

**Deloitte.**

**KU LEUVEN**

LEUVENS INSTITUUT  
VOOR GEZONDHEIDSZORGBELEID

# Zorgstrategisch Plan Vlaanderen

## Evaluatiekader regionale zorgstrategische plannen



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>4</b>
1.1	Achtergrond van het Zorgstrategisch Plan Vlaanderen .....	4
1.1.1	Federaal.....	4
1.1.2	Vlaanderen .....	4
1.2	Doelstelling van het Zorgstrategisch Plan Vlaanderen.....	5
1.3	Inhoud, structuur en doelstelling van het regionale zorgstrategische plan ingediend door een ziekenhuisnetwerk .....	5
<b>2</b>	<b>Zorgbehoefte van de populatie</b> .....	<b>7</b>
2.1	Verantwoording van de grootte en geografie van het zorggebied: logisch zorggebied .....	8
2.1.1	Algemene principes bij de bepaling van het logische zorggebied.....	8
2.1.2	Uitzonderingen van toepassing op de logische zorggebieden .....	10
2.2	Een zo accuraat mogelijke inschatting van de toekomstige zorgbehoefte binnen het zorggebied .....	11
<b>3</b>	<b>Aanboddooelstelling</b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>Analyse van het huidige aanbod</b> .....	<b>21</b>
4.1	Een accuraat overzicht van het huidige zorgaanbod binnen het zorggebied .....	21
4.1.1	Locoregionale zorg .....	21
4.1.2	Overige zorg .....	25
4.2	Kwaliteitswinst .....	28
4.2.1	Governance van kwaliteitsbewaking op niveau van het ziekenhuisnetwerk .....	28
4.2.2	Kwaliteitsverbeteringsinitiatieven binnen het ziekenhuisnetwerk .....	29
4.2.3	Kwaliteitsbewaking .....	29
4.2.4	Continuïteit van de zorg binnen het ziekenhuisnetwerk .....	30
4.2.5	Verankering van het zorgaanbod binnen het ziekenhuis met de eerste lijn, chronische zorg en andere welzijns- en zorgactoren .....	31
4.3	Efficiëntie .....	31
4.3.1	Verantwoording van de geplande samenwerkingsvormen .....	31
4.3.2	Aansturing van de samenwerking .....	33
4.4	Personeelsbeheer.....	36
<b>5</b>	<b>Thema-specifiek afwegingskader</b> .....	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>Eindvisualisatie afwegingskader</b> .....	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Verdere uitwerking van het evaluatiekader</b> .....	<b>41</b>
<b>8</b>	<b>Appendix</b> .....	<b>42</b>
8.1	Wetenschappelijke verantwoording.....	42

## Overzicht van tabellen

Tabel 1. Overzicht van locoregionale zorg die geanalyseerd werd in het computermodel. ....	10
Tabel 2. Evaluatiecriteria logisch zorggebied .....	10
Tabel 3. Overzicht van de minimum te rapporteren gezondheidsindicatoren en hun brondata .....	11
Tabel 4. Criteria ter evaluatie van de inschatting van de zorgbehoefte van de populatie .....	13
Tabel 5. Mogelijke trends (niet-limitatief) die naar alle waarschijnlijkheid een invloed zouden uitoefenen op de zorgbehoefte binnen een regio .....	16
Tabel 6. Afwegingskader bedden op basis van KCE-projecties .....	16
Tabel 7. Overzichtstabel voor het weergeven van de aanbodoelstelling locoregionale zorg: capaciteitsinschatting bedden per hospitalisatiedienst op het niveau van het ziekenhuisnetwerk en het ziekenhuis. ....	17
Tabel 8. Overzichtstabel voor het weergeven van de aanbodoelstelling locoregionale zorg: capaciteitsinschatting medische diensten en medisch-technische diensten op het ziekenhuisnetwerk van het ziekenhuisnetwerk en het ziekenhuis. ....	17
Tabel 9. Overzichtstabel voor het weergeven van de aanbodoelstelling locoregionale zorg: capaciteitsinschatting ziekenhuisfuncties op het niveau van het ziekenhuisnetwerk en het ziekenhuis. ....	18
Tabel 10. Overzichtstabel voor het weergeven van de locoregionale aanbodoelstelling: capaciteitsinschatting zorgprogramma's op het niveau van het ziekenhuisnetwerk en het individueel ziekenhuis. ....	19
Tabel 11. Overzichtstabel voor het weergeven van de aanbodoelstelling buiten de locoregionale zorg. ....	20
Tabel 12. Criteria ter evaluatie van de weergave van het toekomstige zorgaanbod binnen het ziekenhuisnetwerk.....	21
Tabel 13. Overzichtstabel voor het weergeven van het aantal erkende bedden en de verantwoorde activiteit per ziekenhuisdienst voor de locoregionale zorg op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus. ....	23
Tabel 14. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende locoregionale medische diensten en medisch-technische diensten op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.....	23
Tabel 15. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende locoregionale ziekenhuisfuncties op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus. ....	24
Tabel 16. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende locoregionale zorgprogramma's op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het individueel ziekenhuis en de ziekenhuiscampus. ....	24
Tabel 17. Overzichtstabel voor het weergeven van het aantal erkende en verantwoorde bedden per ziekenhuisdienst voor de overige zorg op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.....	26
Tabel 18. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende overige medische diensten en medisch-technische diensten op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus .....	26
Tabel 19. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende overige ziekenhuisfuncties op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.....	26
Tabel 20. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende overige zorgprogramma's op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het individueel ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.....	27
Tabel 21. Criteria ter evaluatie van de weergave van het huidige erkende zorgaanbod binnen het ziekenhuisnetwerk.....	27
Tabel 22. Zorgaanbieders met wie het ziekenhuisnetwerk een overlegstructuur heeft opgezet of zal opzetten.....	31
Tabel 23. Criteria ter evaluatie van het voorgestelde aanbod .....	34
Tabel 24. Overzicht van indicatoren voor de analyse en beschrijving van het personeelsbeheer .....	36
Tabel 25. Criteria ter evaluatie van het voorgestelde aanbod - personeelsbeheer .....	36
Tabel 26. Selectie uit ECHI, aangevuld met relevante VRIND, mogelijke databronnen voor het regionale zorgstrategische plan en de verantwoording van de selectie. ....	44

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond van het Zorgstrategische Plan Vlaanderen

### 1.1.1 Federaal

De hervorming van het ziekenhuislandschap heeft als doel de burger garantie te blijven bieden op kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare ziekenzorg in de toekomst. Ziekenhuisnetwerken zijn geen doel op zich maar een organisatiemodel dat streeft naar synergieën om zo de kwaliteit en efficiëntie van het medisch aanbod te versterken.

Locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken worden het nieuwe zwaartepunt in de organisatie van het ziekenhuislandschap, waarbinnen afspraken worden gemaakt over de strategie en taakverdeling van het locoregionale medisch aanbod en de samenwerkingen voor de overige zorgopdrachten.

De federale overheid heeft het 'locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk' als rechtsfiguur in de Ziekenhuiswet ingeschreven, om zo het duurzaam, gestructureerd en niet-vrijblijvend karakter van de samenwerking te benadrukken.

In de tekst en tabellen hierna wordt de term locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk afgekort tot ziekenhuisnetwerk.

### 1.1.2 Vlaanderen

#### **Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid omschrijft het Zorgstrategische Plan Vlaanderen als een nieuw instrument<sup>1</sup>:**

*"[...] De nieuwe zorgstrategische planning behelst de investeringen in infrastructuur, maar wordt ook verbreed. Daarbij zullen ook planningsvergunningen en erkenning afhankelijk gemaakt worden van een goedgekeurd ZSP. Dit instrument legt niet langer de focus op het individuele ziekenhuis, maar zal zijn reikwijdte verruimen tot een regionale zorgstrategie. Daardoor zal er in het zorglandschap meer aandacht gaan naar taakdifferentiatie en zal men moeten komen tot nieuwe samenwerkingsverbanden.*

*De doelstellingen van zorgstrategische planning zijn:*

- *zorgaanbod beter afstemmen op de zorgnoden van de burgers;*
- *samenwerking en netwerking stimuleren tussen ziekenhuizen (en met de andere partners in een regio op het vlak van zorg en welzijn);*
- *concentratie van expertise bij complexe pathologieën;*
- *uitgaven afstemmen op de huidige financiële context om tot een gezondheidseconomisch verantwoord aanbod te komen. Dit onder andere door het hoogtechnologisch zorgaanbod te beperken [...]."*

---

<sup>1</sup> [Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid](#). Zorgstrategisch Plan Vlaanderen voor de algemene ziekenhuizen.

Een goedgekeurd zorgstrategisch plan zal door de Vlaamse overheid worden gebruikt voor planningsdoeleinden en toewijzen van erkenningen en strategische forfaits zowel op het niveau van het individuele ziekenhuis als op het niveau van het ziekenhuisnetwerk.

Dit evaluatiekader voor een regionaal zorgstrategisch plan, ingediend door een ziekenhuisnetwerk, is een dynamisch instrument dat zal evolueren in functie van wijzigende richtlijnen, nieuwe regelgevende initiatieven en verdere ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

## 1.2 Doelstelling van het Zorgstrategische Plan Vlaanderen

Met het Zorgstrategische Plan Vlaanderen wil de Vlaamse overheid het zorglandschap aanpassen aan de noden van de bevolking. De toename van vergrijzing, multimorbiditeit, complexe aandoeningen en de toegenomen vraag naar continue en meer chronische zorg vragen om een nieuwe verhouding tussen ziekenhuizen onderling en tussen de ziekenhuizen en andere partners in het landschap (eerste lijn, GGZ, ...).

De Vlaamse overheid hertekent het zorglandschap volgens het principe dat eenvoudige zorg die dicht bij de mensen staat, ook dicht bij huis bereikbaar is. Voor andere aandoeningen is gespecialiseerde zorg nodig die schaalgrootte en concentratie van expertise vereist.

Voor de ziekenhuizen streven we dus naar:

- een solide basisaanbod,
- een concentratie van expertise voor complexe pathologieën,
- een rationalisatie van het hoogtechnologisch zorgaanbod.

Basisziekenhuizen zijn door hun inbedding in het lokale zorgweefsel ideaal geplaatst om geïntegreerde netwerken op te zetten met de eerste lijn en de lokale welzijns- en zorgactoren.

Concreet moet een zorgstrategisch plan van een ziekenhuis of ziekenhuisnetwerk een antwoord bieden op volgende vragen:

- 1) Beantwoordt het voorgestelde zorgaanbod aan de zorgbehoefte?
- 2) Beschikt het ziekenhuis en/of ziekenhuisnetwerk over de nodige competenties en middelen om dit aanbod kwalitatief in te vullen?

## 1.3 Inhoud, structuur en doelstelling van het regionale zorgstrategische plan ingediend door een ziekenhuisnetwerk

De locoregionale zorgopdrachten zijn beslissend in de evaluatie: de goedkeuring van het regionale zorgstrategische plan zal enkel betrekking hebben op deze locoregionale zorgopdrachten. Bij de evaluatie en de beoordeling wordt akte genomen van de vermelde overige (bv. supraregionale) zorgopdrachten. Indicatieve feedback of advisering is mogelijk (bv. wanneer conflicten met de doelstellingen worden vastgesteld) maar heeft geen gevolgen voor de goedkeuring of weigering van het regionale zorgstrategische plan.

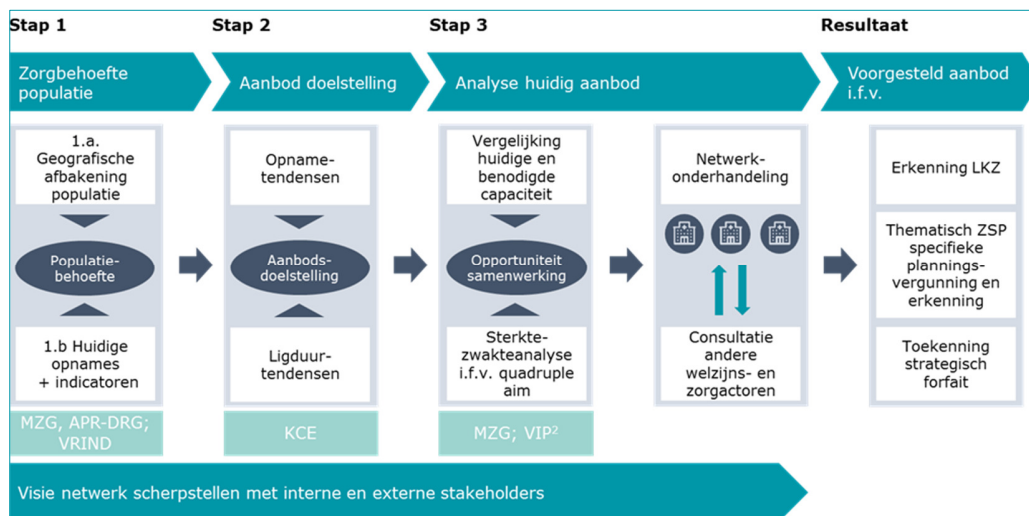
Het regionale zorgstrategische plan ingediend door een ziekenhuisnetwerk bevat minstens volgende inhoudelijke aspecten:

- een verantwoording van de grootte en geografie van het zorggebied;

- een zo accuraat mogelijke inschatting van de toekomstige zorgbehoefte binnen het zorggebied;
- een accuraat overzicht van het huidige zorgaanbod binnen het zorggebied;
- een voorstel en verantwoording van het geplande zorgaanbod van het ziekenhuisnetwerk binnen het zorggebied.

Het regionale zorgstrategische plan wordt opgesteld in vier stappen (Figuur 1). De eerste stap bestaat erin de zorgbehoefte van de populatie in te schatten. Het is daarbij belangrijk om enerzijds de populatie geografisch af te bakenen en anderzijds om aan de hand van indicatoren van demografie, socio-economische status en gezondheid de toekomstige zorgnood van deze populatie in te schatten. De tweede stap bestaat erin deze populatiebehoefte te vertalen naar een aanboddoelstelling. Ziekenhuizen dienen daarbij rekening te houden met opname- en ligduurtendensen. In een derde stap vergelijken de ziekenhuizen het huidige aanbod met de aanboddoelstelling en voeren ze een sterkte-zwakteanalyse uit om de opportuniteiten voor samenwerking bloot te leggen. Deze resultaten dienen als input voor de onderhandelingen en consultatierondes met andere welzijns- en zorgactoren. In een laatste stap wordt het voorgestelde zorgaanbod zoals overeengekomen tijdens de onderhandelingen vastgelegd in het regionale zorgstrategische plan.

Figuur 1. Conceptueel kader en stappenplan bij het opstellen van het regionale zorgstrategische plan.



De Vlaamse overheid streeft ernaar om de ingediende zorgstrategische plannen op een zo objectief mogelijke manier te evalueren. Om dit te realiseren, werd een studieopdracht uitbesteed aan het consortium LIGB-Deloitte om een evaluatiekader op te stellen gebaseerd op de vier doelstellingen van het *quadruple aim*-model (Figuur 2):

- verbeteren van de volksgezondheid;
- verbeteren van de patiënten-ervaring met inbegrip van de kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt;
- verduurzamen van de uitgaven;
- verbeteren van de competenties en het welzijn van de zorgverleners.

Figuur 2. Quadruple aim-model in de gezondheidszorg. Gebaseerd op T. Bodenheimer en C. Sinsky (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider



Deze vier doelstellingen van het *quadruple aim*-model werden binnen het evaluatiekader vertaald naar de volgende vier categorieën:

- aansluiting van het regionale zorgstrategische plan bij de zorgbehoefte (stap 1 en 2);
- kwaliteitswinst (stap 3);
- efficiëntie (stap 3);
- personeels- & competentiebeheer (stap 3).

Een categorie '0 – Algemeen' werd voorbehouden om de ingediende zorgstrategische plannen *in extenso* te evalueren in welke mate de sjabloonstructuur gevolgd wordt, gevalideerde bronnen gebruikt worden en informatie correct geciteerd wordt. Zorgstrategische plannen die niet voldoen aan de minimumscore worden niet in overweging genomen voor verdere evaluatie.

Binnen elk van deze vier categorieën worden de parameters verder afgewogen op het vlak van:

- duidelijkheid,
- volledigheid,
- accuraatheid,
- relevantie.

## 2 Zorgbehoefte van de populatie

Een eerste en belangrijke doelstelling van zorgstrategische planning is om het zorgaanbod zo goed mogelijk te laten aansluiten op de zorgnoden van de burgers<sup>2</sup>.

De zorgbehoefte van een populatie wordt vaak ingeschat op basis van volgende zes categorieën van parameters<sup>3</sup>:

<sup>2</sup> [Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid](#). Zorgstrategisch Plan Vlaanderen voor de algemene ziekenhuizen.

<sup>3</sup> [Centers for Disease Control and Prevention](#) (2013). Community Health Assessment for Population Health Improvement. Resource of Most Frequently Recommended Health Outcomes and Determinants.

1. toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg,
2. gezondheidsgedrag,
3. demografische en sociaal-economische factoren,
4. fysieke omgeving,
5. morbiditeit,
6. mortaliteit.

Deze zes categorieën werden gebruikt als vertrekbasis voor de inschatting van de zorgbehoefte van de populatie in het regionale zorgstrategische plan:

- De toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt vertaald in termen van de grootte en geografie van het zorggebied dat het ziekenhuisnetwerk zal bedienen. Voor de bepaling van dit zorggebied wordt gewerkt met het concept **logisch zorggebied**. Aan de hand van een analytisch model dat gebaseerd is op patiëntenstromen, wordt voor elk van de ziekenhuisnetwerken een logisch zorggebied berekend. De ziekenhuisnetwerken dienen deze gegevens als basisuitgangspunt te hanteren bij de omschrijving van hun zorggebied. Dit basismodel wordt beschreven in paragraaf 2.1.
- Er wordt een lijst van indicatoren geselecteerd die de populatie omschrijven in termen van gezondheidsgedrag, demografie, socio-economische factoren, fysieke omgeving, mortaliteit en morbiditeit. Dit wordt beschreven in paragraaf 2.2.

## 2.1 Verantwoording van de grootte en geografie van het zorggebied: logisch zorggebied

Gelet op de uitgangspunten van de federale wetgeving<sup>4</sup>, vormt een logisch zorggebied een aaneengesloten geografisch gebied van ongeveer 400.000 à 500.000 inwoners waarvan de ziekenhuizen die zich binnen dit zorggebied bevinden een significante overlap vertonen voor de patiënten die locoregionale zorg behoeven. Het logische zorggebied moet een aaneengesloten geheel vormen en er mogen geen bestaande partners in het gebied worden uitgesloten.

Een logisch zorggebied omvat concreet een aantal aaneensluitende postcodes, zoals gegenereerd door het model dat hierna wordt beschreven. Alle postcodes met collectieve verzorgingsgraad van het netwerk  $\geq 25\%$  worden geselecteerd als logisch zorggebied van het netwerk (cijfers 2014).

Een netwerk kan daarvan afwijken (meer of minder postcodes) op voorwaarde dat dezelfde methodologie van logisch zorggebied wordt gehanteerd, met gevalideerde of minstens verifieerbare data.

### 2.1.1 Algemene principes bij de bepaling van het logische zorggebied

De leidraad voor de bepaling van het logische zorggebied is een analytisch model, gebaseerd op de reële patiëntenstromen. Net zoals in de oude werkwijze omtrent zorgstrategische

---

<sup>4</sup> Het uitgangspunt in de federale wetgeving is dat een ziekenhuisnetwerk een schaalgrootte heeft van ongeveer 400.000 à 500.000 potentiële patiënten. Door te opteren voor maximaal 25 netwerken op het Belgische grondgebied wordt deze grootte als basisuitgangspunt naar voren gebracht. Zie hiervoor: Art. 14/2 Ziekenhuiswet en de toelichting bij dit artikel in het Wetsontwerp tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorginrichtingen, wat de klinische netwerken betreft, memorie van toelichting, *Parl.St.* Kamer 2017-2018, nr. 3275/001, 13, [www.dekamer.be](http://www.dekamer.be).



planning, wordt de clustering gebaseerd op de huidige verzorgingsgraad van een bepaald ziekenhuis in een bepaalde regio. Er wordt echter gewerkt met een collectieve verzorgingsgraad (hospitalisatie en daghospitalisatie) om de natuurlijke partnerschappen tussen de ziekenhuizen duidelijk te maken. Er wordt uitgegaan van een logisch zorggebied van ongeveer 400.000 à 500.000 inwoners. Deze worden berekend via de marktaandelen per postcode voor een bepaald ziekenhuis. Op basis daarvan kan ook de overlap tussen twee ziekenhuizen in een bepaald gebied berekend worden.

#### *Deel 1: Beschrijvend model*

- Een kerngebied: collectieve rekrutering van meer dan 75% van alle opnames uit het gebied.
- Een middengebied: collectieve rekrutering tussen 50-75% van alle opnames uit het gebied.
- Een randgebied: collectieve rekrutering tussen 25% en 50% van alle opnames uit het gebied.
- Een aangrenzend gebied: collectieve rekrutering van 10-25% van alle opnames uit het gebied.

In het voorbereidingstraject van dit evaluatiekader werd uitgegaan van het marktaandeel 2014 om een optimale vergelijking toe te laten met het KCE-rapport 289 over de benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 (cf. infra). Een toetsing van de resultaten aan de hand van het marktaandeel van 2013 wees uit dat de resultaten stabiel zijn. Er is een KCE-vervolgstudie in het vooruitzicht gesteld, "Studie 2021-08 (HSR) De vereiste ziekenhuiscapaciteit in 2030".

#### *Deel 2: Berekening van optimale scenario's van samenwerking op basis van collectieve verzorgingsgraad*

Op deze manier kan een ranking opgesteld worden van ziekenhuizen die de overlap in rekruteringsgebied duidelijk maakt. De twee meest overlappende ziekenhuizen worden dan virtueel samengevoegd tot één ziekenhuis en dan wordt de methodologie hernomen. Zodra een logisch zorggebied de kaap van 500.000 inwoners bereikt, verdwijnt het uit de volgende iteraties. Bij de bepaling van optimale grootte van een logisch zorggebied zijn proximitéit van zorg en het locoregionale karakter van de samenwerking van belang.

Op die manier kan men in Vlaanderen een aantal logische zorggebieden omschrijven.

Binnen deze logische zorggebieden wordt een verdere analyse geboden van de locoregionale zorg waarbij volgende definities gehanteerd worden aan de hand van *All Patient Refined Diagnosis Related Groups* (APR-DRG), *Severity of Illness* (SOI), leeftijd en verblijfsoort:

- Elke combinatie APR-DRG + SOI krijgt een *Case Mix Index* (CMI).
- CMI is een relatieve waarde die aangeeft hoeveel middeleninzet er gemiddeld nodig is om een patiënt uit die groep te behandelen. Middeleninzet wordt m.a.w. gebruikt als proxy voor de zorgwaarde:
  - A-pathologie:  $CMI \leq 0,7820$
  - B-pathologie:  $0,7820 < CMI < 2,3500$
  - C-pathologie:  $CMI \geq 2,3500$

Tabel 1. Overzicht van locoregionale zorg die geanalyseerd werd in het computermodel.

	DRG	SOI	Leeftijd	Verblijfsoort
A-pathologie	CMI ≤ 0.7820		Alle	H,F
Geriatricie	Alle	Alle	≥ 80 jaar	H,F
Pediatrie	Geen C pathologie (CMI ≤ 2,35)		≤ 14 jaar	H,F
Materniteit	540;541;542;560	1,2	Alle	H,F
Ambulante spoed	NVT	NVT	Alle	u

De methodologie en resultaten van het computermodel worden ter beschikking gesteld van de ziekenhuizen door de Vlaamse overheid. Er zal een lijst met postcodes per logisch zorggebied worden aangeleverd door de Vlaamse overheid.

Op dezelfde manier kan de overlap met de eerstelijnszones bepaald en gewogen worden.

### 2.1.2 Uitzonderingen van toepassing op de logische zorggebieden

De grootstedelijke gebieden, waarbinnen zich meerdere ziekenhuizen bevinden, maar die vaak maar een beperkt aantal postcodes hebben, kunnen met deze methodologie onvoldoende verfijnd in kaart gebracht worden. Daarenboven wordt er voor de grootstedelijke gebieden wettelijk een uitzondering voorzien op de aaneensluitendheid van het gebied dat door de netwerken wordt bediend. Deze uitzondering geldt enkel voor het gebied van het netwerk binnen het grootstedelijk gebied.

De invulling van de reële zorgbehoefte blijft echter het uitgangspunt van de beoogde regionale zorgstrategie en is dus elementair in elk regionaal zorgstrategisch plan. Om deze koppeling met de reële zorgbehoefte ook in grootstedelijke gebieden niet te verliezen, wordt voor deze gebieden wettelijk een bijkomende eis van complementariteit vooropgesteld. Indien de reële zorgbehoefte van een grootstedelijk gebied ingevuld wordt door ziekenhuizen van verschillende netwerken, dan vereisen de regionale zorgstrategische plannen complementariteit en moeten ze op elkaar afgestemd worden. Het in kaart brengen van kwetsbare groepen en een goed afgestemd zorgaanbod zullen hierbij een belangrijk aspect zijn dat wordt beoordeeld.

Tabel 2 geeft de evaluatiecriteria voor een logisch zorggebied weer.

Tabel 2. Evaluatiecriteria logisch zorggebied

Parameter	Verklaring	Criterium
<b>Duidelijkheid</b>	N/A	N/A
<b>Volledigheid</b>	Compleet aantal deelnemers aan het ziekenhuisnetwerk	Het ziekenhuisnetwerk sluit niet een of meerdere ziekenhuizen binnen het zorggebied uit
<b>Accuraatheid</b>	Ligging van het ziekenhuisnetwerk	Het ziekenhuisnetwerk bedient een zorggebied dat een geografisch aaneengesloten geheel is, uitgezonderd in de grootstedelijke gebieden, en dat nauw aansluit bij het basismodel
<b>Relevantie</b>	Het ziekenhuisnetwerk bedient een relevante patiëntenpopulatie	Het ziekenhuisnetwerk bedient een overlappende patiëntenpopulatie van ongeveer 400.000 à 500.000 inwoners

## 2.2 Een zo accuraat mogelijke inschatting van de toekomstige zorgbehoefte binnen het zorggebied

In Tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de minimaal te rapporteren populatie-indicatoren in het regionale zorgstrategische plan. Deze selectie van indicatoren is tot stand gekomen in overleg met de sector en is gebaseerd op de *European Core Health Indicators* aangevuld met relevante beschikbare indicatoren op Vlaams niveau. Een aangepaste classificatie werd gemaakt op basis van de geselecteerde indicatoren: demografie en socio-economische situatie, gebruik van gezondheidsinterventies en gezondheidsstatus.

Tabel 3. Overzicht van de minimum te rapporteren gezondheidsindicatoren en hun brondata

Indicator	Definitie	Brondata
<b>Demografie en socio-economische situatie</b>		
<b>Gemeenschappelijk fiscaal inkomen &lt;20k</b>	Aandeel gemeenschappelijke fiscale aangiften met een netto belastbaar inkomen lager dan 20.000 euro t.o.v. respectievelijk het totaal aantal individuele en het totaal aantal gemeenschappelijke aangiften	Gemeente- en stadsmonitor
<b>Geboortecijfers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opname van alleen levendgeboorten (d.i. alle kinderen die op het tijdstip van de geboorte een of ander teken van leven hebben vertoond (hartslag, pulseren van de navelstreng, ademhaling, spiersamentrekking, buigen van de ledematen, schreeuw of grimas), met uitsluiting van doodgeboren kinderen)</li> <li>Voorts neemt ze enkel en exclusief de jure-levendgeboorten in aanmerking, d.i. levendgeboorten uit moeders die op het tijdstip van de geboorte hun wettelijke woonplaats in België hadden</li> </ul>	Statbel
<b>Geen Belgische herkomst</b>		VAZG
<b>Werkintensiteit &lt;20%</b>		VAZG
<b>Alleenstaande ouder</b>		VAZG
<b>Alleenwonende</b>		VAZG
<b>Verhoogde tegemoetkoming</b>	Aantal rechthebbenden met recht op verhoogde tegemoetkoming t.o.v. totale aantal rechthebbenden (aantal rechthebbenden verplichte ziekteverzekering en Belgische domicilie (=97,6-97,9% van de Belgische bevolking)	
<b>Gebruik van gezondheidsinterventies</b>		
<b>Antibioticum-consumptie – DDD</b>	Aantal terugbetaalde DDD (standaard dagdosis) antibioticum per 1.000 rechthebbenden per dag tussen 1 juli van het jaar en 30 juni van het volgende kalenderjaar – ambulante praktijk	IMA
<b>Huisartscontact</b>	Aantal rechthebbenden* met minstens 1 raadpleging/bezoek t.o.v. totaal aantal rechthebbenden	IMA
<b>Griepvaccinatie zwangere vrouwen</b>	Percentage vrouwen, bevallen in het kalenderjaar, die een griepvaccin kregen terugbetaald in de 180 dagen voor de bevalling t.o.v. aantal bevallen vrouwen in kalenderjaar waarbij de laatste 180 dagen voor de bevalling in het griepvaccinatie seizoen vallen	IMA
<b>Percentage medische beeldvorming</b>	Aantal rechthebbenden dat tijdens het kalenderjaar minstens 1 prestatie voor medische beeldvorming (RX, CT-scan, MRI-scan, echografie, scintigrafie, interventioneel diagnostisch, interventioneel therapeutisch) kreeg terugbetaald in het kalenderjaar t.o.v. totaal aantal rechthebbenden	IMA
<b>Deelname bevolkingsonderzoek borstkankerscreening</b>	Aantal rechthebbenden uit de doelgroep (= vrouwen van 50 – 69 jaar in de IMA-populatie) die een screeningsmammografie onderging tijdens het jaar t.o.v. aantal vrouwelijke rechthebbenden* tussen 50 en 69 jaar in de IMA-populatie	IMA
<b>Geen onderzoek mammografie in 6 jaar</b>	Aantal rechthebbenden uit de doelgroep (= aantal vrouwelijke rechthebbenden die elk jaar van de studieperiode (6jaar) deel uitmaken van de doelgroep van 50-69-jarigen en niet overleden tijdens de studieperiode / 100%) zonder screeningsmammografie of	IMA

	diagnostische mammografie in de periode 1 januari jaar-5 tot 31 december jaar t.o.v. aantal vrouwelijke rechthebbenden die elk jaar van de studieperiode (6jaar) deel uitmaken van de doelgroep van 50-69-jarigen en niet overleden tijdens de studieperiode /100%	
<b>Totale dekkinggraad baarmoederhalskanker</b>	De totale dekkinggraad geeft de proportie personen uit de volledige doelgroep Heracles 201X weer die in dat jaar in orde zijn met hun preventie maatregelen wegens één van volgende redenen†: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geldige uitsluitingsreden om niet deel te nemen (verwijdering van baarmoeder en baarmoederhals gehad of een baarmoederhalskankerdiagnose gehad in de laatste 10 jaar) †</li> <li>• Tenminste 1 uitstrijkje gehad in de laatste 3 jaar (=uitstrijkje los van een uitnodigingsbrief)</li> <li>• Tenminste 1 uitstrijkje gehad in de laatste 3 jaar (=uitstrijkje n.a.v. uitnodigingsbrief)</li> </ul>	Bevolkingsonderzoek in cijfers
<b>Totale dekkinggraad dikkedarmkanker</b>	De totale dekkinggraad geeft de proportie personen uit de volledige doelgroep Heracles 201X weer die in dat jaar in orde zijn met hun preventie maatregelen wegens één van volgende redenen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• geldige uitsluitingsreden om niet deel te nemen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ een volledige verwijdering van de dikke darm gehad</li> <li>○ een volledige coloscopie gehad in de laatste 10 jaar</li> <li>○ een dikkedarmkankerdiagnose gehad in de laatste 10 jaar</li> </ul> </li> <li>• stoelgangtest gehad buiten het bevolkingsonderzoek</li> <li>• gratis stoelgangtest gehad binnen het bevolkingsonderzoek</li> </ul> Teller/noemer <ul style="list-style-type: none"> <li>○ teller: alle personen uit de noemer met één van bovenstaande redenen van dekking geldig voor de jaren 201X en 201x-1 ‡</li> <li>○ noemer: Volledige doelgroep Heracles van jaar 201X</li> </ul>	Bevolkingsonderzoek in cijfers
<b>Gezondheidsstatus</b>		
<b>Statuut chronische aandoeningen</b>	Aantal rechthebbenden met een statuut van persoon met een chronische aandoening 2 t.o.v. totaal aantal rechthebbenden	IMA
<b>Prevalentie diabetes</b>	Aantal rechthebbenden uit de noemer met afleveringen antidiabetica of met naar diabetes verwijzende nomenclatuur (diabetesconventie, diabetespas, zorgtraject diabetes) per 1.000 rechthebbenden	IMA
<b>Invaliditeitsuitkering</b>	Aantal rechthebbenden tussen 20-64 jaar dat minstens 1 dag invaliditeitsuitkering ontvangt tijdens het jaar en geen statuut gepensioneerde heeft (op 31 december), en titularis is t.o.v. totaal aantal rechthebbenden tussen 20-64 jaar	IMA
<b>Langdurige arbeidsongeschiktheidsuitkering</b>	Aantal rechthebbenden met minimaal 120 dagen arbeidsongeschiktheidsuitkering (tijdens het jaar met de leeftijd 20-64, geen statuut gepensioneerde, titularis) t.o.v. totaal aantal rechthebbenden tussen 20-64 jaar	IMA

Aan de hand van de verplichte indicatoren en eventueel aangevuld met bijkomende populatie-indicatoren kunnen ziekenhuisnetwerken een inschatting maken van de zorgbehoefte van de populatie binnen hun zorggebied en hoe deze afwijkt van andere regio's en van Vlaanderen. De zorgbehoefte dient zoveel mogelijk te worden ingeschat op basis van gevalideerde regionale of nationale databronnen. Extrapolaties op basis van data uit het buitenland kunnen enkel per uitzondering worden aanvaard voor die indicatoren waarvoor de relevantie uitvoerig wordt aangetoond en er geen nauwkeurige nationale of regionale data voorhanden is.

Naast de bronnen vermeld in de appendix, zijn ook volgende bronnen relevant voor aanvullingen op deze minimale set van populatie-indicatoren:

- [Gemeentemonitor en stadsmonitor.](#)
- [Luchtkwaliteit Vlaanderen.](#)

De criteria om te spreken van een adequate inschatting worden weergegeven in Tabel 4.

Tabel 4. Criteria ter evaluatie van de inschatting van de zorgbehoefte van de populatie

Parameter	Verklaring	Criterium
<b>Duidelijkheid</b>	De populatie-indicatorenanalyse wordt helder weergegeven	De weergave van de analyse van de populatie-indicatoren omvat minstens een vermelding van de gehanteerde bron (APA6 of equivalent), de periode waarop de resultaten betrekking hebben en de eenheid waarin de indicator is uitgedrukt
<b>Volledigheid</b>	De zorgbehoefte werd ingeschat aan de hand van een afdoende aantal indicatoren	De verplichte populatie-indicatoren werden gebruikt voor de analyse van de zorgbehoefte De verplichte populatie-indicatoren werden aangevuld met bijkomende indicatoren die helpen om de zorgbehoefte van de regio in kaart te brengen Voor de populatie-indicatoren wordt zowel gekeken naar de huidige waarde van de indicator als naar de (verwachte) evolutie van deze indicator doorheen de tijd
<b>Accuraatheid</b>	De populatiespecifieke zorgbehoefte werd correct ingeschat aan de hand van de beschikbare data	De populatie-indicatoren werden gebaseerd op de daartoe gevalideerde bronnen of andere bronnen van gelijkwaardige kwaliteit De data werd op correcte wijze overgenomen
<b>Relevantie</b>	De populatiespecifieke zorgbehoefte werd correct onderbouwd	De indicatoren waarvoor het zorggebied een specifieke behoefte vertoont (nood die hoger ligt dan het regionale gemiddelde) werden correct geïdentificeerd De data uit de gebruikte bronnen voor de populatie-indicatoren laten zinvolle conclusies toe voor de populatie waarop het regionale ZSP betrekking heeft (indien gebruik gemaakt werd van buitenlandse data dient te worden aangetoond dat de bevolkingsgroep waarop de analyses betrekking hebben sterke gelijkenissen vertoont op het vlak van socio-economische status met de populatie van de zorgregio waarop het ZSP betrekking heeft)

### 3 Aanboddoelstelling

Het regionale zorgstrategische plan ingediend door een ziekenhuisnetwerk biedt een overzicht van het gewenste toekomstige erkende locoregionale zorgaanbod binnen het zorggebied op het vlak van:

- ziekenhuisdiensten,
- medische diensten en medisch-technische diensten,;
- ziekenhuisfuncties,
- zorgprogramma's.

Dit overzicht wordt weergegeven op twee niveaus:

- ziekenhuisnetwerk;
- ziekenhuis.

Daarbij dient speciale aandacht te worden besteed aan de afstemming van het toekomstige zorgaanbod binnen het zorggebied op de verwachte zorgbehoeften van de bevolking. De

inschatting van de zorgbehoefte en vertaling naar de aanbodoelstelling dienen te worden geoptimaliseerd aan de hand van verwachte en/of aantoonbare trends die naar alle waarschijnlijkheid een invloed uitoefenen op de zorgbehoefte binnen het zorggebied. Een niet-limitatief overzicht van mogelijke trends wordt weergegeven in Tabel 5.

In de regeerakkoorden van de Vlaamse en van de federale overheid van 2014 en resp. 2019 en 2020 wordt gestreefd naar een afbouw van het overaanbod aan bedden en het vermijden van onnodige duplicatie van diensten en middelen. Het afwegingskader houdt dan ook rekening daarmee, zowel op het niveau van het individueel ziekenhuis als op het niveau van het ziekenhuisnetwerk.

Het KCE-rapport 289 over de benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit, en de aangepaste versie met correcties voor opnameratio, gemiddelde verblijfsduur en geriatrie - zoals aangeboden aan de ziekenhuizen tijdens de pilootfase van de regionale zorgstrategische planning - dient bij het inschatten van de aanbodoelstelling gezien te worden als het basisuitgangspunt (Tabel 6). Daarbij worden de nationale gegevens voor 2025 omgerekend naar Vlaanderen (aangeduid als kenletter- KCE-VI) en omgerekend per 100.000 inwoners of een veelvoud ervan.

Dit getal vormt de norm waartegen de voorstellen van ieder ziekenhuisnetwerk worden afgewogen volgens deze formule:

$$\frac{-(\#KCE VI - \#Voorstel ziekenhuisnetwerk) * 100}{\#KCE VI}$$

waarbij:

1. # KCE-VL het aantal bedden betekent omgerekend (via de regel van drie) naar de concrete populatie waarvoor het ziekenhuisnetwerk zal zorg verlenen.
2. # Voorstel ziekenhuisnetwerk: het aantal bedden dat het ziekenhuisnetwerk zal opstellen binnen de ziekenhuizen die deel uitmaken van het ziekenhuisnetwerk
3. De uitkomst x% de procentuele afwijking van de norm aangeeft, waarbij een negatief getal een afbouw van bedden betekent en een positief getal een uitbreiding van bedden.

Deze berekening wordt per kenletter herhaald.

Voor de thema's moeder en kind, geriatrie, spoed en pediatrie worden sub-scores gegenereerd door de relevante kenletters per thema te sommeren.

De finale som van al deze uitkomsten per kenletter, wordt meegenomen in de finale afweging. Dit laat de ziekenhuizen toe om bed-conversies voor te stellen in kader van hun voorgestelde strategie.

Er kan dus een uitbreiding gevraagd worden van bepaalde kenletters *in globo* of per individuele ziekenhuiscampus, zolang men rekening houdt met de impact ervan op het totale aantal bedden binnen het ziekenhuisnetwerk. Op dat niveau wordt immers gestreefd naar afbouw. Bij eventuele uitbreiding zal rekening houden worden met de programmatiecriteria.

Specifieke regionale situaties waarop de resultaten van de KCE-studie niet van toepassing zouden zijn of waarbij een beddenafbouw zou resulteren in een onderaanbod van zorg binnen

het ziekenhuisnetwerk of in een ander zorgsegment binnen de regio, dienen uitvoerig beargumenteerd te worden op het vlak van impact op de *quadruple aim* aan de hand van minstens verifieerbare data.

In afwachting van nieuwe regelgeving, kunnen samenwerkende ziekenhuizen binnen de bestaande wetgeving rond associaties van ziekenhuisdiensten en groeperingen van ziekenhuizen, acties ondernemen om verschuiving van bedden over verschillende campussen van een ziekenhuisnetwerk te realiseren.

Zoals hoger vermeld, zijn de locoregionale zorgopdrachten beslissend in de evaluatie: de goedkeuring van het regionale zorgstrategische plan zal enkel betrekking hebben op deze locoregionale zorgopdrachten.

Tabel 5. Mogelijke trends (niet-limitatief) die naar alle waarschijnlijkheid een invloed zouden uitoefenen op de zorgbehoefte binnen een regio

<b>Demografische trends</b>
Vergrijzing
Migratie
<b>Dalende nataliteit</b>
<b>Epidemiologie</b>
Veranderingen in morbiditeit en risicofactoren
<b>Economie</b>
BBP

Tabel 6. Afwegingskader bedden op basis van KCE-projecties

<b>Afwegingskader bedden op basis van KCE -projecties</b>							
		2025	2030	2025	2030	2025	2030
	Vlaanderen	Per 100 000		Per 400 000		Per 500 000	
<b>Day care medical places</b>	7777	115.2	113.2	460.9	452.9	576.2	566.1
<b>Day care surgical places</b>	2039	30.2	29.7	120.8	118.7	151.1	148.4
<b>Total beds</b>	23379	346.4	340.3	1385.6	1361.4	1732.0	1701.7
<b>D</b>	6847	101.5	99.7	405.8	398.7	507.3	498.4
<b>C</b>	4638	68.7	67.5	274.9	270.1	343.6	337.6
<b>G</b>	4573	67.8	66.6	271.0	266.3	338.8	332.9
<b>S</b>	3855	57.1	56.1	228.5	224.5	285.6	280.6
<b>M</b>	1104	16.4	16.1	65.4	64.3	81.8	80.4
<b>E</b>	955	14.2	13.9	56.6	55.6	70.8	69.5
<b>I</b>	932	13.8	13.6	55.2	54.3	69.0	67.8
<b>N</b>	453	6.7	6.6	26.8	26.4	33.6	33.0
<b>L</b>	2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
<b>BR</b>	20	0.3	0.3	1.2	1.2	1.5	1.5



Tabel 7. Overzichtstabel voor het weergeven van de aanbodoelstelling locoregionale zorg: capaciteitsinschatting bedden per hospitalisatiedienst op het niveau van het ziekenhuisnetwerk en het ziekenhuis.

Ziekenhuisdiensten: aantal bedden	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis
Neuropsychiatrie A (inclusief A1 en A2)		
Neuropsychiatrie K (inclusief K1 en K2)		
Inwendige en heelkundige geneeskunde CD		
Pediatrie E		
Geriatric G		
Materniteit M		
Sp1: cardio-pulmonair		
Sp2: locomotorisch		
Sp3: neurologisch		
Sp4: palliatief		
Sp5: chronisch		
Sp6: psychogeriatric		

Tabel 8. Overzichtstabel voor het weergeven van de aanbodoelstelling locoregionale zorg: capaciteitsinschatting medische diensten en medisch-technische diensten op het ziekenhuisnetwerk van het ziekenhuisnetwerk en het ziekenhuis.

Medische diensten, medisch-technische diensten	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis
Medische beeldvorming met CT		
Medische beeldvorming NMR		
Niercentrum -dienst voor chronische hemodialyse in ziekenhuisverband -dienst voor collectieve autodialyse -dienst voor ambulante peritoneale dialyse -dienst voor thuisdialyse		

Tabel 9. Overzichtstabel voor het weergeven van de aanbodoelstelling locoregionale zorg: capaciteitsinschatting ziekenhuisfuncties op het niveau van het ziekenhuisnetwerk en het ziekenhuis.

Ziekenhuisfunctie	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis
<b>Spoedgevallen</b>		
• Eerste opvang		
• Gespecialiseerde spoed		
• MUG		
<b>Palliatieve zorg</b>		
<b>Intensieve zorg</b>		
<b>Lokale neonatale zorg (N*)</b>		
<b>Chirurgisch dagziekenhuis</b>		
<b>Niet-chirurgisch dagziekenhuis</b>		
<b>Ziekenhuisapotheek</b>		
<b>Ziekenhuisbloedbank</b>		
<b>Lokale donorcoördinatie</b>		
<b>Pediatische liaison</b>		

Tabel 10. Overzichtstabel voor het weergeven van de locoregionale aanboddoelstelling: capaciteitsinschatting zorgprogramma's op het niveau van het ziekenhuisnetwerk en het individueel ziekenhuis.

Zorgprogramma's (ZP)	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis
<b>ZP Oncologie</b>		
• Oncologische basiszorg		
• Oncologie		
<b>ZP Borstkanker</b>		
• Coördinerend gespecialiseerd oncologisch ZP voor borstkanker		
• Gespecialiseerd oncologisch ZP borstkanker		
<b>ZP Cardiale pathologie</b>		
• A		
• P		
<b>ZP Beroertezorg</b>		
• Protocol beroertezorg		
• Basis (S1)		
<b>ZP Geriatrische zorg</b>		
• Dienst geriatrie		
• Geriatrisch consult		
• Geriatrisch dagziekenhuis		
• Interne liaison		
• Externe liaison		

Tabel 11 handelt over de aanboddoelstelling buiten de locoregionale zorg (overige zorg). Dit overzicht dient om een globaal beeld te krijgen van de aanboddoelstelling op regionaal en Vlaams niveau maar wordt niet meegenomen in de beoordeling van de regionale zorgstrategische plannen. Indicatieve feedback of advisering is mogelijk (bv. wanneer conflicten met de doelstellingen worden vastgesteld) maar heeft geen gevolgen voor de goedkeuring of weigering van het regionale zorgstrategische plan.

Tabel 11. Overzichtstabel voor het weergeven van de aanbodoelstelling buiten de locoregionale zorg

Ziekenhuisdiensten: aantal bedden	Ziekenhuisnetwer	Ziekenhuis
CD Univ		
E Univ		
Infectieziekten L		
MIC		
NIC		
K Univ		
Tuberculose T		

Medische diensten en medisch-technische diensten: aantal erkenningen	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis
Radiotherapie		
Hemodialyse		
Niertransplantatie		
PET		
Robot		

Ziekenhuisfuncties: aantal erkenningen	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis
Centrum voor zware brandwonden		
Centrum voor menselijke erfelijkheid/antropogenetica		
Regionale perinatale zorg P*		
Expertisecentrum comapatiënten		
Zeldzame ziekten		

Zorgprogramma's: aantal erkenningen	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis
Referentiecentrum chirurgie zeldzame tumoren		
Brachytherapie		
PICU (=erkende E bedden binnen functie IZ)		
Cardiale pathologie B1-B2		
Cardiale pathologie B3		
Cardiale pathologie T		
Cardiale pathologie C		
Cardiale pathologie E		
Reproductieve geneeskunde A		
Reproductieve geneeskunde B		
Gespecialiseerde beroertezorg (S2)		

Tabel 12. Criteria ter evaluatie van de weergave van het toekomstige zorgaanbod binnen het ziekenhuisnetwerk

Parameter	Verklaring	Criterium
<b>Duidelijkheid</b>	Het geplande zorgaanbod wordt overzichtelijk voorgesteld	Het geplande zorgaanbod wordt voorgesteld in de daartoe bestemde template
<b>Volledigheid</b>	Het geplande zorgaanbod werd ingeschat aan de hand van een afdoende aantal variabelen	Alle geplande erkende ziekenhuisdiensten worden gerapporteerd Alle geplande erkende medisch-technische diensten worden gerapporteerd Alle geplande erkende ziekenhuisfuncties worden gerapporteerd Alle geplande erkende zorgprogramma's worden gerapporteerd
<b>Accuraatheid</b>	Verskil in bedden per kenletter	Het geplande zorgaanbod neemt als basisuitgangspunt de verwachte trends inzake pathologie en ligduur zoals blijkt uit KCE-rapport 289  Afwijkingen van het toepassen van de verwachte trends inzake pathologie en ligduur zoals blijkt uit KCE-rapport 289 zijn de uitzondering en worden beargumenteerd in termen van impact op het realiseren van de <i>quadruple aim</i> aan de hand van verifieerbare en/of gevalideerde data
<b>Relevantie</b>	Het geplande zorgaanbod wordt voorgesteld op de 2 niveaus en sluit aan op de zorgbehoefte binnen de regio	Het geplande zorgaanbod wordt voorgesteld op niveau van het ziekenhuisnetwerk Het geplande zorgaanbod wordt voorgesteld op individueel ziekenhuisniveau Het geplande zorgaanbod is rechtstreeks gelinkt aan de indicatoren waarvoor het zorggebied een specifieke behoefte vertoont en de verwachte trends Het geplande zorgaanbod houdt rekening met concepten uit het <a href="#">groenboek 'Hospital of the Future'</a>

## 4 Analyse van het huidige aanbod

### 4.1 Een accuraat overzicht van het huidige zorgaanbod binnen het zorggebied

Het regionale zorgstrategische plan ingediend door een ziekenhuisnetwerk biedt een overzicht van het huidige erkende zorgaanbod binnen het zorggebied, op het vlak van locoregionale zorg en de overige zorg.

#### 4.1.1 Locoregionale zorg

- Locoregionale zorg wordt gedefinieerd als zorg die in elk ziekenhuisnetwerk moet worden aangeboden (Tabel 13)
- Medische diensten en medisch-technische diensten (Tabel 14)
- Ziekenhuisfuncties (Tabel 15)
- Zorgprogramma's (Tabel 16)

Dit overzicht wordt weergegeven op drie niveaus:

- ziekenhuisnetwerk,
- ziekenhuis,
- campus.

Geschikte databronnen zijn:

- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Algemene ziekenhuizen: overzicht van de erkennings situatie;
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Algemene ziekenhuizen: huidige erkende medische en medisch-technische diensten per vestigingsplaats;
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Algemene ziekenhuizen: erkennings situatie: huidige erkende functies per vestigingsplaats;
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: huidige erkende zorgprogramma's per vestigingsplaats.

Deze variabelen stellen het ziekenhuisnetwerk in staat om een accuraat overzicht weer te geven van het huidige erkende zorgaanbod in het zorggebied. De criteria om te spreken van een adequate inschatting worden weergegeven in Tabel 21.

Tabel 13. Overzichtstabel voor het weergeven van het aantal erkende bedden en de verantwoorde activiteit per ziekenhuisdienst voor de locoregionale zorg op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.

Ziekenhuisdiensten: aantal bedden	Ziekenhuisnetwerk		Ziekenhuis		Campus	
	Erkend	Verantwoord	Erkend	Verantwoord	Erkend	Verantwoord
<b>Neuropsychiatrie A (inclusief A1 en A2)</b>						
<b>Neuropsychiatrie K (inclusief K1 en K2)</b>						
<b>Inwendige en heelkundige geneeskunde CD</b>						
<b>Pediatrie E</b>						
<b>Geriatric G</b>						
<b>Materniteit M</b>						
<b>Sp1: cardio-pulmonair</b>						
<b>Sp2: locomotorisch</b>						
<b>Sp3: neurologisch</b>						
<b>Sp4: palliatief</b>						
<b>Sp5: chronisch</b>						
<b>Sp6: psychogeriatric</b>						

Tabel 14. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende locoregionale medische diensten en medisch-technische diensten op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.

Medische diensten, medisch-technische diensten	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis	Campus
<b>Medische beeldvorming met CT</b>			
<b>Medische beeldvorming NMR</b>			
<b>Niercentrum</b>			
-dienst voor chronische hemodialyse in ziekenhuisverband			
-dienst voor collectieve autodialyse			
-dienst voor ambulante peritoneale dialyse			
-dienst voor thuisdialyse			

Tabel 15. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende locoregionale ziekenhuisfuncties op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.

Ziekenhuisfunctie	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis	Campus
<b>Spoeedgevallen</b>			
• Eerste opvang			
• Gespecialiseerde spoed			
• MUG			
<b>Palliatieve zorg</b>			
<b>Intensieve zorg</b>			
<b>Lokale neonatale zorg (N*)</b>			
<b>Chirurgisch dagziekenhuis</b>			
<b>Niet-chirurgisch dagziekenhuis</b>			
<b>Ziekenhuisapotheek</b>			
<b>Ziekenhuisbloedbank</b>			
<b>Lokale donorcoördinatie</b>			
<b>Pediatische liaison</b>			

Tabel 16. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende locoregionale zorgprogramma's op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het individueel ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.

Zorgprogramma's (ZP): aantal erkenningen	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis	Campus
<b>ZP Oncologie</b>			
• Oncologische basiszorg			
• Oncologie			
<b>ZP Borstkanker</b>			
• Coördinerend gespecialiseerd oncologisch ZP voor borstkanker			
• Gespecialiseerd oncologisch ZP borstkanker			
<b>ZP Cardiale pathologie</b>			
• A (inclusief P)			
<b>ZP Beroertezorg</b>			
• Protocol beroertezorg			
• Basis (S1)			
<b>ZP Geriatrische zorg</b>			
• Dienst geriatrie			
• Geriatrisch consult			
• Geriatrisch dagziekenhuis			
• Interne liaison			
• Externe liaison			



### 4.1.2 Overige zorg

Overige zorg wordt gedefinieerd als zorg die niet als locoregionaal wordt beschouwd.

Bij de evaluatie en de beoordeling wordt akte genomen van de vermelde overige (bv. supraregionale) zorgopdrachten in het regionale ZSP. Indicatieve feedback of advisering is mogelijk (bv. wanneer conflicten met de doelstellingen worden vastgesteld) maar heeft geen gevolgen voor de goedkeuring of weigering van het regionale ZSP.

Overige zorg die opgenomen wordt in het regionale ZSP:

- aantal erkende bedden per ziekenhuisdienst (Tabel 17),
- medische diensten en medisch-technische diensten (Tabel 18),
- ziekenhuisfuncties (Tabel 19),
- zorgprogramma's (Tabel 20).

Dit overzicht wordt weergegeven op drie niveaus:

- ziekenhuisnetwerk,
- ziekenhuis,
- campusniveau.

Tabel 17. Overzichtstabel voor het weergeven van het aantal erkende en verantwoorde bedden per ziekenhuisdienst voor de overige zorg op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus

Ziekenhuisdiensten: aantal bedden	Ziekenhuisnetwerk		Ziekenhuis		Campus	
	Erkend	Verantwoord	Erkend	Verantwoord	Erkend	Verantwoord
CD Univ						
E Univ						
Infectieziekten L						
MIC						
NIC						
K Univ						
Tuberculose T						

Tabel 18. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende overige medische diensten en medisch-technische diensten op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus

Medische diensten en medisch-technische diensten: aantal erkenningen	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis	Campus
Radiotherapie			
Hemodialyse			
Niertransplantatie			
PET			
Robot			

Tabel 19. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende overige ziekenhuisfuncties op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.

Ziekenhuisfuncties: aantal erkenningen	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis	Campus
Centrum voor zware brandwonden			
Centrum voor menselijke erfelijkheid/antropogenetica			
Regionale perinatale zorg P*			
Expertisecentrum comapatiënten			
Zeldzame ziekten			

Tabel 20. Overzichtstabel voor het weergeven van de erkende overige zorgprogramma's op het niveau van het ziekenhuisnetwerk, het individueel ziekenhuis en de ziekenhuiscampus.

Zorgprogramma's: aantal erkenningen	Ziekenhuisnetwerk	Ziekenhuis
Referentiecentrum chirurgie zeldzame tumoren		
Brachytherapie		
PICU (=erkende E bedden binnen functie IZ)		
Cardiale pathologie B1-B2		
Cardiale pathologie B3		
Cardiale pathologie T		
Cardiale pathologie C		
Cardiale pathologie E		
Reproductieve geneeskunde A		
Reproductieve geneeskunde B		
Gespecialiseerde beroertezorg (S2)		

Tabel 21. Criteria ter evaluatie van de weergave van het huidige erkende zorgaanbod binnen het ziekenhuisnetwerk

Parameter	Verklaring	Criterium
<b>Duidelijkheid</b>	Het huidige zorgaanbod wordt overzichtelijk voorgesteld	Het huidige zorgaanbod wordt voorgesteld in de daartoe bestemde template
<b>Volledigheid</b>	Het huidige zorgaanbod werd ingeschat aan de hand van een afdoende aantal variabelen onderverdeeld in locoregionale en overige zorg	Alle erkende ziekenhuisdiensten worden gerapporteerd Alle erkende medisch-technische diensten worden gerapporteerd Alle erkende ziekenhuisfuncties worden gerapporteerd Alle erkende zorgprogramma's worden gerapporteerd De gevraagde programma's onder 'overige zorg' worden gerapporteerd
<b>Accuraatheid</b>	Het huidige zorgaanbod wordt correct voorgesteld	Het huidige zorgaanbod wordt voorgesteld conform de huidige situatie binnen elke ziekenhuiscampus
<b>Relevantie</b>	Het huidige zorgaanbod wordt voorgesteld op de 3 niveaus	Het huidige zorgaanbod wordt voorgesteld op ziekenhuisnetwerkniveau Het huidige zorgaanbod wordt voorgesteld op individueel ziekenhuisniveau Het huidige zorgaanbod wordt voorgesteld op campusniveau

## 4.2 Kwaliteitswinst

Zoals beschreven wordt in het *quadruple aim*-model, is naast kost en aandacht voor personeel, de algemene kwaliteit een belangrijke dimensie. Daarbij wordt zowel gekeken naar de kwaliteit op volksgezondheidsniveau (*population health*) alsook op individueel patiënten niveau (of groepsniveau). In het kader van zorgstrategische planning dienen beide aandachtspunten meegenomen te worden. Dit betekent zowel bereiken van een verantwoord kwaliteitsniveau voor elk van de netwerkpartners alsook uitbouwen van gemeenschappelijke initiatieven voor het opvolgen en continu verbeteren van de kwaliteit.

Kwaliteit van zorg wordt in dit kader omschreven als continu opvolgen en bijsturen van zowel de veiligheid, efficiëntie, effectiviteit, tijdigheid, gelijkheid als de patiëntgerichtheid van elke organisatie binnen het ziekenhuisnetwerk. Er wordt daarbij zowel gekeken naar gemeenschappelijke initiatieven om de zorg te optimaliseren en eventueel te centraliseren, alsook naar initiatieven in het kader van preventieve gezondheidszorg.

Ziekenhuizen moeten beschikken over een kwaliteits-, risico- en veiligheidsmanagement-systeem en aantonen hoe ze kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid bewaken en borgen. Dit evaluatiekader wordt ter beschikking gesteld van de ziekenhuisnetwerken op een ogenblik dat de kwaliteitsbeoordeling voorwerp van debat is. In het licht van de huidige evoluties rond het toezichtmodel voor ziekenhuizen en rond het kwaliteitsdecreet als globaal kader, zal pas na diepgaander onderzoek hierover, door de bevoegde instanties en met de sector, de kwaliteitsbeoordeling nader geëxpliciteerd worden in het evaluatiekader.

### 4.2.1 Governance van kwaliteitsbewaking op niveau van het ziekenhuisnetwerk<sup>5,6,7</sup>

Binnen het ziekenhuisnetwerk wordt een structuur opgezet om kwaliteit te bewaken, alsook continu op te volgen en te verbeteren. Bij de evaluatie worden beoordeeld:

1. Is er structureel overleg tussen de hoofdartsen van de ziekenhuizen in het ziekenhuisnetwerk?
2. Hoe worden de kwaliteitsmanagementsystemen van de verschillende ziekenhuizen op elkaar afgestemd?
3. Wordt een uniforme boordtabel met kwaliteitsindicatoren opgesteld en besproken door de hoofdartsen en is er gestructureerde verslaggeving daarover?
4. Wordt de ziekenhuisnetwerk boordtabel kwaliteit besproken op de verschillende raden van bestuur van de verschillende partners binnen het ziekenhuisnetwerk?

---

<sup>5</sup> Hospital board, management closely tied to quality. *Hosp Peer Rev.* 2015 Dec;40(12):121-3. PubMed

<sup>6</sup> Botje D, Klazinga NS, Suñol R, Groene O, Pfaff H, Mannion R, Depaigne-Loth A, Arah OA, Dersarkissian M, Wagner C; DUQuE Project Consortium. Is having quality as an item on the executive board agenda associated with the implementation of quality management systems in European hospitals: a quantitative analysis. *Int J Qual Health Care.* 2014 Apr;26 Suppl 1:92-9. doi: 10.1093/intqhc/mzu017. Epub 2014 Feb 17. PubMed PMID: 24550260; PubMed

<sup>7</sup> Millar R, Mannion R, Freeman T, Davies HT. Hospital board oversight of quality and patient safety: a narrative review and synthesis of recent empirical research. *Milbank Q.* 2013 Dec;91(4):738-70. doi: 10.1111/1468-0009.12032. Review. PubMed PMID: 24320168; PubMed

#### 4.2.2 Kwaliteitsverbeteringsinitiatieven binnen het ziekenhuisnetwerk

De creatie van *value (cost/quality)* rekening houdend met een minimaal volume aan patiënten is belangrijk. Centralisatie van bepaalde zorg binnen het ziekenhuisnetwerk wordt uitgewerkt waarbij rekening gehouden wordt met de vier kwadranten van de *quadruple aim*.

Binnen het ziekenhuisnetwerk dienen de initiatieven ter opvolging en continue verbetering van de zorgkwaliteit geobjectiveerd te worden.

Nadien kan gestreefd worden om de kwaliteit verder te optimaliseren. Deelname aan initiatieven ter benchmarking en kwaliteitsverbetering worden positief beoordeeld. Daarbij denken we aan initiatieven binnen het ziekenhuisnetwerk zelf (bv. gemeenschappelijke kwaliteitsinitiatieven op basis van veel voorkomende incidenten), alsook supraregionaal (bv. projecten betreffende tijdigheid van zorgverlening of doorlooptijden in de transfer van patiënten tussen ziekenhuizen), regionaal (op basis van VIP<sup>2</sup>-indicatoren), nationaal (bv. in het kader van *Pay for Quality*-indicatoren) en internationaal (bv. op basis van internationale wetenschappelijke studies). Naast indicatoren voor zorg (VIP<sup>2</sup>) worden tevens indicatoren en initiatieven rond preventieve gezondheidszorg in het zorggebied meegenomen (bv. op basis van VRIND-indicatoren).

1. Volumecijfers per pathologie per ziekenhuis en per campus zijn beschikbaar en worden gedeeld met het oog op het transparant maken van de *value* per pathologiegroep.
2. De keuzes in verdeling / centralisatie van het aanbod per pathologie is afgestemd met de cijfers uit KCE-rapporten (KCE 259A, 289A, 323A). Indien intussen nieuwe relevante KCE-rapporten werden uitgebracht, worden deze ook mee in rekening genomen.
3. Elk ziekenhuis neemt deel aan VIP<sup>2</sup> en rapporteert op de eigen website aan welke domeinen van VIP<sup>2</sup> men deelneemt. De resultaten van de indicatoren worden op zowel de eigen website als de website [zorgkwaliteit.be](http://zorgkwaliteit.be) gerapporteerd. Kennis wordt uitgewisseld over de VIP<sup>2</sup>-indicatoren en waar nodig worden expertgroepen opgestart.
4. Sentinel events worden met elkaar gedeeld en initiatieven worden genomen om herhaling in andere ziekenhuizen/campussen te voorkomen.
5. De ziekenhuizen binnen een ziekenhuisnetwerk wisselen kennis uit met betrekking tot kwaliteitsindicatoren.
6. Rond preventieve gezondheidszorg (op basis van VRIND-indicatoren borstscreening, baarmoederhalsscreening, dikke darmkankerscreening alsook KCE-rapport 259A) worden initiatieven genomen om in het volledige ziekenhuisnetwerk in een eerste fase overall het niveau van de beste gemeente te bekomen. Daarvoor worden initiatieven genomen in samenwerking met de partners uit de eerstelijnszorg.

#### 4.2.3 Kwaliteitsbewaking

Ziekenhuizen binnen een ziekenhuisnetwerk stemmen hun initiatieven rond kwaliteitsbewaking optimaal af.

1. Informatie rond patiëntveiligheidsincidenten wordt uitgewisseld.
2. De rapporten van de Vlaamse Zorginspectie worden gedeeld en besproken binnen het ziekenhuisnetwerk.
3. Een standaardset van kwaliteitsindicatoren wordt opgesteld en er wordt op een uniforme wijze over gerapporteerd op niveau van directie en raad van bestuur.
4. Informatie over mortaliteitsratio's (op ziekenhuis- en pathologieniveau), alsook heropnameratio's worden opgevolgd en data worden gebenchmarkt.

5. Informatie over de Vlaamse Patiënten Peiling wordt uitgewisseld. Daarbij worden de cijfers van de indicatoren (VIP<sup>2</sup>) publiek gemaakt op niveau van het ziekenhuis.

#### 4.2.4 Continuïteit van de zorg binnen het ziekenhuisnetwerk

##### 4.2.4.1 Alineëring en standaardisering van zorgprocessen

Het standaardiseren van de zorg en de zorgprocessen is een belangrijk aandachtspunt om de continuïteit van zorg te waarborgen. Deze standaardisatie is van belang voor de patiënt bij transport/verblijf op verschillende campussen binnen het ziekenhuisnetwerk alsook voor de betrokken medewerkers.

1. Binnen het ziekenhuisnetwerk worden protocollen uitgewisseld en verschillen besproken.
2. Voor hoogvolumepatiëntengroepen worden evidencebased zorgpaden uitgewerkt en objectief opgevolgd om de transparantie en standaardisatie te ondersteunen.

##### 4.2.4.2 Mobiliteit van medewerkers en patiënt

1. Medewerkers beschikken op de verschillende campussen binnen het ziekenhuisnetwerk over dezelfde informatie (patiëntengegevens alsook protocollen en procedures) om veilige en efficiënte zorg te kunnen leveren.
2. Initiatieven rond standaardisering van ontslag- of transferdocumenten worden uitgewerkt.

##### 4.2.4.3 Patiëntengegevens en EPD<sup>8,9,10,11</sup>

Binnen het ziekenhuisnetwerk wordt informatie uit het patiëntendossier op een vlotte wijze en conform de toepasselijke regelgeving daarover gedeeld. Daarbij wordt gestreefd naar een uniform elektronisch patiëntendossier waarbij toegang voor de zorgverleners uit de eerste lijn alsook voor de patiënt mogelijk is.

1. Binnen het ziekenhuisnetwerk worden elektronische patiëntengegevens gedeeld en kunnen deze opgevolgd worden.
2. Zorgverleners binnen het ziekenhuisnetwerk beschikken op elke campus over de toegang tot het patiëntendossier.
3. Zorgverleners uit de eerste lijn hebben toegang tot het elektronisch patiëntendossier.
4. Patiënten hebben toegang tot hun elektronisch patiëntendossier alsook de noodzakelijke gezondheidszorginformatie.

---

<sup>8</sup> Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M, Press VG, Imam S, Nkansah-Amankra A, Werner D, Arora VM. Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Relationship and Communication: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2016 May;31(5):548-60. doi: 10.1007/s11606-015-3582-1. Epub 2016 Jan 19. Review. PubMed

<sup>9</sup> Lamboij MS, Drewes HW, Koster F. Use of electronic medical records and quality of patient data: different reaction patterns of doctors and nurses to the hospital organization. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2017 Feb 10;17(1):17. doi: 10.1186/s12911-017-0412-x. PubMed

<sup>10</sup> Lakbala P, Dindarloo K. Physicians' perception and attitude toward electronic medical record. *Springerplus.* 2014 Feb 3;3:63. doi: 10.1186/2193-1801-3-63. eCollection 2014. PubMed

<sup>11</sup> Price M, Singer A, Kim J. Adopting electronic medical records: are they just electronic paper records? *Can Fam Physician.* 2013 Jul;59(7):e322-9. PubMed

#### 4.2.5 Verankering van het zorgaanbod binnen het ziekenhuis met de eerste lijn, chronische zorg en andere welzijns- en zorgactoren

Opdat de zorg aangeboden binnen een ziekenhuis een goede aansluiting zou vinden bij de eerstelijnszorg enerzijds en de derdelijnszorg anderzijds, dient gestructureerd overleg met deze betrokken actoren plaats te vinden.

Tabel 22. Zorgaanbieders met wie het ziekenhuisnetwerk een overlegstructuur heeft opgezet of zal opzetten

Zorgaanbieder
Eerstelijnszones die deel uitmaken van de het zorggebied
Universitaire ziekenhuizen die geen deel uitmaken van het zorggebied maar met wie het ziekenhuisnetwerk een doorverwijsovereenkomst heeft

Bijvoorbeeld:

- Participatie in projecten chronische zorg;
- Participatie in innovatieprojecten zoals o.a. Innovage.

### 4.3 Efficiëntie

#### 4.3.1 Verantwoording van de geplande samenwerkingsvormen<sup>12</sup>

##### 4.3.1.1 Sterkte-zwakte analyse

De geplande samenwerkingsvormen worden kracht bijgezet door een sterkte-zwakteanalyse van de voorgestelde samenwerkingsverbanden tussen individuele ziekenhuizen binnen het zorggebied. Het doel van deze analyse is om onder andere volgende elementen te identificeren:

- schaalvoordelen van de samenwerking op het vlak van kwaliteit en financiën, inclusief de allocatie van middelen;
- aandachtspunten en assumpties waaraan voldaan moet zijn opdat deze schaalvoordelen gerealiseerd zouden kunnen worden;
- externe factoren die de samenwerking kunnen bevorderen dan wel belemmeren.

Het dient benadrukt te worden dat de sterkte-zwakteanalyse niet als doel heeft om potentiële eenzijdige kostenbesparingen te identificeren en dat samenwerkingsverbanden en geschatte besparingen steeds dienen te worden afgewogen ten aanzien van de mogelijke positieve of negatieve impact op de kwaliteit van de zorg.

De sterkte-zwakteanalyse wordt gebaseerd op de gegevens verzameld voor het inschatten van de zorgbehoefte (2), het huidige en geplande zorgaanbod (4) en kwaliteitsbewaking (4.2.3).

De gegevens voor de sterkte-zwakteanalyse dienen vervolgens geklasseerd te worden in de volgende vier categorieën (Figuur 3):

<sup>12</sup> Gebaseerd op: Harrison (2010). Essentials of Strategic Planning in Healthcare. Chapter 5: Strategic planning and SWOT analysis.

- **Sterktes** (interne factoren): die elementen waarvoor de ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn en waardoor de samenwerking een duidelijke verbetering in termen van efficiëntie teweegbrengt in vergelijking met het huidige operationele model;
- **Zwaktes** (interne factoren): die elementen waarvoor de ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn en waardoor de samenwerking mogelijkwijze een nadelig effect zal hebben op de efficiëntie in vergelijking met het huidige operationele model;
- **Opportunities** (externe factoren): die elementen van buitenaf die de samenwerking positief kunnen beïnvloeden en daardoor een verbetering op het vlak van efficiëntie ten aanzien van het huidige operationele model stimuleren;
- **Bedreigingen** (externe factoren): die elementen van buitenaf die de samenwerking negatief kunnen beïnvloeden en daardoor een verbetering op het vlak van efficiëntie ten aanzien van het huidige operationele model in de weg staan.

Figuur 3. Generiek sterkte-zwakteanalyse sjabloon



In het geval voor een bepaald samenwerkingsverband meerdere haalbare opties op tafel liggen, worden de ziekenhuizen binnen het zorggebied aangespoord om voor elk van deze opties een sterkte-zwakte analyse uit te voeren.

#### 4.3.1.2 Krachtenveldanalyse

De sterkte-zwakteanalyse kan verder aangevuld worden met een krachtenveldanalyse die de drijvende krachten achter de sterktes, zwaktes, opportuniteiten en bedreigingen identificeert.

Elementen die meegenomen kunnen worden in de analyse zijn onder meer:

- de gedeelde visie en waarden van de ziekenhuizen binnen het ziekenhuisnetwerk;
- noden, doelstellingen, idealen en bezorgdheden van individuele belanghebbenden.



Deze elementen worden opgedeeld in twee categorieën:

- drijvende krachten;
- belemmerende krachten.

De sterkte-zwakteanalyse en de eventuele krachtenveldanalyse dienen te worden uitgevoerd door een panel bestaande uit experts uit de ziekenhuizen die deel uitmaken van het zorggebied.

#### 4.3.2 Aansturing van de samenwerking

De samenwerking tussen de ziekenhuizen binnen een ziekenhuisnetwerk dient te worden vervat in een bestuursmodel, waarbij er tevens sprake moet zijn van een bindende en duurzame samenwerkingsovereenkomst die de financiële en operationele werking van het ziekenhuisnetwerk regelt.

Het regionale zorgstrategische plan dient een overzicht te bevatten van:

- alle bestaande en geplande samenwerkingsverbanden (klinisch, ondersteunend, en logistiek) op regionaal en supraregionaal niveau;
- de bestuursorganen en hun rol in het identificeren van, beslissen over, implementeren, opvolgen (inclusief evaluatie) en bijsturen van de samenwerkingsverbanden;
- de processen voor het implementeren, opvolgen en bijsturen van de samenwerkingsverbanden.

Tabel 23. Criteria ter evaluatie van het voorgestelde aanbod

Parameter	Verklaring	Criterium
<b>Duidelijkheid</b>	De elementen ter evaluatie van het voorgestelde aanbod worden overzichtelijk weergegeven	Het sjabloon werd gevolgd
<b>Volledigheid</b>	Verankering van het zorgaanbod binnen het ziekenhuis met de eerste lijn (met inbegrip van de welzijnsactoren en woonzorgcentra)	Alle stakeholders binnen het zorggebied met wie d.m.v. een adequate coördinatie kan worden bijgedragen aan ten minste één van de <i>quadruple aim</i> -doelstellingen worden in acht genomen voor de overlegstructuren
		De frequentie van het (geplande) overleg is recht evenredig met de behoefte aan overleg en er is een communicatieplan voorhanden dat de frequentie en agendazetting bepaalt
	Efficiëntie	De adequate functies/diensten worden betrokken bij het overleg en er is een communicatieplan voorhanden dat de betrokken actoren benoemt
	Aansturing van de samenwerking	Er is een sterkte-zwakteanalyse en krachtenveldanalyse voor alle voorgestelde samenwerkingsverbanden Voor elk ziekenhuis is afdoende informatie voorhanden om tot een objectieve beslissing te komen
<b>Accuraatheid</b>	Aansturing van de samenwerking	Er is een governance model voor de samenwerking tussen de ziekenhuizen binnen het ziekenhuisnetwerk Er is een governance model voor de samenwerking tussen de ziekenhuizen binnen het ziekenhuisnetwerk en de eerste lijn (met inbegrip van de welzijnsactoren en woonzorgcentra)
<b>Relevantie</b>	Governance kwaliteitsbewaking niveau ziekenhuisnetwerk	Het governance model beschrijft gedetailleerd alle relevante afspraken binnen de samenwerking (afspraken rond taakverdeling, doorverwijzen, verantwoordelijkheden, rollen en functies, frequentie van samenkomsten, ...)
		Het ZSP bevat een plan van aanpak voor structureel overleg tussen de hoofdartsen van de ziekenhuizen van het ziekenhuisnetwerk
	Kwaliteitsverbeteringsinitiatieven	De kwaliteitsmanagementsystemen van de verschillende ziekenhuizen van het ziekenhuisnetwerk zijn op elkaar afgestemd Een uniforme boordtabel met kwaliteitsindicatoren wordt opgesteld en besproken door de hoofdartsen en een verslag van elke meeting is beschikbaar De ziekenhuisnetwerkboordtabel kwaliteit wordt besproken op de verschillende Raden van Bestuur van de verschillende partners binnen het ziekenhuisnetwerk Volumecijfers per pathologie per ziekenhuis en per campus zijn beschikbaar en worden gedeeld met het oog op het transparant maken van de value per pathologiegroep De keuzes in verdeling / centralisatie per pathologie is afgestemd met de cijfers uit KCE-rapporten (KCE 259A & 289A) Elk ziekenhuis neemt deel aan VIP <sup>2</sup> en rapporteert op de eigen website aan welke domeinen van VIP <sup>2</sup> men deelneemt. De resultaten van de indicatoren worden op zowel de eigen website als de website zorgkwaliteit.be gerapporteerd. Kennis wordt uitgewisseld over de VIP <sup>2</sup> -indicatoren en waar nodig worden expertgroepen opgestart.

	<p>Sentinel events worden met elkaar gedeeld en initiatieven worden genomen om herhaling in andere ziekenhuizen/campusen te voorkomen</p> <p>De ziekenhuizen binnen een ziekenhuisnetwerk wisselen kennis uit met betrekking tot de Q-indicatoren</p> <p>Betreffende preventieve gezondheidszorg (o.b.v. VRIND-indicatoren borstscreening, baarmoederhalsscreening, dikkedarmkankerscreening alsook KCE-rapport 259A) worden initiatieven genomen om in het volledige ziekenhuisnetwerk in een eerste fase overal het niveau van de beste gemeente te bekomen. Hiervoor worden initiatieven genomen in samenwerking met de partners uit de eerstelijnszorg</p>
Kwaliteitsbewaking	<p>Informatie rond patiëntveiligheidsincidenten wordt uitgewisseld</p> <p>De rapporten van de Vlaamse Zorginspectie worden gedeeld en besproken binnen het ziekenhuisnetwerk.</p> <p>Een standaardset van kwaliteitsindicatoren wordt opgesteld en er wordt op een uniforme wijze over gerapporteerd op niveau van directie en raad van bestuur</p> <p>Informatie over mortaliteitsratio's (op ziekenhuis- en pathologieniveau) alsook heropnameratio's worden opgevolgd en data worden gebenchmarkt</p> <p>Informatie over de Vlaamse Patiënten Peiling wordt uitgewisseld. Hierbij worden de cijfers van de indicatoren (VIP<sup>2</sup>) publiek gemaakt op locoregionaal niveau.</p>
Continuïteit van de zorg binnen het ziekenhuisnetwerk	<p>Binnen het ziekenhuisnetwerk worden protocollen uitgewisseld en verschillen besproken</p> <p>Voor hoogvolumepatiëntengroepen worden evidencebased zorgpaden uitgewerkt en objectief opgevolgd om de transparantie en standaardisatie te ondersteunen</p> <p>Initiatieven rond standaardisering van ontslag- of transferdocumenten worden uitgewerkt</p> <p>Binnen het ziekenhuisnetwerk worden elektronische patiëntengegevens gedeeld en kunnen deze opgevolgd worden</p> <p>Zorgverleners binnen het ziekenhuisnetwerk beschikken op elke campus over de toegang tot het patiëntendossier</p> <p>Zorgverleners uit de eerste lijn hebben toegang tot het elektronisch patiëntendossier</p> <p>Patiënten hebben toegang tot hun elektronisch patiëntendossier alsook de noodzakelijke gezondheidszorginformatie</p>
Efficiëntie	<p>De analyse van de voorgestelde samenwerkingsverbanden geven aanleiding tot de redelijke aanname dat ze tot efficiëntiewinst zullen leiden</p>
Aansturing van de samenwerking	<p>De indieners van het regionale zorgstrategische plan zijn hiertoe gemachtigd conform de federale organieke wetgeving</p>

## 4.4 Personeelsbeheer

Inzake personeelsbeheer wordt het ziekenhuisnetwerk geëvalueerd op samenwerking en continuïteit:

- Zijn er samenwerkingsverbanden tussen arts-specialisten, artsen, zorgverstrekkers op het niveau van het ziekenhuisnetwerk (ziekenhuisoverschrijdend)?
- Worden er opleidingen voorzien op niveau van het ziekenhuisnetwerk?
- Klinisch leiderschap: worden bepaalde functies (gedeeltelijk) vrijgesteld zodat zij zich kunnen richten op de ontwikkeling en opvolging van activiteiten van het ziekenhuisnetwerk?

Tabel 24. Overzicht van indicatoren voor de analyse en beschrijving van het personeelsbeheer

Indicator
1. Arts-specialisten exclusief verbonden aan een ziekenhuis (ook per campus en per ziekenhuisnetwerk)
2. Arts-specialisten die verbonden zijn aan ziekenhuis overschrijdende activiteiten (als toegelaten arts, deelname in een groepering, samenwerking, ziekenhuis overschrijdende associatie ... (% praktiserende artsen)
3. Zorgverleners (behalve artsen) die verbonden zijn aan ziekenhuis overschrijdende activiteiten (als toegelaten zorgverlener, deelname in een groepering, samenwerking, ziekenhuis overschrijdende associatie ... (% praktiserende zorgverleners)

Tabel 25. Criteria ter evaluatie van het voorgestelde aanbod - personeelsbeheer

Parameter	Verklaring	Criterium
<b>Duidelijkheid</b>	De elementen ter evaluatie van het personeelsbeheer worden overzichtelijk weergegeven	Het sjabloon werd gevolgd
<b>Volledigheid</b>	Het personeelsbeheer werd ingeschat aan de hand van een afdoende aantal variabelen	Alle voorgestelde indicatoren voor de analyse en beschrijving van het personeelsbeheer zijn geanalyseerd en weergegeven
<b>Accuraatheid</b>	Het personeelsbeheer wordt correct voorgesteld	Alle indicatoren voor de analyse en beschrijving van het personeelsbeheer zijn correct geanalyseerd en geïnterpreteerd
<b>Relevantie</b>	Het personeelsbeheer zet stappen richting het behalen van de doelstellingen van het <i>quadruple aim</i> -model	Er zijn samenwerkingsverbanden tussen arts-specialisten, huisartsen en zorgverstrekkers op niveau ziekenhuisnetwerk Er is een opleidingsbeleid op niveau van het ziekenhuisnetwerk Bepaalde functies worden (gedeeltelijk) vrijgesteld voor ontwikkeling en opvolging activiteiten van het ziekenhuisnetwerk (klinisch leiderschap)

## 5 Thema-specifiek afwegingskader

Onderstaande tabellen bevatten mogelijke thema-specifieke afwegingscriteria. Zij staan als volgt in relatie tot het *quadruple aim*-model.

- Ziekenhuisnetwerk: populatie
- Kwaliteit: patiënt
- Competentie: medewerkers

		<b>Aggregatie</b>
<b>Kwantitatief</b>	G dienst (aantal bedden)	Ziekenhuisnetwerk, infrastructuur
	G consultatiedienst aanwezig	Individueel ziekenhuis
	G interne liaison aanwezig	Individueel ziekenhuis
	G externe liaison aanwezig	Ziekenhuisnetwerk
	Revalidatietraject voorzien	Ziekenhuisnetwerk
	Palliatieve functie voorzien	Ziekenhuisnetwerk
	Plan echelonering intensieve en spoed voor de geriatrische patiënt aanwezig	Kwaliteit
	Klinische farmacie beschikbaar	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Dementietraject aanwezig	Kwaliteit
	Plan actieve chirurg/medische behandeling bij hoogbejaarde	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Gevalideerde screeningtool aanwezig	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Vroegtijdige zorgplanning aanwezig (inclusief DNR-beleid)	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
Protocol Beroertezorg aanwezig	Kwaliteit	
<b>Competenties</b>	Minimum 1 voltijds geriater	Competentie, kwaliteit
	Geriatrisch paramedisch basisteam voor screening en triage (verpleegkundigen, ergotherapeut, logopedist, diëtist, kinesist, dementiezorg, ethische toetsing)	Competentie, kwaliteit
	Casemanager/liaison WZC	Competentie, ziekenhuisnetwerk, kwaliteit
	Opleidingen organiseren voor eigen staf en paramedici en WZC en eerste lijn	Competentie, ziekenhuisnetwerk
<b>Randvoorwaarden</b>	Geïntegreerde transmurale zorgprotocollen	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Organisatie secundair en interziekenhuistransport	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Governance en structuur voor echelonering van de geriatrische zorg binnen het ziekenhuisnetwerk	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Beschrijving organisatie spoed en relatie huisartsenwachtpost/ functie	Ziekenhuisnetwerk, infrastructuur
	Bestaffing volgens FGS norm	Individueel ziekenhuis
	Opname ratio uit spoedgevallen	Ziekenhuisnetwerk, individueel ziekenhuis
	Ambulante zorgratio op spoedgevallen	Ziekenhuisnetwerk, individueel ziekenhuis
Organisatie 112 en 1733	Ziekenhuisnetwerk, individueel ziekenhuis	

<b>Infrastructuur</b>	Minimum 4 plaatsen tijdelijke hospitalisatie	Individueel ziekenhuis, infrastructuur
	Isolatiebox	Individueel ziekenhuis, infrastructuur
	Garage voor ziekenwagens	Individueel ziekenhuis, infrastructuur
	Architecturale relatie met HA wachtpost	Individueel ziekenhuis, infrastructuur
<b>Diagnostische apparatuur (KB 27 april 1998)</b>	Labo	Infrastructuur
	Medische beeldvorming	Infrastructuur
	Reanimatie apparatuur	Infrastructuur
	Pediatriesch materiaal	Infrastructuur
	Gipskamer	Infrastructuur
	Medicatie en infusen	
	Aangepast onderzoeksmateriaal	Infrastructuur
<b>Klinisch logistiek</b>	Gemeenschappelijk EPD spoed en HA wachtpost	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	SUMHER beschikbaar	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Competenties verpleegkundigen aangepast aan type spoed?	Competenties, ziekenhuisnetwerk
	Regeling secundair vervoer	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Staande order voor pre-hospitaalfase en intra muros	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
<b>Competenties</b>	Artsen en verpleegkundigen in functie van organisatie van de spoedzorg (proxy: algemeen chirurg, orthopedist, anesthesist, RX, internist, pediatrie en gynaecologie)	Competenties
<b>Tijdskritische zorg in protocollen</b>	CVA	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Cardio	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Polytrauma	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Vasculaire	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Brandwonden	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Protocollen voor doorverwijzing risico zwangerschap, n, N*, NIC, MIC	Kwaliteit
<b>Instrumenten</b>	Minimaal eerste opvang spoed	Infrastructuur
	Pedieters aanwezig	Competentie
	Foetale monitoring	Kwaliteit
	Reanimatiemogelijkheden moeder en kind	Kwaliteit
	Fototherapie op de kamer	Kwaliteit
	Verwijzing en vervoer naar derde lijn: criteria en praktische organisatie	Kwaliteit
	Uitgebouwde GVO	Kwaliteit
	Transmuraal zorgpad	Kwaliteit
	Plan kwetsbare moeders	Kwaliteit
<b>Competenties</b>	Gynaecologen en pedieters met NLS/BLS-training	Kwaliteit, competenties
	Vroedvrouwen met NLS-skills en bekwaamheid neonatologie	Competenties
	Anesthesist	Competenties
	Pedieters aanwezig	Competenties
	INZO	Competenties
	N*	Competenties

<b>Randvoorwaarden</b>	SUMHER en Vitalink beschikbaar	Kwaliteit
	Transmuraal zorgpad	Kwaliteit
	Gemeenschappelijke vorming op niveau van het ziekenhuisnetwerk	Competenties, kwaliteit
<b>Instrumenten</b>	Beeldvorming	Infrastructuur
	Labo	Infrastructuur
	Huidtesten	Competentie
	Longfunctie apparatuur kinderen	Infrastructuur
	Aangepast materiaal (bijv. EKG, bloeddrukmeting)	Infrastructuur
	NKO-materiaal	Infrastructuur
	Reanimatiemateriaal kinderen	Infrastructuur
	Opvangtafels en couveuses	Infrastructuur
	Infuuspompen	Infrastructuur
<b>Infrastructuur basisziekenhuis</b>	Aantal bedden	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
	Rooming-in	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
	Bednet	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
	Spelkamer	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
	Pediatrisch dagziekenhuis	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
	Allemaal 1 persoonskamers	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
	Reanimatie mogelijk	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
	Teleconferentie mogelijk	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
<b>Competenties</b>	BLS of PLS	Competentie, kwaliteit
	Radiologen met aangepaste skills	Competentie
	Abdominaal chirurg met pediatrische ervaring	Competentie
	Urologie met pediatrische ervaring of erkenning	Competentie
	NKO, orthopedie met pediatrische ervaring	Competentie
	Verpleegkundigen met BLS-, PLS- en NLS-skills	Competentie
	Pediatrisch verpleegkundigen	Competentie
	Diëtisten	Competentie
	Paramedici	Competentie
	Psychosociale ondersteuning op niveau van het ziekenhuisnetwerk	Competentie, ziekenhuisnetwerk
	Spelbegeleiding	Competentie
<b>Zorgcontinuïteit pediatrie</b>	Raadpleging tijdens werkuren	Kwaliteit
	Toezicht op kinderen in daghospitalisatie	Kwaliteit
	7/7 en dag en nacht opvang	Kwaliteit, individueel ziekenhuis, infrastructuur
	Nacht- en weekendhospitaal	Infrastructuur, individueel ziekenhuis
<b>Kwaliteit</b>	Vlaamse benchmark	Kwaliteit
	Complicatieregistratie	Kwaliteit
	Taakafbakening	Kwaliteit
	Europese certificering PALS en NLS voor arts en verpleegkundige	Kwaliteit
	Protocollen op niveau ziekenhuisnetwerk	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
	Intervisie, protocols en samenwerking eerste lijn	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk

Transmurale zorgpaden eerste lijn en welzijn	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
Duidelijk verwijsbeleid (inclusief vervoer)	Kwaliteit, ziekenhuisnetwerk
Zorgpaden als norm	Kwaliteit
Continuïteit van de zorg	Kwaliteit
Kwaliteitsopvolging	Kwaliteit
Betrekken eerste lijn	Kwaliteit
Verwijsafspraken	Kwaliteit
Opleiding	Competentie

## 6 Eindvisualisatie afwegingskader

Op basis van de aangeleverde informatie in het regionale zorgstrategische plan zal een evaluatie gemaakt worden in functie van volgende vragen:

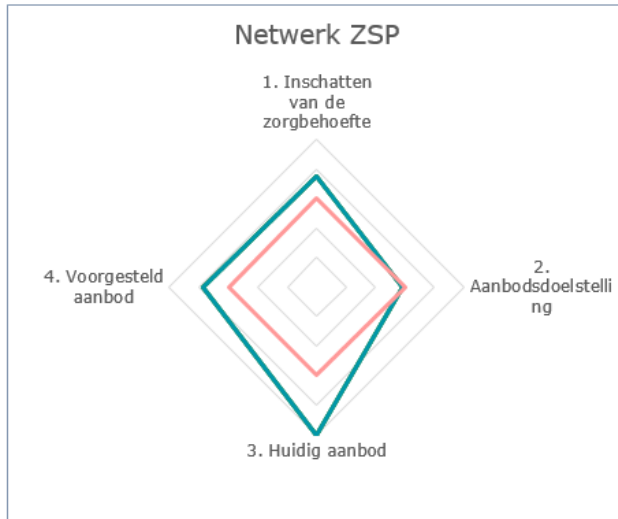
- 1) Beantwoordt het voorgestelde zorgaanbod aan de zorgbehoefte?
- 2) Beschikt het ziekenhuis en/of ziekenhuisnetwerk over de nodige competenties en middelen om dit aanbod kwalitatief in te vullen?

Zoals aangegeven in bovenstaande tekst, werden evaluatiecriteria voorgesteld in functie van het gewenste beoordelingsniveau (ziekenhuisnetwerk, ziekenhuis, campus – afhankelijk van het gewenste gebruik van het regionale zorgstrategische plan) en de gehanteerde parameters (duidelijkheid, volledigheid, accuraatheid en relevantie), waaraan gewichten zullen worden toegekend in functie van het belang in de totaalscore.

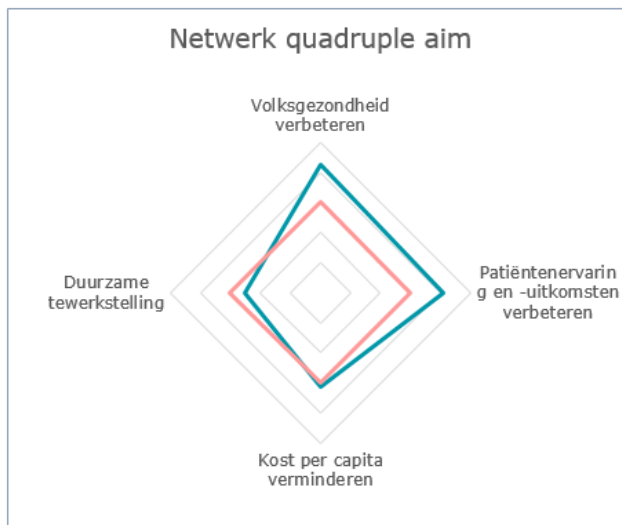
Per evaluatiecriterium zullen tevens antwoordcategorieën gedefinieerd worden en – waar relevant – een absoluut minimum te behalen op een specifiek criterium. Bij de keuze van de gewenste antwoordcategorieën zal automatisch een score worden toegekend. Deze scores zullen geconsolideerd worden en gevisualiseerd worden in functie van twee dimensies.



- Dimensies van het regionale zorgstrategische plan op ziekenhuisnetwerk / individueel ziekenhuisniveau:



- Dimensies van het *quadruple aim*-model op ziekenhuisnetwerk / individueel ziekenhuisniveau:



## 7 Verdere uitwerking van het evaluatiekader

Het voorgestelde evaluatiekader dient empirisch getoetst te worden om de juiste invulling van de wegingsfactoren en antwoordcategorieën te bepalen, opdat het model voldoende in overeenstemming is met de huidige realiteit in het zorglandschap. Op basis van wetenschappelijke literatuur kan immers geen duidelijke weging gebeuren. De wegingsfactoren kunnen ook wijzigen in de tijd in functie van de accenten die het beleid wil leggen.

In functie van toekomstige evoluties kan het model verfijnd worden en kunnen de wegingsfactoren en antwoordcategorieën bijgestuurd worden indien gewenst (bv. in functie van verdere evolutie en verfijning van kwaliteitsindicatoren).

## 8 Appendix

### 8.1 Wetenschappelijke verantwoording

Voor deze opdracht heeft het consortium LIGB-Deloitte zich daar waar mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke literatuur van internationaal gerenommeerde instellingen. Deze literatuur werd geïdentificeerd aan de hand van aanbevelingen door beleidsexperten en een doelgerichte literatuurzoekopdracht.

*Algemeen kader:*

- [Institute for Healthcare Improvement. Triple Aim for Populations.](#)

*Zorgbehoefte:*

- De analyse van de zorgbehoefte op Vlaams en Belgisch niveau op basis van de 'Global burden of disease' studie, toont dat er nood is aan een geïntegreerde aanpak van onderstaande items (Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2015. The Lancet, vol 388, oct 2016):
  - Roken
  - Hypertensie
  - Obesitas
  - Diabetes
  - Alcohol
  - Hypercholesterolemie
  - Fruit en groenten inname
  - Fijnstof
  - Fysieke activiteit
  - Nierinsufficiëntie
- Natuurlijke patiëntenstromen als basis voor vorming van de samenwerkingsinitiatieven: Using administrative data to identify naturally occurring networks of physicians. BE Landon et al. Med Care, 51(8):715-721, 2013
- Invloed van socio-economische status op gezondheidsgedrag: A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. Meader N et al. BMC Public Health 16;657, 2016

De internationale literatuur over gezondheidsindicatoren werd bestudeerd om de toekomstige zorgbehoefte in te schatten. Er werd tevens een doelgerichte literatuursearch uitgevoerd in de database Pubmed. Daarbij werd gekeken naar sleutelpublicaties door combineren van de Mesh term van elke indicator met Population [Mesh] AND (Health [Mesh] OR Death [Mesh]). Enkel Engelstalige of Nederlandstalige publicaties werden geselecteerd.

Een grondig overzicht van mogelijke gezondheidsindicatoren wordt voorgesteld in de European Core Health Indicators (ECHI<sup>13</sup>), waaruit een selectie gemaakt is die aangevuld werd met relevante beschikbare Vlaamse Regionale Indicatoren (VRIND<sup>14</sup>). Andere bruikbare bronnen zijn o.m. de databanken van de IMA-atlas (<http://atlas.ima-aim.be/databanken>).

Tabel 26 geeft ter illustratie mogelijke indicatoren voor het inschatten van de zorgbehoefte.

---

<sup>13</sup> [European Core Health Indicators](#) (ECHI).

<sup>14</sup> [VRIND](#) (2016). Vlaamse Regionale Indicatoren

Tabel 26. Selectie uit ECHI, aangevuld met relevante VRIND, mogelijke databronnen voor het regionale zorgstrategische plan en de verantwoording van de selectie.

Indicator	Bron	Verantwoording
<b>Algemeen</b>		
Populatie op basis van geslacht en leeftijd	FOD Economie, Statistieken en Cijfers, Structuur van de Bevolking volgens leeftijd en geslacht: leeftijdspiramide	<a href="#">European Commission (2020)</a> . Report from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the impact of demographic change
Populatieprojecties	VRIND 1.71 Componenten bevolkingsgroei  Federaal Planbureau. Bevolkingsvooruitzichten 2010-2016	<a href="#">European Commission (2020)</a> . Report from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the impact of demographic change
Populatie op basis van educatie	VRIND 2.16 Scholingsgraad  VRIND 3.99 Opleidingsniveau  FOD Economie, Census 2011. Bevolking met een diploma hoger onderwijs.	<a href="#">Samir KC et al. (2010)</a> . Projection of populations by level of educational attainment, age, and sex for 120 countries for 2005-2050 (last accessed 23/01/2018)  <a href="#">United Nations (2003)</a> . Population, Education and Development: the concise report (last accessed 23/01/2018)
Totale werkloosheid	VRIND 1.60 Werkloosheidsgraad  VRIND 2.91 VDAB-werkloosheidsgraad naar gemeente  FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Werkloosheidsgraad per provincie.	Van Aerden K, Gadeyne S, Vanroelen C. Is any job better than no job at all? Studying the relations between employment types, unemployment and subjective health in Belgium. Arch Public Health. 2017 Aug 24;75:55. doi: 10.1186/s13690-017-0225-5. eCollection 2017.
Populatie beneden de armoedegrens en inkomensongelijkheid	VRIND 3.79 Beschikbaar inkomen per arrondissement  VRIND 3.80 Bevolking onder de armoederisicodrempel  VRIND 3.81 Bevolkingsgroepen onder de armoederisicodrempel  VRIND 3.92 Inkomensongelijkheid  VRIND 3.115 Kansarmoede-index per gemeente	Davis K, Ballreich J. Equitable access to care--how the United States ranks internationally. N Engl J Med. 2014 Oct 23;371(17):1567-70. doi:10.1056/NEJMp1406707.  Dahlgren, D. and Whitehead, M., World Health Organization (WHO). (2007) European Strategies for Tackling Social Inequalities in Health: Levelling Up Part 2[Online]. Available from: <a href="http://www.thehealthwell.info/node/91930">http://www.thehealthwell.info/node/91930</a> [Accessed: 23rd January 2018].  Stuckler D, Reeves A, Loopstra R, Karanikolos M, McKee M. Austerity and health: the impact in the UK and Europe. Eur J Public Health. 2017 Oct 1;27(suppl_4):18-21. doi: 10.1093/eurpub/ckx167

Levensverwachting	VRIND 1.69 Levensverwachting VRIND 3.67 Levensverwachting	<a href="#">World Health Statistics</a> . Monitoring Health for the SDGs (2017)
	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, levensverwachting en vroegtijdige sterfte	
Ziekte specifieke mortaliteit; Eurostat 86 oorzaken	VRIND 3.64 Belangrijkste doodsoorzaken	Jarman B, Pieter D, van der Veen AA, Kool RB, Aylin P, Bottle A, Westert GP, Jones S. The hospital standardised mortality ratio: a powerful tool for Dutch hospitals to assess their quality of care? <i>Qual Saf Health Care</i> . 2010 Feb;19(1):9-13. doi: 10.1136/qshc.2009.032953.
	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Statistiek van de doodsoorzaak	
	Renard et al. (2014). Mapping the cause-specific premature mortality reveals large between-districts disparity in Belgium, 2003–2009	
Sociale ondersteuning	Gezondheidsenquête WIV-ISP, Need help in performing day-to-day activities	Kobewka (2020). Predicting the need for supportive services after discharged from hospital: a systematic review. <i>BMC Health Serv Res</i> 20, 161 (2020). <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-020-4972-6">https://doi.org/10.1186/s12913-020-4972-6</a>
PM <sub>10</sub> blootstelling	VRIND 5.68 Luchtkwaliteitsindex	<a href="#">WHO (2013)</a> . Health effects of particulate matter.
	VRIND 5.94 PM <sub>10</sub> MIRA Milieurapport Vlaanderen, Daggemiddelde PM <sub>10</sub> concentratie in lucht	Williams LJ, Chen L, Zosky GR. The respiratory health effects of geogenic (earth derived) PM(10). <i>Inhal Toxicol</i> . 2017 Jul;29(8):342-355. doi:10.1080/08958378.2017.1367054.  Brook RD. Potential Health Risks of Air Pollution Beyond Triggering Acute Cardiopulmonary Events. <i>JAMA</i> .2008;299(18):2194–2196. doi:10.1001/jama.299.18.2194
Patiëntenmobiliteit	Gezondheidsenquête WIV-ISP, Postponement of health care due to transport problems, Experienced delay in getting health care due to distance or transport problems	Syed ST, Gerber BS, Sharp LK. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. <i>J Community Health</i> . 2013 Oct;38(5):976-93. doi: 10.1007/s10900-013-9681-1. Review.
<b>Spoedeisende hulp</b>		
Beroerte	Gezondheidsenquête WIV-ISP, Stroke (cerebral haemorrhage, cerebral thrombosis) in the past 12 months	Little N, Bukata WR. Emergency Department Stroke Care. <i>JAMA Neurol</i> . Published online December 11, 2017. doi:10.1001/jamaneurol.2017.3814  Jia J, Band R, Abboud ME, Pajerowski W, Guo M, David G, Mechem CC, Messé SR, Carr BG, Mullen MT. Accuracy of Emergency Medical Services Dispatcher and Crew Diagnosis of Stroke in Clinical Practice. <i>Front Neurol</i> . 2017 Sep 14;8:466. doi: 10.3389/fneur.2017.00466. eCollection 2017.

		Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, Johnston KC, Johnston SC, Khalessi AA, Kidwell CS, Meschia JF, Ovbiagele B, Yavagal DR; American Heart Association Stroke Council. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. <i>Stroke</i> . 2015 Oct;46(10):3020-35. doi: 10.1161/STR.0000000000000074. Epub 2015 Jun 29.
Acuut myocardinfarct	Gezondheidsenquête WIV-ISP, Myocardial infarction in the past 12 months	Nawrot TS, Perez L, Künzli N, Munters E, Nemery B. Public health importance of triggers of myocardial infarction: a comparative risk assessment. <i>Lancet</i> . 2011 Feb 26;377(9767):732-40. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62296-9.  Wasfy JH, Yeh RW. Understanding How to Improve Quality and Value for Patients With Acute Myocardial Infarction. <i>JAMA Cardiol</i> . Published online December 20, 2017. doi:10.1001/jamacardio.2017.4779  Likosky DS, Van Parys J, Zhou W, Borden WB, Weinstein MC, Skinner JS. Association Between Medicare Expenditure Growth and Mortality Rates in Patients With Acute Myocardial Infarction A Comparison From 1999 Through 2014. <i>JAMA Cardiol</i> . Published online December 20, 2017. doi:10.1001/jamacardio.2017.4771
<b>Geriatric</b>		
Dementie en alzheimer		Hankey GJ. Public Health Interventions for Decreasing Dementia Risk. <i>JAMA Neurol</i> . 2018;75(1):11–12. doi:10.1001/jamaneurol.2017.3303  Yaffe K. Modifiable Risk Factors and Prevention of Dementia What Is the Latest Evidence?. <i>JAMA Intern Med</i> . Published online December 18, 2017. doi:10.1001/jamainternmed.2017.7299
Influenzavaccinatiegraad bij ouderen	VRIND 3.42 Vaccinatiegraad griep  Gezondheidsenquête WIV-ISP, Influenza immunisation in the last season (population at risk)	van Noort SP, Codeço CT, Koppeschaar CE, van Ranst M, Paolotti D, Gomes MG. Ten-year performance of Influenzanet: ILI time series, risks, vaccine effects, and care-seeking behaviour. <i>Epidemics</i> . 2015 Dec;13:28-36. doi: 10.1016/j.epidem.2015.05.001. Epub 2015 Jun 15.  Darvishian M, Gefenaite G, Turner RM, Pechlivanoglou P, Van der Hoek W, Van den Heuvel ER, Hak E. After adjusting for bias in meta-analysis seasonal influenza vaccine remains effective in community-dwelling elderly. <i>J Clin Epidemiol</i> . 2014 Jul;67(7):734-44. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.02.009. Epub 2014 Apr 24. Review.  Jackson LA, Nelson JC, Benson P, Neuzil KM, Reid RJ, Psaty BM, Heckbert SR, Larson EB, Weiss NS. Functional status is a confounder of the association of influenza vaccine and risk of all cause mortality in seniors. <i>Int J Epidemiol</i> . 2006 Apr;35(2):345-52. Epub 2005 Dec 20. Review

Medicatiegebruik, geselecteerde groepen	Gezondheidsenquête WIV-ISP, Use of 5 or more medicines in the past 24 hours (polypharmacy), Use of 9 or more medicines in the past 24 hours (excessive polypharmacy)	<p>Pazan F, Weiss C, Wehling M; FORTA. The EURO-FORTA (Fit fOR The Aged) List: International Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. <i>Drugs Aging</i>. 2018 Jan 15. doi: 10.1007/s40266-017-0514-2. [Epub ahead of print]</p> <p>Pazan F, Burkhardt H, Frohnhofen H, Weiss C, Throm C, Kuhn-Thiel A, Wehling M. Changes in prescription patterns in older hospitalized patients: the impact of FORTA on disease-related over- and under-treatments. <i>Eur J Clin Pharmacol</i>. 2017 Dec 2. doi: 10.1007/s00228-017-2383-3. [Epub ahead of print]</p>
<b>Oncologie</b>		
Sterfte gerelateerd aan roken	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Gezondheidsindicatoren, Tabaksgerelateerde sterfte	<p>Yach D. Foundation for a smoke-free world. <i>Lancet</i>. 2017 Oct 14;390(10104):1807-1810. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32602-8. Epub 2017 Oct 12. Erratum in: <i>Lancet</i>. 2017 Dec 7;</p> <p>Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. <i>JAMA</i>. 2004 Mar 10;291(10):1238-45. Review. Erratum in: <i>JAMA</i>. 2005 Jan 19;293(3):298. <i>JAMA</i>. 2005 Jan 19;293(3):293-4.</p> <p>Jacobs EJ, Newton CC, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice RL, Flanders WD. What proportion of cancer deaths in the contemporary United States is attributable to cigarette smoking? <i>Ann Epidemiol</i>. 2015 Mar;25(3):179-182.e1. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.11.008. Epub 2014 Nov 13.</p>
Kankerincidentie	Gezondheidsenquête WIV-ISP, Cancer (malignant tumour, also including leukaemia and lymphoma) in the past 12 months	<p>Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. <i>JAMA Oncol</i>. 2017;3(4):524–548. doi:10.1001/jamaoncol.2016.5688</p> <p>The Global Burden of Cancer 2013. <i>JAMA Oncol</i>. 2015;1(4):505–527. doi:10.1001/jamaoncol.2015.0735</p>
<b>Moeder en kind</b>		
Geboortecijfer	VRIND 1.67 Geboorten en overlijdens	<p>European perinatal health report (2015). <a href="https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf">https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf</a></p>
	R. Devlieger, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, H. Cammu (2015). Perinatale activiteiten in Vlaanderen.	<p>Vanden Broeck, J., Feijen-de Jong, E., Klomp, T. et al. Antenatal care use in urban areas in two European countries: Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants in Belgium and the Netherlands. <i>BMC Health Serv Res</i> 16, 337 (2016). <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-016-1478-3">https://doi.org/10.1186/s12913-016-1478-3</a></p>
Leeftijdistributie van de moeder	VRIND 3.73 Maternale leeftijd	
	R. Devlieger, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, H. Cammu (2015). Perinatale activiteiten in Vlaanderen.	

Algemene fertiliteitsgraad	VRIND 1.68 Leeftijdsspecifieke vruchtbaarheidscijfers	<a href="http://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/english-fact-sheets-and-info-booklets/Age_and_Fertility.pdf">http://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/english-fact-sheets-and-info-booklets/Age_and_Fertility.pdf</a> (last accessed 23/01/2018)
		<a href="https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2016/10/79_Birth_Rate.pdf">https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2016/10/79_Birth_Rate.pdf</a> (last accessed 23/01/2018)
Kindersterfte	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal Body Mass Index and the Risk of Fetal Death, Stillbirth, and Infant Death A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA</i> . 2014;311(15):1536–1546. doi:10.1001/jama.2014.2269
		Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, Cousens S, Mathers C, Black RE. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. <i>Lancet</i> . 2015 Jan 31;385(9966):430-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61698-6. Epub 2014 Sep 30. Erratum in: <i>Lancet</i> . 2015 Jan 31;385(9966):420. <i>Lancet</i> . 2016 Jun 18;387(10037):2506.
Perinatale mortaliteit	VRIND 3.68 Foeto-infantiele sterfte	Pasupathy D, Wood AM, Pell JP, Fleming M, Smith GCS. Rates of and Factors Associated With Delivery-Related Perinatal Death Among Term Infants in Scotland. <i>JAMA</i> . 2009;302(6):660–668. doi:10.1001/jama.2009.1111
	R. Devlieger, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, H. Cammu (2015). Perinatale activiteiten in Vlaanderen.	Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal Body Mass Index and the Risk of Fetal Death, Stillbirth, and Infant Death A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA</i> . 2014;311(15):1536–1546. doi:10.1001/jama.2014.2269
(Laag) geboortegewicht	R. Devlieger, E. Martens, G. Martens, C. Van Mol, H. Cammu (2015). Perinatale activiteiten in Vlaanderen.	Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. <i>Arch Gen Psychiatry</i> . 2010;67(10):1012–1024. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.111
Vaccinatiegraad bij kinderen	VRIND 3.40 Vaccinatiegraad jonge kinderen	Global Vaccine Action Plan 2011-2020 (last accessed 23/01/2018)
	Studie van de vaccinatiegraad in Vlaanderen, KU Leuven – Universiteit Antwerpen	
<b>Preventie-indicatoren</b>		
Fysieke activiteit	VRIND 3.55 Fysieke activiteit VRIND 4.82 Sportbeoefening	Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. <i>JAMA</i> . 2004 Mar 10;291(10):1238-45. Review. Erratum in: <i>JAMA</i> . 2005 Jan 19;293(3):298. <i>JAMA</i> . 2005 Jan 19;293(3):293-4.
	Gezondheidsenquête WIV-ISP, Days moderate physical activity last week	O'Donovan G, Lee I, Hamer M, Stamatakis E. Association of "Weekend Warrior" and Other Leisure Time Physical Activity Patterns With Risks for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. <i>JAMA Intern Med</i> . 2017;177(3):335–342. doi:10.1001/jamainternmed.2016.8014



A. Diabetes, zelf-gerapporteerd B. Diabetes, incidentie gerapporteerd in een register	A. Gezondheidsenquête WIV-ISP, Diabetes in the past 12 months	Lee CMY, Versace VL, Malo JA, Shaw JE, Dunbar JA, Colagiuri S. Screening for diabetes prevention with diabetes risk scores - A balancing act. <i>Diabetes Res Clin Pract.</i> 2017 Nov 15;135:120-127. doi: 10.1016/j.diabres.2017.11.009. [Epub ahead of print]
Borstkankerscreening	VRIND 3.37 Borstkanker-screening per gemeente  Gezondheidsenquête WIV-ISP, Mammography in the past 2 years (women 50-69 only)	Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC, Walter LC, Church TR, Flowers CR, LaMonte SJ, Wolf AM, DeSantis C, Lortet-Tieulent J, Andrews K, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, Smith RA, Brawley OW, Wender R; American Cancer Society. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. <i>JAMA.</i> 2015 Oct 20;314(15):1599-614. doi: 10.1001/jama.2015.12783. Erratum in: <i>JAMA.</i> 2016 Apr 5;315(13):1406.  Miller AB. The role of screening mammography in the era of modern breast cancer treatment. <i>Climacteric.</i> 2018 Jan 17:1-5. doi: 10.1080/13697137.2017.1392503. [Epub ahead of print].
Baarmoederhalskanker-screening	VRIND 3.38 Baarmoederhalskankerscreening  Gezondheidsenquête WIV-ISP, Cervix smear test in the past 3 years (women 20-69 only)	Castle PE, Stoler MH, Wright TC Jr, Sharma A, Wright TL, Behrens CM. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. <i>Lancet Oncol.</i> 2011 Sep;12(9):880-90. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70188-7. Epub 2011 Aug 22. PubMed PMID: 21865084.
Darmkankerscreening	VRIND 3.39 Dikkedarmkankerscreening  Gezondheidsenquête WIV-ISP, Fecal occult blood test in the past 2 years (50-74 years old), Colonoscopy in the past 10 years (50-74 years old)	Pignone M, Miller DP. Using Outreach to Improve Colorectal Cancer Screening. <i>JAMA.</i> 2017;318(9):799-800. doi:10.1001/jama.2017.10606
<b>Kwetsbare populatie</b>		
Sterfte gerelateerd aan drugs	WIV-ISP, Belgisch Nationaal Drugsrapport  Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Gezondheidsindicatoren, Druggerelateerde sterfte	Dowell D, Arias E, Kochanek K, Anderson R, Guy GP Jr, Losby JL, Baldwin G. Contribution of Opioid-Involved Poisoning to the Change in Life Expectancy in the United States, 2000-2015. <i>JAMA.</i> 2017 Sep 19;318(11):1065-1067. doi:10.1001/jama.2017.9308.  Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, et al. Mortality Among Homeless Adults in Boston: Shifts in Causes of Death Over a 15-year Period. <i>JAMA internal medicine.</i> 2013;173(3):189-195. doi:10.1001/jamainternmed.2013.1604.  Baggett TP, Chang Y, Singer DE, Porneala BC, Gaeta JM, O'Connell JJ, Rigotti NA. Tobacco-, alcohol-, and drug-attributable deaths and their contribution to mortality disparities in a cohort of homeless adults in Boston. <i>Am J Public Health.</i> 2015 Jun;105(6):1189-97. doi: 10.2105/AJPH.2014.302248. Epub 2014 Dec 18. PubMed PMID: 25521869; PubMed Central

		Drug use and road safety WHO 2016 (last accessed 23/01/2018) <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249533/1/WHO-MSD-NVI-2016.01-eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249533/1/WHO-MSD-NVI-2016.01-eng.pdf?ua=1</a>
Sterfte gerelateerd aan alcohol	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Gezondheidsindicatoren, Alcoholgerelateerde sterfte	Global status report on alcohol and health, WHO 2014 : last accessed 23/01/2018 <a href="http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1">http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1</a>  Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA. 2004 Mar 10;291(10):1238-45. Review. Erratum in: JAMA. 2005 Jan 19;293(3):298. JAMA. 2005 Jan 19;293(3):293-4.
<b>Geestelijke gezondheid</b>		
A. Depressie, zelf-gerapporteerd B. Depressie, incidentie gerapporteerd in een register	A. VRIND 3.61 Zelfgerapporteerde depressie  Gezondheidsenquête WIV-ISP, Depressive disorder, Health practitioner consulted for depression in the past 12 months	V. Lorant, D. Deliège, W. Eaton, A. Robert, P. Philippot, M. Ansseau; Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis, American Journal of Epidemiology, Volume 157, Issue 2, 15 January 2003, Pages 98–112
Zelfmoordpogingen	VRIND 3.60 Suïcidepogingen  Gezondheidsenquête WIV-ISP, Attempted suicide in the past 12 months	Caine ED. Suicide and Attempted Suicide in the United States During the 21st Century. JAMA Psychiatry.2017;74(11):1087–1088. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2524  Chang Shu-Sen, Stuckler David, Yip Paul, GunnellDavid. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries BMJ2013; 347 :f5239  Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2012 Aug;21(8):443-50. doi: 10.1007/s00787-012-0276-7. Epub 2012 Apr 26