgroep.

De bestaande, onder TRIJN ingerichte, RTA werkgroepen van regionaal actieve huisartsen en specialisten zullen samen met het projectteam en met de PFACs voor elk van de RTA's de indicatoren voor de 'RTA monitor' ontwikkelen. Deze indicatoren zullen halfjaarlijks door het projectteam worden geëxtraheerd uit het gekoppelde zorgdossier van huisarts en specialist. Op basis van deze data uit de zorgdossiers zal het projectteam een feedbackrapportage en onderwijs aan regionale huisartsen en specialisten ontwikkelen, in nauw overleg met de werkgroepen en de PFACs.

Ontwikkeling van de bouwstenen van de implementatiestrategie

Voor de implementatiestrategie moeten in dit project drie onderdelen ontwikkeld worden:

1. De RTA Monitor
2. Het Transmuraal Zorgdossier
3. De interprofessionele praktijkbesprekingen.

Ad 1. RTA Monitor

a. Ontwikkeling indicatoren

De monitoring en ontwikkeling van indicatoren zal zich toespitsen op de vier bestaande 4 RTA's, nl. die voor Diabetes Mellitus (2014), voor COPD, (2015) Cardiovasculair Risico Management (2015), en Hartfalen (2016). Voor elk van deze RTA's zal direct aan het begin van het proces de relevante proces- en uitkomstindicatoren worden ontwikkeld door de bestaande RTA werkgroepen. Die indicatoren (maximaal 10 per RTA) zijn primair gericht op de navolging van de kernaanbevelingen van de RTA op het gebied van diagnostiek, behandeling en verwijzing. De PFAC zal gevraagd worden om in de discussie in de RTA werkgroepen het patientenperspectief op die indicatoren in te brengen, zowel vanuit de patientenvisie op de betreffende RTA als vanuit de ervaringen ermee in de praktijk. We sluiten hier zoveel mogelijk aan op huidige wetenschappelijke ontwikkelingen rond indicatoren ontwikkeling. Zo zullen we bijvoorbeeld ook de vanuit het International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) (35)ontwikkelde indicatorensets voor de RTA's ter overweging meegeven aan de RTA werkgroepen. Bij het bepalen van de relevante uitkomstmetingen voor de monitoring van de RTA implementatie door de werkgroepen kan aan meerdere soorten indicatoren worden gedacht, op verschillende niveaus:

De uitkomst indicatoren gaan vooral over de effecten van implementatie van de RTA's op de inrichting van de zorgketens:

- Het totaal aantal patiënten van de zorggroep met de betreffende diagnose in zorg in de eerstelij resp. de tweedelij. De inschatting van de ernst van de betreffende aandoening bij patiënten in zorg bij eerste en tweede lijn
- het aantal op grond van de ziekte-ernst en RTA afspraken terecht gealloceerde patiënten
- het aantal (acute en geplande) opnames i.v.m. de aandoening.

Daarnaast zijn voor elk van de RTA's ook meer inhoudelijke indicatoren relevant, die vooral gaan over de kwaliteit van zorg na RTA implementatie, zoals de correcte uitvoering van diagnostiek en behandeling in relatie tot de ziekte-ernst:

- Correct gebruik van diagnostiek, bijvoorbeeld echodiagnostiek voor de diagnose hartfalen),
- Op de juiste manier gebruiken van medicatie: gebruik van oraal prednison bij ernstige COPD vormen),
- Verwijzing naar de specialist bij de juiste ernst van COPD of hartfalen

Daarnaast kan ook gedacht worden aan procesindicatoren die vooral samenhangen met kwaliteit en patientveiligheid rondom de RTA implementatie:

- het aantal patiënten waarbij tijdige en adequate informatie-uitwisseling tussen de ketenpartners plaatsvond,
- het aantal patiënten waarbij de testresultaten tijdig opgevolgd werden,
- het aantal patiënten bij wie de medicatievoorschriften bij specialist en huisarts eenduidig waren.

Tenslotte kunnen ook primair patiëntgerichte uitkomstmaten (de zgn., Patient Related Outcome Measures of PROMs) aan de indicatoren set worden toegevoegd

Bovenstaande voorbeelden van indicatoren zullen we voorleggen aan de stakeholders. Doel is om per RTA tot een voor de regio werkbaar en relevante set van indicatoren te komen.

Aanvullend verzamelen we tenslotte ook gegevens over de veiligheidscultuur, aangezien een positieve veiligheidscultuur een belangrijke voorwaarde is voor optimale transmurale samenwerking en implementatie (36). Hiertoe meten we bij aanvang en aan het einde van de studieperiode bij een steekproef van patiënten met de betreffende aandoening de perceptie rond transmurale veiligheid met de door ons ontwikkelde TRIQ vragenlijst (37). Daarnaast zullen we eenmaal in de studie periode de transmurale veiligheidscultuur onder de zorgprofessionals meten met de door ons ontwikkelde TRACE vragenlijst (38). Van de TRACE vragenlijst hebben we uit de TIPP studie al regionale data die als baseline meting kunnen dienen. Ook deze uitkomsten zullen via rapportages aan de professionals teruggekoppeld worden.

b. Extractie van de indicatoren

Op basis van de door de stakeholders aangeleverde RTA indicatoren sets wordt door de projectgroep een prototype format voor data extractie ontwikkeld en getest. De uitkomsten hiervan worden in een pilot-rapportage teruggekoppeld aan de betreffende RTA werkgroep om de inhoud ervan te kunnen toetsen en waar nodig verbeteren, en zo tot een naar verwachting

voor de stakeholders werkbare feedbackrapportage te komen.

De haalbaarheid van extractie en automatisering van deze indicatoren zal getoetst worden binnen het bestaande transmurale zorgdossier. We streven naar zoveel mogelijk geautomatiseerde berekening van de indicatoren, vooral voor de uitkomst indicatoren.

Verwacht wordt echter dat er vooral voor de inhoudelijke indicatoren verrijking van de data nodig is om alle relevante feedback te kunnen genereren. Verrijking kan bijvoorbeeld plaatsvinden door middel van analyse van de open tekstvelden uit de routinezorgdata van huisarts en specialist in het transmuraal dossier. Hiertoe zullen we per RTA tweemaal (bij de start van het project en na een jaar) een steekproef van 100 patientdossiers analyseren. Eerder onderzoek van de projectgroep naar het volgen van richtlijnen door huisartsen in opleiding heeft laten zien dat het mogelijk is om de kernindicatoren van richtlijn compliance te scoren aan de hand van de inhoud van het huisartsen dossier (39). Een andere mogelijkheid is om gebruik te maken van de ketenzorg gegevens zoals die door de deelnemende zorggroepen worden aangeleverd aan Ineen. Deze landelijke organisatie verzorgt jaarlijks de landelijke benchmark voor de kwaliteit van de ketenzorg DM, COPD en CVRM. Waar nodig zullen we de indicatoren aanpassen aan de mogelijkheden en beperkingen van de data. Steeds zal daarbij de dialoog met de RTA ontwikkelaars over de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de ontwikkelde indicator leidend zijn.

Na optimalisatie en automatisering van de extracties kunnen de rapportages worden opgesteld voor deelnemers aan de community of practice: huisartsen en medisch specialisten. Binnen het actieonderzoek zal worden onderzocht of de professionals en patiënten de rapportages acceptabel, werkbaar en duidelijk vinden, zodat verbeteringen hieraan gedurende het proces kunnen worden doorgevoerd.

c. Rapportages

Er zullen twee soorten rapportages worden ontwikkeld in dit actieonderzoek. De eerste betreft een overzicht van de indicatoren per zorggroep en ziekenhuis (spiegelinformatie op organisatieniveau), een tweede rapportage betreft het totale overzicht van de indicatoren per RTA in de regio (de regionale RTA monitor).

Tijdens dit actieonderzoek zullen we de eerste versie van beide rapportages na 6 maanden alleen onder de deelnemende stakeholders verspreiden, d.w.z. onder de RTA werkgroepen, de PFACs en professionals die meedoen aan de praktijkbesprekingsbijeenkomsten. Als we voldoende verbeterlagen hebben gemaakt rond het ontwerp en de inhoud van de rapportages op basis van input van de stakeholders, zullen we de rapportages breder onder alle professionals in de regio gaan verspreiden. Bij de ontwikkeling van de feedbackrapportage staat uiteraard relevantie voor en het gezamenlijk eigenaarschap van de stakeholders voorop. We streven ernaar rond maand 12 zowel een 'regionale RTA monitor' als een rapportage op het niveau van de zorggroepen/ziekenhuismaatschap te verspreiden onder alle regionale professionals

Ad 2 Transmuraal dossier vorming

Om de indicatoren in de hele zorgketen te kunnen monitoren, en de transitie van patiënten in beeld te brengen, is koppeling van het dossier van de huisartsen en van de specialisten in de ziekenhuizen in een regionaal transmuraal zorgdossier noodzakelijk. Daarmee is recent ervaring opgedaan in het TIPP project, waarin het effect van een interventieprogramma op het aantal incidenten in de transmurale patiëntveiligheid werd geëvalueerd (16). Hiervoor werd een dossierstudie gedaan naar incidenten in zorgtransities tussen eerste lijn en ziekenhuis van 1200 patiënten die de afdelingen of poliklinieken cardiologie en maagdarmliever-ziekten van het Diaconessenhuis en het UMC Utrecht bezochten. Van al die patiënten werd het dossier van de huisarts gekoppeld aan het ziekenhuisdossier van de specialist. Daarbij is gebruikt gemaakt van een zgn. gepseudonimiseerde kans koppeling via een Third Trusted Party (TTP), in dit geval Zorg TTP Houten. Naast pseudonimisatie van de patiëntgegevens, waardoor de data niet meer herleidbaar zijn tot een individuele patiënt, werden ook de open tekstvelden uit het dossier van de huisarts en specialisten geanonimiseerd om de privacy van de patiënt te waarborgen. Hierbij werd gebruik gemaakt van een speciaal hiervoor ontwikkelde software, die herleidbare gegevens wist. Hierdoor ontstaat van iedere patiënt een gepseudonimiseerd transmuraal zorgdossier, waarbij gegevens niet meer individueel herleidbaar zijn (zie figuur).

In de TIPP studie is door het koppelen van patiëntendossiers van de huisartsen uit Utrecht (HUS) en de afdelingen cardiologie en MDL van zowel UMCU als het Diaconessenhuis een database ontstaan die een chronologisch overzicht biedt van alle routine zorgdata van patiënten die gelijktijdig zorg ontvingen van huisartsen en cardiologen en/of MDL artsen (40) Deze database is gebruikt om d.m.v. de 'record review methode' het aantal en de aard van patiëntveiligheidsincidenten te beoordelen. Op basis van deze ervaring denken we dat deze transmurale routinezorgdatabase geschikt is voor zowel monitoring van implementatie indicatoren als voor het leveren van gedetailleerde spiegelinformatie waarmee professionals kunnen leren en verbeteren.

Voor het realiseren van de transmurale zorgdossier database die geschikt is voor onze RTA implementatiestrategie zullen de volgende stappen worden gezet:

- Extractie van de huisarts registratiegegevens van de patiënten met DM, COPD, Hartfalen en CVRM uit het Julius Huisartsen Netwerk
- Ontsluiten van de registraties van de afdelingen interne geneeskunde (RTA DM) longgeneeskunde (RTA COPD)) van het UMCU en het Diaconessenhuis t.b.v. de transmurale zorgdossier database op basis van de eerder ingerichte procesgang uit het TIPP project. Vervolgens worden de data van deze afdelingen, samen met die van de in het TIPP project al ontsloten afdelingen cardiologie in beide ziekenhuizen (t.b.v. RTA's Hartfalen en CRVM), geëxtraheerd.
- We streven naar aansluiting van het St Antonius Ziekenhuis binnen de projectperiode van dit actieonderzoek, en opname van de registraties van de afdelingen interne geneeskunde, cardiologie en longziekten in het transmuraal zorgdossier.

Per RTA zullen we tweemaal (bij de start van het project en na een jaar) een steekproef van 100 patientdossiers uit het transmuraal dossier trekken en inhoudelijk tekstvelden en ontslag- en verwijfsbrieven analyseren op inhoudelijke informatie over

RTA uitvoering en veiligheid (zie onder indicatoren). Tenslotte zullen we met de zorggroepen overleggen of en in welke mate we de ketenzorggegevens zoals ze die jaarlijks aanleveren aan Ineen voor de landelijke benchmark ketenzorg kunnen gebruiken als indicatoren van RTA implementatie

Ad 3 Interprofessionele praktijkbesprekingen gericht op leren en verbeteren

a. Ontwerp van de bijeenkomsten

De projectgroep zal in overleg met de RTA werkgroepen en de deelnemende professionals een programma voor twee tot maximaal drie bijeenkomsten opstellen voor elk van de RTA's, DM, COPD, CVRM en Hartfalen. Deze bijeenkomsten zijn praktijkgericht, bedoeld voor steeds een kleine groep huisartsen en specialisten (maximaal 12) die in de regio gezamenlijk zorgdragen voor patiënten en dus naar elkaar doorverwijzen. Het leerproces is gebaseerd op de uitgangspunten van reflexiviteit en interprofessioneel leren binnen een 'community of practice' (zie het onderdeel 'achtergrond'). De betreffende PFAC zal participeren in de voorbereiding van de bijeenkomst, en tijdens de bijeenkomst zelf zal ook een patiënt aanwezig zijn.

b. Verantwoordelijkheid voor ontwerp en inhoud

Voor de inrichting van de praktijkbesprekingen zal worden geput uit ervaringen van lopende projecten op het gebied van transmurale samenwerking en interprofessioneel leren. De organisatie ligt bij de projectmanager, de didactische inbreng wordt geleverd door een onderwijskundig expert vanuit het Julius Centrum. Binnen de projectgroep is ruimschoots expertise aanwezig in het ontwikkelen van innovatieve onderwijsvormen, het begeleiden van interprofessionele leergroepen en het bestuderen van de onderliggende leerprocessen. Zo begeleiden projectgroep leden een project rondom het faciliteren van transmurale afspraken, waaronder de RTA ontwikkeling. Binnen de POINT studie, die is gericht op de introductie van de apotheker farmacotherapeut in de huisartspraktijk, is de interprofessionele samenwerking en het leren van de apotheker en huisarts bestudeerd (41). Daarnaast zijn projectgroep leden direct betrokken bij de ontwikkeling van interprofessioneel onderwijs in zowel het basiscurriculum als in de huisartsopleiding van het UMC Utrecht. De inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de praktijkbesprekingsbijeenkomsten ligt bij de RTA werkgroepen en de betreffende PFAC.

c. Actieonderzoek perspectief op de bijeenkomsten

Idealiter bestaat de leer en verbeter-cyclus uit minimaal 3 opeenvolgende bijeenkomsten per cyclus. Echter, gezien de beperkte tijdsduur van dit actieonderzoek zal het niet mogelijk zijn om binnen de looptijd van dit project meer dan twee 'live' bijeenkomsten per RTA te organiseren en te evalueren. We zullen daarom in overleg met de stakeholders zoeken naar de beste manier om de praktijkbijeenkomstencyclus vorm te geven. Actieonderzoek schrijft immers voor om nieuw opkomende vragen en opgedane ervaring in te passen in de volgende onderzoekstap. Indien bijvoorbeeld blijkt dat fysieke aanwezigheid voor veel stakeholders een hinderpaal is, dan zullen we experimenteren met online oplossingen zoals internet discussiefora. Onderwerp van actieonderzoek zal dan zijn of de ontwikkeling van de community of practice, inclusief informele afstemming en het gevoel van wederzijdse betrokkenheid, voldoende plaatsvindt tijdens online onderwijs. Verder zal dit actieonderzoek inzoomen op de effectiviteit en efficiëntie van de interprofessionele bijeenkomsten. Om dat te kunnen evalueren zullen we observationele data verzamelen bij de procesbegeleider, videoregistraties van de bijeenkomst maken en de deelnemers na afloop vragenlijsten toezenden. Aan de hand van de analyse van deze data kunnen we als eindproduct van dit project ook een handleiding voor inrichting en procesbegeleiding van deze bijeenkomsten opleveren.

d. Uitvoering van de bijeenkomsten:

Deelnemers

Voor een cyclus van drie bijeenkomsten wordt een groep van max. 12 deelnemers gerekruteerd (6-8 huisartsen, 6-4 specialisten) uit eenzelfde sub-regio, d.w.z. huisartsen die vooral verwijzen naar een bepaald ziekenhuis vormen samen met de specialisten uit dat ziekenhuis een groep.

Inbreng patientervaring

Daarnaast zal per groep tenminste een patiënt met ervaring in het in de RTA besproken ziektebeeld aanwezig zijn bij de bijeenkomsten. De PFAC zal meedenken in het programma van de bijeenkomst, en tijdens de bijeenkomst zal patiënt ervaring worden ingebracht ofwel in de vorm van ervaringsverhalen, of d.m.v. een video registratie van bijv. een 'patient journey' door de RTA, of de resultaten van enquêtes onder patiënten.

Procesbegeleider

Voor elk van de cycli met bijeenkomsten wordt een procesbegeleider aangesteld die de praktijkbesprekingen faciliteert. De procesbegeleider zorgt dat tijdens de bijeenkomsten aandacht is voor uitgangspunten van de RTA en het uiteindelijke doel van de RTA (Zorg op de juiste plaats). Hij of zij zorgt er ook voor dat binnen de interprofessionele groep voor elke deelnemer de ruimte is om bij te dragen en te leren. Of de deelnemers zelf ook bewust zijn van hun leerprocessen zal hij/zij regelmatig door middel van een evaluerende vraag als afsluiting toetsen. De procesbegeleiders in dit project zullen ervaren docenten uit het UMC Utrecht of de deelnemende organisaties zijn. Daartoe zal een leidraad worden ontwikkeld voor het begeleiden van deze interprofessionele RTA besprekingen, bruikbaar voor de uitrol van de implementiestrategie.

Leerdoelen van de interprofessionele praktijkbesprekingen:

1. kennis hebben van het doel van de RTA, zowel voor het eigen handelen (interprofessioneel samenwerken) als voor de patiënt (Juiste zorg op de juiste plaats dankzij substitutie).
2. Zicht hebben op verschillen tussen eigen handelen in de praktijk, en het handelen van anderen in de keten, vanuit het perspectief van de RTA
3. Bespreken van deze verschillen met als doel analyseren van oorzaken en verbeteren van het handelen in de praktijk om onnodige variatie bij RTA implementatie te voorkomen.

Feedbackrapportage

De deelnemers krijgen voor elke bijeenkomst een rapportage met spiegelinformatie over de prestatie van de eigen zorggroep of maatschap op de vastgestelde indicatoren van de RTA en evt. aanvullende data van bijvoorbeeld de regionale transmurale veiligheidscultuur, zoals hierboven beschreven.

Algemene opzet

De algemene opzet van alle bijeenkomsten is gericht op bespreking van de feedbackrapportage, het uitwisselen van ieders percepties (zeker ook die van de patiënt), het gebruik van de RTA in de praktijk, en op de inventarisatie van de belangrijkste obstakels en promotoren van toepassing. Ter afsluiting komt de vraag aan de orde: 'wat ga ik morgen anders doen, en hoe dan'. Tot slot wordt de deelnemers na afloop van elke bijeenkomst gevraagd om een vragenlijst in te vullen om data te verzamelen voor het actieonderzoek (zie sectie over dataverzameling).

De eerste sessie gaan de deelnemers in discussie over de uitgangspunten van de RTA en wisselen ervaringen uit. Dit is nodig omdat, zoals in de inleiding is geschetst, de kennis over de RTA niet altijd optimaal is in de praktijk. In de tweede sessie gaan zij in gesprek over concrete casuïstiek die volgt uit de feedbackrapportage.

Uitvoering actieonderzoek

De implementatiestrategie is gericht op huisartsen en bij het thema van de RTA betrokken specialisten in de regio. In dit actieonderzoek streven we ernaar om per RTA thema 3 cycli van tenminste 2 bijeenkomsten te starten, een voor elk van de drie samenwerkingsclusters ziekenhuis/huisartsen in de regio. Dat betekent dat aan het actieonderzoek tenminste 72 (3x6x4) huisartsen deelnemen (ruim een kwart van de 300 regionale huisartsen) en ook 72 specialisten betrokken worden. Voor de organisatie van en communicatie over de praktijkbesprekingsbijeenkomsten zal de projectgroep aansluiten bij de huidige spelers voor nascholing in de regio. Ook zullen de bijeenkomsten zoveel mogelijk ingepast worden in de huidige planning van HAGRO bijeenkomsten. Deze bijeenkomsten in de regio kennen overigens ook al een traditie van gezamenlijk onderwijs met specialisten.

Voor het inrichten van het transmuraal dossier zal de projectleider nauw samenwerken met de staf van het Julius Huisartsen Netwerk (JHN) en de afdeling datamanagement van het UMC Utrecht. De JHN database bevat alle eerstelijns zorgdata van 300.000 patiënten van 200 regionale huisartsen. Ontsluiting en extractie van de zorgdossiers in de drie regionale ziekenhuizen zal worden uitgevoerd door de ICT managers van de ziekenhuizen, die samenwerken in de ICT werkgroep van het regionaal bestuurlijk overleg TRIJN. Tevens zijn hierbij de juridische afdelingen van de verschillende partijen betrokken. De feedbackrapportages zullen, in samenspraak met alle partijen, worden verzorgd worden door het JHN.

De ontwikkeling en analyses van het transmuraal zorgdossier, de indicatoren en het uitzetten van en analyseren van de vragenlijsten t.b.v. dataverzameling voor de eindrapportages zullen worden georganiseerd door de projectmanager, en uitgevoerd door het projectteam i.s.m. datamanagement van het Julius Centrum. De analyses van de praktijkbesprekingen zullen worden gedaan door de onderwijskundig experts uit het projectteam

Tijdspad

Maand 0-6

Samenstellen PFACs

METC aanvraag

Uitzetten TRIQ onder steekproef patiënten

Opstellen en testen indicatoren

Inrichten transmuraal dossier

Ontwerpen en testen feedbackrapportages

Organiseren programma interprofessionele praktijkbesprekingen

Ontwikkelen inhoud van de eerste praktijkbespreking

Maand 6

Eerste verspreiding spiegelinformatie, alleen onder deelnemende professionals

Eerste ronde praktijkbesprekingen

Maand 9-15

Tweede ronde praktijkbijeenkomsten

Regio-brede verspreiding RTA monitor en spiegelinformatie per zorggroep of maatschap

Maand 15

Afnemen TRIQ onder steekproef patiënten

Afnemen TRACE onder professionals

Maand 15-18

Analyse onderzoeksvragen
Rapportage actieonderzoek

Projectuitkomsten

Concreet levert het project na 18 maanden het volgende op:

1. Een beschrijving van de implementatiestrategie rondom de RTA inclusief de organisatie van de monitoring en de vormgeving van het interprofessioneel leerproces
2. Voor elk van de vier RTA's (DM, COPD, Hartfalen en CVRM) een overzicht van de indicatoren die op basis van consensus in de RTA werkgroepen het meest relevant en geschikt zijn voor het monitoren van het gebruik en de navolging van de RTA en de effecten in de zorgketen (onderzoeksvraag 1)
3. Een beschrijving van de ICT structuur die nodig is voor het inrichten van een regionaal transmuraal zorgdossier, van de vereiste onderdelen van routinezorgregistraties, en de koppelingssystematiek
4. Een draaiboek voor het inrichten van het interprofessioneel leerproces, inclusief een leidraad voor procesbegeleiders, en de manier van inbreng van patiëntervaringen en een overzicht van belemmerende en faciliterende factoren voor een optimaal leerproces rondom de RTA (onderzoeksvraag 2)
5. Een eerste pilot rapportage van de geaggregeerde regionale effecten van de implementatiecyclus voor de betreffende zorgketens voor DM, COPD, CVRM en hartfalen op (onderzoeksvraag 3)

Met deze deliverables is het mogelijk om ook in andere regio's de RTA implementatiecyclus op te starten

Ethische overwegingen

De gepseudonimiseerde transmurale dossiervorming m.b.v. TTP koppeling valt juridisch binnen de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomsten en naar verwachting gevrijwaard zijn van formele METC toetsing. Het protocol zal daartoe worden voorgelegd aan de METC ter toetsing, waarbij speciale aandacht zal zijn voor de open-tekst-velden in het transmuraal dossier, en het uitzetten van de TRIQ vragenlijst aan patiënten in de regio.

Ook voor het actieonderzoek gelden specifieke ethische overwegingen. Aan het begin van het project zal een uitgewerkt voorstel voor de ethische aspecten rond de nascholingsbijeenkomsten worden uitgewerkt. Deelnemers zijn uiteraard vrij om af te zien van deelname aan het onderzoek. Aangezien dataverzameling voor onderzoek door observatie en door videoregistratie niet ongewoon is in onze regio verwachten wij geen grote bezwaren van potentiële deelnemers.

Expertise, voorgaande activiteiten en producten / Expertise, prior activities and products

Dorien Zwart, is als huisarts en mede praktijkhouder van gezondheidscentrum De Bilt verbonden aan HaGro Medibilt en de zorggroep Prevent. Daarnaast is zij hoofdonderzoeker van zorginnovatie projecten op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de huisartsgeneeskunde zoals TIPP (onderzoek gericht op verbetering van transmurale veiligheid), POINT (verbetering van medicatieveiligheid door inzet van een klinisch apotheker in de huisartspraktijk) en Safety First (verbetering van de kwaliteit en veiligheid van triage van cardiovasculaire aandoeningen op de huisartsenpost). Binnen het TIPP project is het eerste transmuraal zorgdossier tussen huisartsen en ziekenhuizen van Nederland ontwikkeld. Daarnaast heeft zij ervaring met kwalitatieve evaluaties van onderwijskundige en complexe interventies. In het afgelopen academisch jaar was zij als Harkness Fellow verbonden aan de Harvard University/Brigham and Women's Hospital in Boston, USA, waar ze zich bezighield met onderzoek naar transmurale overdracht.

Jan Oomes is algemeen directeur van de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, en bestuurlijk vertegenwoordiger van LRJG in het regionaal TRIJN-overleg. Hij is als bedrijfskundige mede inspirator van innovatieprojecten op het gebied van organisatie van de eerstelijns.

Niek de Wit is hoogleraar huisartsgeneeskunde aan het UMC Utrecht en als medisch manager verbonden aan de Julius Gezondheidscentra, de academische eerstelijnspraktijk in de Utrechtse wijk Leidsche Rijn. Namens LRJG participeert hij het regionale overleg van eerstelijns zorgorganisaties en in het TRIJN overleg. Hij heeft een brede ervaring met de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van zorginnovaties in de eerstelijns, o.a. op het gebied van diagnostiek (Catchproject, CRP POC diagnostiek) oncologische nazorg (GRIP-project), de inzet van de apotheker farmacotherapeut (POINT project), preventieconsult (Integrate project) en gestructureerde ouderenzorg (Om U project). Hij is daarnaast actief in richtlijn ontwikkeling en implementatie, en superviseerde mede de evaluatie van de RTA DM en COPD. Hij is lid van de Kwaliteitsraad van het Zorg Instituut Nederland.

Carin de Kok is als huisarts werkzaam in Utrecht, en is tevens medisch directeur van de Huisartsen organisatie Huisartsen Utrechts Stad. HUS is als grootste huisartsenorganisatie in de stad Utrecht, met meer dan 200 leden, een van de initiatiefnemers van de raamovereenkomst rond transmurale samenwerking en van het TRIJN-initiatief.

Denise Seelen is als senior adviseur werkzaam bij bureau Raedelijns, de ROS van Midden Nederland. Vanuit die functie vervult zij de rol van ambtelijk secretaris van het Utrechts samenwerkingsverband TRIJN. Zij is opgeleid als organisatie- en veranderkundige en heeft een brede werkervaring op dat gebied in diverse settings in de zorg (ouderenzorg, ziekenhuis en eerste lijn).

Angelien Borgdorff, Msc Kwaliteit en Veiligheid in de Patiëntenzorg, is programmamanager ouderen- en transmurale zorg bij Huisartsen Utrecht Stad (HUS). Daarnaast is zij senior-adviseur Transmurale Zorg in het Diaconessenhuis Utrecht. Zij

begeleidde kaderartsen en specialisten bij het opstellen van de RTA DM, COPD, CVRM en ouderenzorg. Daarnaast was zij nauw betrokken bij de wetenschappelijke evaluatie van de RTA DM en COPD door medisch studenten in 2016 en 2017. Als RTA coördinator is zij verantwoordelijk voor de verbinding van de verschillende transmurale projecten aan het Transmuraal Platform 'Trijn'. Bij HUS is zij verantwoordelijk voor de implementatie van de RTA's in de huisartsenpraktijken door middel van o.a. nascholing en implementatie van de RTA app.

Renée Snippenburg is als longarts werkzaam in het Diaconessenhuis te Utrecht met als aandachtsgebied astma en COPD. Ze is al meer dan 10 jaar betrokken bij de organisatie van ketenzorg voor COPD in de regio. Ook landelijk is ze betrokken als vertegenwoordiger namens de NVALT, bij de totstandkoming van het LAN transmuraal zorgpad: "longaanval met opname in het ziekenhuis" en richtlijnontwikkeling voor o.a. de behandeling van een longaanval en substitutie van zorg voor kwetsbare ouderen. Ze is daarnaast werkzaam als coördinator Transmurale Zorg van het Diaconessenhuis, en vanuit die functie belast met ontwikkelen en implementeren van de RTA's.

Arie Franx is gynaecoloog, hoogleraar obstetrie, medisch manager en voorzitter van de divisie Vrouw en Baby en opleider obstetrie/gynaecologie in het UMC Utrecht. Hij is voorzitter van het huisartsenoverleg van het UMC Utrecht, medeontwerper van de regionale raamovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' uit 2015 en vertegenwoordigt het UMC Utrecht in het TRIJN overleg. Hij doet onderzoek naar organisatie en kwaliteit van (keten)zorg. Hij heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van nationale en internationale indicatoren voor geboortezorg, waaronder, als voorzitter van de werkgroep, de standard set Pregnancy and Childbirth van de International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM). Hij is als adviseur aan ICHOM verbonden. Arie Franx is lid van de Programmacommissie Zwangerschap en Geboorte van ZonMw.

Rob van Tooren is als cardioloog werkzaam bij het St Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein met als aandachtsgebieden hartfalen en echocardiografie. Hij is nauw betrokken bij transmurale zorginitiatieven op het gebied van de cardiologie. Hij beoordeelt de door de regionale huisarts aangevraagde cardiale echografieën, en was mede opsteller van de RTA hartfalen en cardiovasculair risicomanagement..

Esther de Groot is medisch onderwijskundige en onderzoeker. Zij begeleidt onderzoekers onder meer in een studie over het samen leren van opleiders en trainees in de huisartsenpraktijk. In haar studies werkt zij samen met taalkundige en onderwijskundige onderzoekers van de Universiteit Utrecht. Haar promotieonderzoek ging over leren in Communities of Practice door dierenartsen. Als lid van een Community of Practice over Design Based Research heeft zij een hoofdstuk geschreven in het handboek over ontwerp gericht onderzoeken. In haar vorige werkkring heeft zij lang gewerkt als adviseur op het gebied van e-learning.

Marlous Kortekaas is als huisarts-epidemioloog werkzaam als manager van het Julius Huisartsen Netwerk (JHN), waardoor zij kennis heeft over de onderzoeksmogelijkheden met routinezorgdata van huisartsen en het koppelen van deze data aan andere zorgpartijen. Zij is gepromoveerd op het onderwerp "improving evidence-based general practice" waarbij zij een onderwijsinterventie op de huisartsenopleiding evalueerde. In het kader hiervan heeft zij een instrument ontwikkeld dat met behulp van (open tekstvelden uit) routinezorgdata kan toetsen of huisartsen in opleiding in lijn met de voorschriften uit de richtlijnen handelen. Naast haar werk bij het JHN werkt zij als waarnemend huisarts in de regio Utrecht, waardoor zij actief betrokken is in het veld.

Publicaties / Publications

1. Verbakel NJ, de Bont AA, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Improving patient safety culture in general practice: an interview study. *Br J Gen Pract.* 2015Dec;65(641): e822-8. doi: 10.3399/bjgp15X687865
2. Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Improving Patient. Safety Culture in Primary Care: A Systematic Review. *J Patient Saetf.* 2016; Sep;12(3):152-8.
3. Göbel B, Zwart DL, Hesselink G, Pijnenborg L, Barach P, Kalkman C, Johnson JK. Stakeholder perspectives on handovers between hospital staff and general practitioners: an evaluation through the microsystems lens. *BMJ Qual Saf.* 2012 Dec;21 Suppl 1:i106-13.
4. Van Melle MA, Zwart DLM, de Bont AA, Mol IWM, van Stel HF, de Wit NJ. Improving transitional patient safety: protocol of the transitional incident prevention program (TIPP). *Safety in Health* (2015)1:13
5. AA De Bont, DLM Zwart. 'Can an elephant crack a nut with a sledge hammer? How physicians cross boundaries between hospitals and primary care clinics.' Ch.13 in "Researching quality in care transitions: International perspectives". 2017 (In press)
6. Schierenberg A, Broekhuizen BDL, Nipshagen MD, Kommer MJB, Bruijning-Verhagen PCJ, van Delft S, van de Pol AC, Bonten MJM, de Wit NJ. Guideline adherence for diagnostic faeces testing in primary care patients with gastroenteritis. *Fam Pract.* 2017 May 20. doi: 10.1093/fampra/cmz042. [Epub ahead of print]
7. Bleijenberg N, de Jonge A, Brand MP, O'Flynn C, Schuurmans MJ, de Wit NJ [Implementation of a proactive integrated primary care program for frail olderpeople: from science to evidence-based practice]. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2016 Dec;47(6):234-248. D
8. van Melle MA, Erkelens DC, van Stel HF, de Wit NJ, Zwart DL. Pilot study on identification of incidents in healthcare transitions and concordance between medical records and patient interview data. *BMJ Open.* 2016 Aug 19;6(8):
9. Kortekaas MF, Bartelink ML, van der Heijden GJ, Hoes AW, de Wit NJ. Development and validation of a new instrument measuring guideline adherence in clinical practice. *Fam Pract.* 2016 Oct;33(5):562-8.
10. Kortekaas MF, Bartelink ML, Boelman L, Hoes AW, de Wit NJ. General practice trainees' information searching strategies for clinical queries encountered in daily practice. *Fam Pract.* 2015 Oct;32(5):533-7.
11. de Groot E, Endedijk MD, Jaarsma ADC, Simons PR-, van Beukelen P. Critically reflective dialogues in learning communities of professionals. *Studies in Continuing Education* 2014;36(1):15-37.

- 12.Kortekaas MF, Bartelink M-EL, de Groot E, Korving H, de Wit NJ, Grobbee DE, et al. The Utrecht questionnaire (U-CEP) measuring knowledge on clinical epidemiology proved to be valid. *J Clin Epidemiol* 2017;82:119-127.
- 13.Meijer LJ, De Groot E, Blaauw-Westerlaken M, Damoiseaux RAMJ. Intraprofessional collaboration and learning between specialists and general practitioners during postgraduate training: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):1-8.
- 14.Mertens F, de Groot E, Meijer LJ, Wens J, Cherry G, Deveugele M, et al. Workplace learning through collaboration in Primary Healthcare: A BEME Realist Review of What Works for Whom, and in What circumstances. *Medical teacher* 2017(In Press.)
- 15.Spaan NR, Dekker ARJ, van der Velden AW, de Groot E. Informal and formal learning of general practitioners. *J Workplace Learn* 2016;28(6):378-391.
16. Ter Brugge PH, Bartelink MEL, Damoiseaux RAMJ, de Groot E. The use of evidence during group meetings of Dutch general practitioners Education for Primary Care 2017 (In Press.)
- 17.Poels M, Koster MP, Boeije HR, Franx A, van Stel HF. Why Do Women Not Use Preconception Care? A Systematic Review On Barriers And Facilitators. *Obstet Gynecol Surv.* 2016 Oct;71(10):603-612.
- 18.Scheerhagen M, van Stel HF, Tholhuijsen DJ, Birnie E, Franx A, Bonsel GJ. Applicability of the ReproQ client experiences questionnaire for quality improvement in maternity care. *PeerJ.* 2016 Jul 13;4:e2092.
- 19.Hermus MA, Wieggers TA, Hitzert MF, Boesveld IC, van den Akker-van Marle ME, Akkermans HA, Buijnzeels MA, Franx A, de Graaf JP, Rijnders ME, Steegers EA, van der Pal-de Bruin KM. The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre care in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015 Jul 16;15:148.
- 20.Scheerhagen M, van Stel HF, Birnie E, Franx A, Bonsel GJ. Measuring client experiences in maternity care under change: development of a questionnaire based on the WHO Responsiveness model. *PLoS One.* 2015 Feb 1;10(2):e0117031.
- 21.Pieters A, Akkermans H, Franx A. E pluribus unum: using group model building with many interdependent organizations to create integrated health-care networks. *Adv Health Care Manag.* 2011;10:321-44.
- 22.Backus BE, Six AJ, Kelder JC, Mast TP, van den Akker F, Mast EG, Monnik SH, van Tooren RM, Doevendans PA. Chest pain in the emergency room: a multicenter validation of the HEART Score. *Crit Pathw Cardiol.* 2010 Sep;9(3):164-9.
- 23.van Tooren RM, van Leusen R, Bosch FH. Culture negative endocarditis combined with glomerulonephritis caused by Bartonella species in two immunocompetent adults. *Neth J Med.* 2001 Nov;59(5):218-24.
- 24.Trappenburg JC, Niesink A, de Weert-van Oene GH, van der Zeijden H, van Snippenburg R, Peters A, Lammers JW, Schrijvers AJ. Effects of telemonitoring in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Telemed J E Health.* 2008Mar;14(2):138-46
- 25.Borgdorff, A., Langelaan M. Transmuraal Gezamenlijk Medisch Consult: voorkom incidenten bij terugverwijzing. KIZ 2017-06

Referenties / References

- 1.<https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2017/zorg-europa-nederland-behoort-tot-duurste-en-beste>
- 2.Judith de Jong et al. . Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg Communicerende vaten of gescheiden circuits? NIVEL, Utrecht 2016.
3. LHV en FMS; handreiking substitutie van zorg; huisarts en medisch specialist samen aan de slag. FMS Utrecht, 2017.
- 4.<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/06/08/kamerbrief-over-hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-2018>
- 5.KPMG. Eerste resultaten substitutiemonitor 2015. <http://www.zorgopdejuisteplek.nl/wp-content/uploads/2014/12/20150326-Rapport-afsprakenmonitor-def.pdf>
- 6.Westra D, Kroese M, Ruwaard D. Substitution of care: what do we know, what should we know, and what should we do?. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2017;161(0):D1354. Dutch. PubMed PMID: 28270241.
- 7.Ties Keyzer. Commentaar NTVG <https://www.ntvg.nl/artikelen/beteugeling-zorgkosten-nodig-maar-onverkoopbaar>
- 8.<https://trijn.nu/over-trijn/>
- 9.TRIJN regionale transmurale afspraken: <https://trijn.nu/zorgafspraken/>
- 10.Marie Liiss Peva . Evaluatie invoering RTA COPD in de regio Utrecht. Doctoraal stage UMC Utrecht 2017
- 11.Emma Hemmes. Evaluatie invoering RTA COPD in de regio Utrecht. Doctoraal stage UMC Utrecht 2016
- 12.Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients'care. *Lancet* 2003 (362) October 11, 362(9391):1225-30
- 13.L.M.T. Schouten, M.E.J.L. Hulscher, R.F. Dijkstra. Implementatie van richtlijnen. In :Handboek Evidence based richtlijnontwikkeling (red JJJ van Everdingen) pp 215-224. Springer 2014, ISBN: 978-90-368-0266-6
- 14.Zorginzicht. Tool voor implementatie van richtlijnen. <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Tool%20Implementatie%20van%20richtlijnen.pdf>
15. J.S. Burgers, M.A.H. Fleuren, M. Lugtenberg, C.T.J. Hulshof. Evaluatie van de toepassing van richtlijnen. In :Handboek Evidence based richtlijnontwikkeling (red JJJ van Everdingen) pp 293-302. Springer 2014, ISBN: 978-90-368-0266-6
- 16.MA Van Melle, DC Erkelens, HF van Stel, NJ de Wit, DLM Zwart. Pilot study on identification of incidents in healthcare transitions and concordance between medical records and patient interview data. *BMJ Open.* August, 2016 : 19;6(8):e011368
- 17.Bleijenbergh N, Drubbel I, Schuurmans MJ, Dam HT, Zuithoff NP, Numans ME, deWit NJ. Effectiveness of a Proactive Primary Care Program on Preserving Daily Functioning of Older People: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Jul 26. doi: 10.1111/jgs.14325. [Epub ahead of print]
- 18.<http://portal.juliuscentrum.nl/research/nl-nl/cohortsandprojects/cohortprojects/juliusgeneralpractitionersnetwork/jhn.aspx>
- 19.Schierenberg A, Nipshagen MD, Broekhuizen BD, van de Pol AC, Buijning-Verhagen PC, Kusters JG, Schuurman R, van Delft S, Mangen MJ, de Wit NJ, Bonten MJ. Design of the PROUD study: PCR faeces testing in outpatients with diarrhoea.

- BMC Infect Dis. 2016 Jan 30;16(1):39.
20. Bleach J. Learning networks; enabling change through community action research. *Educ Action Res* 2016;24(1):21-33.
21. Dolmans DHJM, Tigelaar D. Building bridges between theory and practice in medical education using a design-based research approach: AMEE Guide No. 60. *Med Teach* 2012;34(1):1-10.
22. <http://catalyst.nejm.org/pfac-quality-memorial-sloan-kettering/>
23. Cancer Care Ontario (2012). Patient & Family Advisory Council Toolkit. Available from: www.cancercare.on.ca/pfactoolkit
24. Vaughan JI, Jeffery HE, Raynes-Greenow C, Gordon A, Hirst J, Hill DA, et al. A method for developing standardised interactive education for complex clinical guidelines. *BMC Med Educ* 2012;12(1).
25. Jagt-Van Kampen CT, Kremer LCM, Verhagen AAE, Schouten-Van Meeteren AYN. Impact of a multifaceted education program on implementing a pediatric palliative care guideline: A pilot study. *BMC Med Educ* 2015;15(1).
26. Mertens F, de Groot E, Meijer LJ, Wens J, Cherry G, Deveugele M, et al. Workplace learning through collaboration in Primary Healthcare: A BEME Realist Review of What Works for Whom, and in What circumstances. *Medical teacher* 2017 (In Press.)
27. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
28. Bongers L, de Groot E "Dat is het doel van deze RTA". Conversatie analytisch onderzoek naar de manieren waarop beslissingen over Regionale Transmurale Afspraken tijdens multidisciplinaire samenwerkingsbijeenkomsten tot stand komen in de gezondheidszorg. Master scriptie Interculturele Communicatie UU
29. Iedema, R. (2011). "Creating safety by strengthening clinicians' capacity for reflexivity." *BMJ Quality & Safety* 20(Suppl 1): i83-i86.
30. Hollnagel, E., Woods, D. D., Leveson, N. C. (2006). *Resilience engineering: Concepts and precepts*. Aldershot, UK, Ashgate.
31. Moore, Graham F., et al. "Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 350 (2015): h1258.
32. Paradis E, Whitehead CR Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, *Med Education* 2015; 49: 399-407
33. Towle A, Godolphin W. Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. *Med Teach* 2013;35(3):219-225.
34. De Bont AA and Zwart DLM. 'Can an elephant crack a nut with a sledge hammer? How physicians cross boundaries between hospitals and primary care clinics.' Ch.13. Book: "Researching quality in care transitions: International perspectives" (edited volume) Karina Aase, University of Stavanger, Norway & Justin Waring, Nottingham University Business School, UK (Eds). The book will be presented at ISQUA in London, October 2017
35. <http://www.ichom.org/>
36. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academic Press; 2000
37. Marije A van Melle, Henk F van Stel, Judith M Poldervaart, Niek J de Wit, Dorien LM Zwart. Measuring transitional patient safety from the patients' perspective; development and validation of the Transitional Risk and Incident Questionnaire (TRIQ). (under review).
38. Marije A van Melle, Henk F van Stel, Niek J de Wit, Dorien LM Zwart. Measuring transitional patient safety climate; psychometric characteristics of the 'TRACE' Questionnaire. *J Clin Epid* (under review)
39. Kortekaas MF, Bartelink ML, van der Heijden GJ, Hoes AW, de Wit NJ. Development and validation of a new instrument measuring guideline adherence in clinical practice. *Fam Pract*. 2016 Oct;33(5):562-8.
40. MA van Melle, DLM Zwart, JM Poldervaart, OJ Verkerk, M Langelaan, HF van Stel, NJ de Wit. Validity and reliability of clinician-based medical record review identifying transitional patient safety risks in merged primary and secondary care patients' records. (under review)
41. Ankie Hazen, Esther de Groot, Antoinette de Bont, Han de Gier, Marcel Bouvy, Niek de Wit and Dorien Zwart. Learning through boundary crossing: the professional identity formation of clinical pharmacists in primary care practice (under review)

Financiële gegevens / Financial data

ZonMw budget

Kostenpost	Jaar / Year								Totaal / Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Personeel	132	66	0	0	0	0	0	0	198
Materieel	35	17	0	0	0	0	0	0	52
Implementatie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Apparatuur	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Overig	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal / Total	167	83	0	0	0	0	0	0	250

Co-financiering / Cofinancing

Naam co-financier / Name of cofinancier	Bedrag / Amount	Status

Bijzondere gegevens / Additional information**Vergunningen / Permits**

	Verklaring nodig / Statement required?		Status verklaring / Statement status		
	Ja / Yes	Nee / No	Verkregen / Acquired	Aangevraagd / Applied	Nog niet aangevraagd / Not applied yet
METC	X				X
DEC		X			
WBO		X			

Onderschrijvingen / Assents

	Ja / Yes	Nee / No	N.v.t. / N.A.
Code biosecurity / Code Biosecurity			X
Code openheid dierproeven / Code Transparency of Animal Testing			X

Andere vergunningen / Other permits**Historie subsidieaanvraag / History grant application**

Deze aanvraag is ook ingediend bij organisatie / This grant application has also been submitted to organization:

n.v.t.

Dossiernummer Project:	80-83900-98-644
Titel project:	Zorg op de juiste plaats in Utrecht; Verbetering van implementatie van transmurale afspraken door interprofessioneel leren en monitoring van substitutie aan de hand van het region
Aantal maanden looptijd project:	18

Alvorens u deze begroting invult, verzoeken wij u kennis te nemen van de toelichting op het tabblad 'Voorwaarden overige instellingen' en van het document 'Algemene Subsidiebepalingen per 1 juli 2013'. Dit document vindt u op de ZonMw website: www.zonmw.nl/nl/subsidies/voorwaarden-en-financien/

1.a Personele kosten (op basis van inschaling)

nr	Functie	Schaal	Bruto maandsalaris	% fte inzet	Aantal maanden	Salariskosten	Bruto salaris-kosten incl 40% sociale lasten	Opslag % overhead	Bedrag overhead	Totaal
1	Project-coördinator LRJG	B11	€ 3.816	80%	18	€ 54.950	€ 76.931	15%	€ 11.155	€ 88.085
2	Senior begeleiding	B14	€ 8.201	10%	18	€ 14.762	€ 20.667	15%	€ 2.997	€ 23.663
3	Onderwijskundige expertise	B12	€ 5.562	10%	18	€ 10.012	€ 14.016	15%	€ 2.032	€ 16.049
4	Coördinatie TRIJN RTA secretariaat	B11	€ 4.890	10%	18	€ 8.802	€ 12.323	15%	€ 1.787	€ 14.110
5	Analyse/ rapportage	B11	€ 4.890	40%	18	€ 35.208	€ 49.291	15%	€ 7.147	€ 56.438
6						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
7						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
8						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
9						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
10						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
11						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
12						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
13						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
14						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
15						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
16						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
17						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
18						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
19						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
20						€ 0	€ 0		€ 0	€ -
Totaal						€ 123.734	€ 173.227		€ 25.118	€ 198.345

1.b Personele Kosten (op basis van door ZonMw goedgekeurde tarieven)

Een aantal instellingen heeft van ZonMw toestemming gekregen om op basis van tarieven een projectbegroting op te stellen. De tarieven van deze instellingen dienen jaarlijks voor goedkeuring aan ZonMw te worden voorgelegd.

nr	Functie	Tarief per uur/dagdeel	Aantal uren/dagdelen	Totaal
1				€ -
2				€ -
3				€ -
4				€ -
5				€ -
6				€ -
7				€ -
8				€ -
9				€ -
10				€ -
11				€ -
12				€ -
13				€ -
14				€ -
15				€ -
16				€ -
17				€ -
18				€ -
19				€ -
20				€ -
	Totaal			€ -

2. Materiële kosten (gespecificeerd)

nr	Omschrijving	Totaal (€)
1	Vergoeding RTA Werkgroepen	€ 2.000
2	Organisatie bijeenkomsten	€ 10.000
3	Patientenvertegenwoordiging	€ 10.000
4	Datamanagement	€ 30.000
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
	Totaal	€ 52.000

Begroting subsidies ZonMw

Overige instellingen

3. Apparatuurkosten (gespecificeerd)

nr	Omschrijving	Soort apparatuur computer of overige	Investerings bedrag (€)	Afschrijving jaar 1 (€)	Afschrijving jaar 2 (€)	Afschrijving jaar 3 (€)	Afschrijving jaar 4 (€)	Afschrijving jaar 5 (€)	Totaal afschrijvingen projectperiode
1									€ -
2									€ -
3									€ -
4									€ -
5									€ -
6									€ -
7									€ -
8									€ -
9									€ -
10									€ -
11									€ -
12									€ -
13									€ -
14									€ -
15									€ -
Totaal				0	0	0	0	0	€ -

4. Implementatiekosten (gespecificeerd)

nr	Omschrijving	Totaal (€)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
Totaal		€ -

5. Overige kosten (gespecificeerd)

nr	Omschrijving	Totaal (€)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
Totaal		€ -

6. Bijdragen van eigen instelling c.g. derden

nr	Omschrijving	Totaal (€)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
Totaal		€ -

ZonMw budget overzicht

Kostenpost	Totaal (€)
1.a Personele kosten (op basis van inschaling)	€ 198.345
1.b Personele Kosten (op basis van door ZonMw goedgekeurde tarieven)	€ -
2. Materiële kosten (gespecificeerd)	€ 52.000
3. Apparatuurkosten (gespecificeerd)	€ -
4. Implementatiekosten (gespecificeerd)	€ -
5. Overige kosten (gespecificeerd)	€ -
Totale lasten	€ 250.345
Minus:	
6. Bijdragen van eigen instelling c.q. derden	€ -
Aan te vragen subsidie bij ZonMw	€ 250.345

7. Toelichting projectbegroting

Hoofdaanvrager: Naam: N.J. de Wit Functie: medisch manager LRJG Datum: 4.9.2017	Financieel verantwoordelijke ontvangende inst: Leidsche Rijn Julius Gezondheids Centra Naam: ir. J. Oomes Functie: directeur LRJG Tel.nr.: 030 686 6107 E-mailadres: joomes@lrjg.nl
---	---