

# VRAGEN PILOOTPROJECTEN GEINTEGREERDE ZORG

AGENTSCHAP  
ZORG & GEZONDHEID



**Vlaanderen**  
is zorg

# EHEALTH



**Vlaanderen**  
is zorg

> EPD:

- COSO zal voor de projecten moeten worden uitgebreid van 6 maanden naar 4 jaar. Wat met informed consent?
- Kan er meer duidelijkheid gegeven worden wat betreft regels inzake privacy

> Vitalink en medicatieschema:

- Vitalink wordt momenteel gebruikt door verschillende actoren, maar niet door iedereen - vraag naar meer sturing op dit vlak
- Vitalink is heel ongebruiksvriendelijk, thuisverpleegkundigen moeten altijd opnieuw code ingeven, etc. Nog niet uitgerold en geen inclusie medicatieschema. Wat zal hieraan gedaan worden?

> Is het bedoeling dat elk pilootproject zijn eigen apps en zorgplan-delen moet gebruiken?

> We merken veel onduidelijkheid over eHealth

Daarom: [www.eenlijn.be](http://www.eenlijn.be)

Hier vinden jullie info en webinars over de inhoud en mogelijkheden van:

- Gedeelde Sumehr,
- Vitalink medicatieschema,
- Gedeeld Farmaceutisch Dossier,
- eHealthBox,
- MyCareNet
- ...

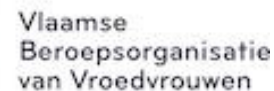
→ Kan ook gebruikt worden om info/scholing te geven bij de projectpartners

WAT IS  éénlijn.be

= EEN CONSORTIUM  
= EEN NETWERK



## AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID



- 
- > Het **verbeteren van de kwaliteit van de zorg** door het aanmoedigen en ondersteunen van samenwerking & gegevensdeling rond de patiënt in de gezondheidszorg, met focus op de eerstelijnsactoren.
  - > Het **delen van gegevens bevorderen** door de **registratie** ervan in het eigen softwarepakket te verbeteren en de belangrijkste **eGezondheidsdiensten** te leren gebruiken (ICT gebruiken).
  - > Met het oog daarop de **gebruiksvriendelijkheid** van softwarepakketten en van de eGezondheidsdiensten ondersteunen en bevorderen.

- 
- > Het organiseren van klassikale en online **opleidingen**;
  - > Het aanbieden van informatie via **een elearning omgeving**;
  - > Het aanbieden van ondersteuning via **een helpdesk**;
  - > Het regelmatig **communiceren** via nieuwsbrieven en de kanalen van de diverse koepelorganisaties;
  - > Het organiseren van regelmatig **overleg** met de met de beroepskoepels van de gebruikers, de softwareleveranciers, de aanbieders van eGezondheidsdiensten en de overheid.

- > Eénlijn gaf in de periode november 2013 t.e.m. november 2016 **opleidingen** aan eerstelijnszorgverleners en dit in groep klassikaal of online (webinars). Deze opleidingen waren ofwel algemeen (een verkenningstocht), ofwel specifiek (eGezondheid leren gebruiken in uw softwarepakket). In totaal werden 1.509 sessies gegeven en dit aan 17.250 zorgverleners. Er waren in bovenvermelde periode 6.251 bezoekers voor **de éénlijn website**. Er was een **elearning omgeving** met statische content en schermfilmpjes rond de verschillende eGezondheidsdiensten.
- > Tussen maart 2014 en oktober 2016 werden er 11.600 calls (vragen) geregistreerd via de **telefonische helpdesk** (bereikbaar werkdagen 8u30-22u en zaterdag 9u-12u) van éénlijn.be. Goed voor gemiddeld 363 vragen / maand. In totaal werden 2.850 uren aan telefonische helpdesk gerealiseerd.



# THERAPEUTISCHE RELATIE



- 
- > Toegang tot gedeelde informatie, kan enkel wanneer er een therapeutische relatie is met de patiënt
  
  - > Therapeutische relatie is bepaald in tijd
    - Zie Beraadslaging nr. 12/047 van 19 juni 2012, laatst gewijzigd op 21 juni 2016, met betrekking tot de geïnformeerde toestemming van een betrokkene met de elektronische uitwisseling van zijn persoonsgegevens die de gezondheid betreffen en de wijze waarop deze toestemming kan worden geregistreerd.

[https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector\\_committee/2016/12-047-n139-geinformeerde\\_toestemming-gewijzigd\\_op\\_21\\_juni\\_2016.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector_committee/2016/12-047-n139-geinformeerde_toestemming-gewijzigd_op_21_juni_2016.pdf)

<https://www.ehealth.fgov.be/nl/burgers/on-line-diensten/patientconsent>

# THERAPEUTISCHE RELATIE



////////////////////////////////////

## > Voor elk zorgberoep is de therapeutische relatie gedurende een **vooraf bepaalde tijd geldig**

- De geldigheidsduur van het bewijs van een therapeutische relatie aan de hand van het lezen van een eID of ISI+/SIS-kaart
- Zie beraadslaging voor alle details over de termijnen: Beraadslaging nr. 11/088 van 18 oktober 2011, laatst gewijzigd op 21 juni 2016, met betrekking tot de nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische relatie en van een zorgrelatie. Nota betreffende de therapeutische relatie en zorgrelatie:

[https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector\\_committee/2016/therapeutische\\_relatie\\_en\\_zorgrelatie-nota.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector_committee/2016/therapeutische_relatie_en_zorgrelatie-nota.pdf)

[https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector\\_committee/2016/11-088-n138-therapeutische\\_relatie\\_en\\_zorgrelatie-gewijzigd\\_op\\_21\\_juni\\_2016.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector_committee/2016/11-088-n138-therapeutische_relatie_en_zorgrelatie-gewijzigd_op_21_juni_2016.pdf)

## > Er kan niet afgeweken worden van de vooraf bepaalde periode

- Tenzij aanvraag bij de privacycommissie
- Geen bevoegdheid van de overheden om een therapeutische relatie te verlengen

# THERAPEUTISCHE RELATIE



- 
- > 3 mogelijkheden om een zorgverlener toegang te geven tot gegevens (en dus therapeutische relatie aan te tonen)
    - Op vraag van de zorgverlener: patiënt stemt toe door identiteitskaart te geven
    - Patiënt registreert zelf via de toepassing 'ehealthConsent'
    - Noodsituatie
  
  - > Voor organisaties van zorgverleners (vb Wit-Gele Kruis of Familiehulp)
    - Geen aparte therapeutische relatie voor elke zorgverlener nodig
    - Organisatie houden zelf intern de zorg/therapeutische relatie tussen een zorgverlener en patiënt bij
    - Werkt met een circle of trust wanneer overeenkomst met overheid

**Let op:** hebben de zorgcoördinator en casemanager in het project een therapeutische relatie met de patiënt?

////////////////////////////////////  
= Welke zorgverlener heeft toegang tot welke gegevens en welke acties (lezen en/of schrijven) hij mag doen

- > Rechtenmatrix ligt vast per gegevenstype (vb. medicatieschema)
- > Rechtenmatrix ligt vast per zorgverlener

→ zie beraadslaging Vitalink: Beraadslaging nr. 12/046 van 19 juni 2012, laatst gewijzigd op 15 december 2015, met betrekking tot de uitwisseling van gezondheidsgegevens via het Vitalink-platform.

[https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector\\_committee/2015/12-046-n227-vitalink-platform-gewijzigd\\_op\\_15\\_december\\_2015.pdf](https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector_committee/2015/12-046-n227-vitalink-platform-gewijzigd_op_15_december_2015.pdf)

- > Aanpassing van rechtenmatrix kan enkel
  - Indien de vraag vanuit het terrein komt
  - Consensus is van de hele sector

=> uitzonderingen per project zijn niet mogelijk

- 
- > Basisprincipes van informed consent en therapeutische relatie moeten bestaan
  
  - > Afwijking kan enkel aangevraagd worden bij de privacycommissie (reken zeker 2 à 3 maanden)
  
  - > Meer uitleg op
    - [www.vitalink.be](http://www.vitalink.be)
    - [www.eenlijn.be](http://www.eenlijn.be)

# GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID VAN VITALINK



- 
- > Vitalink is de tijdelijke gegevensopslag
  - > Gebruiksvriendelijkheid wordt bepaald door de softwareproviders
  - > het zijn de gebruikers die zich moeten verenigen en eisen kenbaar maken aan softwareleveranciers rond gebruiksvriendelijkheid

---

## > Medicatieschema als deel van de SumEhr

- Enkel voor artsen zichtbaar
- Aanpassingen worden opgeladen door huisarts

≠

## > Medicatieschema in Vitalink

- Kan door heel het zorgteam worden geraadpleegd
- kan door (huis)arts en apotheker worden aangepast
- Registratie van (nieuwe) medicatie via software van de zorgverlener

////////////////////////////////////  
> Is dus uitgerold

> Maar nog af en toe fouten in de registratie

- Is een fout in de softwarepakketten
- Wordt momenteel aangepakt via clusterpakketten en testen die worden uitgevoerd door de sector



# MOET ELK PROJECT ZELF APPS ONTWIKKELEN



////////////////////////////////////

> Neen

> Zoek synergiën bij andere projecten

> indien toch nieuw datatype / gegevensdeling ontwikkelen

- Stem af met de vertegenwoordigers van betrokken actoren in de zorg en met zorggebruikers.
  - Samen het idee laten groeien en op spontane manier de synergiën vinden.
  - Als een idee meer is uitgedacht en neergeschreven is in een voorstel: Vitalink raadplegen
- Hou rekening met wettelijke verplichtingen
  - Cfr therapeutische relatie ed.
- Zo gestructureerd mogelijk data delen

MEER INFO OP:



 éénlijn.be



**vitalink**

*gegevens delen, van vitaal belang*



# THUISZORG



**Vlaanderen**  
is zorg

---

## > Projecten moeten kiezen

- Reguliere financiering = geen afwijkingen mogelijk
- Gebundelde financiering = wel meer mogelijkheden



## > Voorstel voor projecten met **gebundelde inzet van middelen**

- Financiering **volledig binnen de projecten** (buiten de reguliere financiering)
- **Cliënten** worden **volledig binnen project** opgenomen (geïnccludeerd) project. Inspectie mogelijk.
- Waarborg van **kwaliteit en toegankelijkheid**
- Nieuwe werking moet **sporen binnen de uitgezette Vlaamse kaders**

# BEPALING BUDGET



- 
- Gezinszorgen oppashulp: urencontingent \* subsidiebedrag per uur
  - Aanvullende thuiszorg/logistieke hulp: enveloppe op basis van VTE logistiek personeel
  - RDC en LDC: forfaitair bedrag
  - DMW: VTE \* forfaitair bedrag

Zo snel mogelijk **exacte inschatting maken** van uren/VTE die buiten het subsidiabele contingent vallen

- Wij zullen de berekening maken en meegeven per project

Bijsturingen aan uren/VTE mogelijk tot najaar van het betrokken jaar

- **grote lijnen, verder te bekijken bij de uitwerking projecten**
- **Wanneer concrete voorstellen, kunnen deze afgetoetst worden**

# GEZINSZORG - ALS 3% BUITEN CONTINGENT WORDT GEPRESTEERD, GEEN SUBSIDIE: VOOR GEÏNCLUDEERDE PATIËNTEN UITZONDERING TE VOORZIEN?



Uitzondering kan enkel worden toegestaan wanneer binnen het project gekozen wordt voor gebundelde financiering.

Wanneer het project opteert om te blijven werken met de reguliere financiering, kan er geen uitzondering gemaakt worden.

# VAN WZC NAAR THUISVERPLEGING: MAAR TEKORT AAN PERSONEEL + MISSEN KNOW HOW. HOE HIERMEE OMGAAN?



Te bepalen in overleg met federale overheid en deelstaten

# PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING: COMPATIBEL MET GEBUNDELDE FINANCIERING?



- > Ja
- > Maar, moet uitgewerkt worden door de projecten zelf.
- > Wees innovierend als project! We staan open om volledig nieuwe financieringsvormen te laten uittesten. Dit kan ons helpen om ons huidig beleid aan te passen naar een meer toekomstgericht model.
- > Durf verder te gaan dan de huidige regelgeving beetje bij beetje aan te passen. Bv financiering van de onregelmatige prestaties volgens een bepaald % van het urencontingent gezinszorg is misschien niet de toekomst?!



# WAT MET ERKENNINGEN EN VERGUNNINGEN, KAN OOK WORDEN MEEGENOMEN



- > Verantwoording nodig waarom aanpassing van erkenningnorm nodig is
- > Moet passen binnen budget
- > Per project na te gaan

# TAKEN DIE NIET DOOR GEZINSZORG WORDEN OPGENOMEN: HOE DOEN DAN?



- 
- > Vast aan KB 78 en het zorg- en bijstandsdecreet
  - > Geen verzorgende taken zijn wel mogelijk binnen de gebundelde financiering: doe voorstel!

# ER IS VRAAG NAAR DATA VAN DE VLAAMSE OVERHEID: ZIJN ER GEGEVENS BESCHIKBAAR VOOR O.A. BUDGETTEN MAATSCHAPPELIJK WERK EN UREN GEZINSZORG



////////////////////////////////////  
> Ja

> Concrete vragen kunnen aan ons gesteld worden zodat deze gegevens kunnen worden opgezocht in onze databanken

> Zie ook: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg>

BELRAI



**Vlaanderen**  
is zorg

# WAT IS BELRAI



- 
- > BelRAI is de verzamelnaam van een serie van evaluatie-instrumenten die aan de hand van een vragenlijst met vragen over de zorgsituatie van een persoon op een gestandaardiseerde, gestructureerde en internationaal gevalideerde manier de zorgtoestand en het welzijn van personen in kaart brengen.
  
  - > Het doel daarvan is meervoudig:
    - Betere zorgplanning en continuïteit van de zorg, door een betere communicatie en gegevensdeling;
    - Kwaliteitscontrole en – monitoring en een hogere levenskwaliteit;
    - Eenvoudigere toekenning van tegemoetkomingen en tussenkomsten doordat slechts 1 schaal gebruikt wordt.
  
  - > Momenteel zijn in België 5 modules beschikbaar:
    - Home care
    - Palliative care
    - Long Term Care Facilities (residentiële ouderenzorg)
    - Acute Care (geriatrie in ziekenhuissetting)
    - Screener (verkorte versie van BelRAI – resultaat van Screener geeft aan of een volledige BelRAI beoordeling moet afgenomen worden – dit is het onderwerp van een pilootproject Dendermonde).

BELRAI MOET WORDEN GEBRUIKT => MOETEN ANDERE SCHALEN  
WORDEN GESCHRAPT INDIEN JE ER MEE WERKT? HOE MOGELIJK MAKEN  
DAT IEDEREEN DAN GEBRUIK VAN MAAKT VAN 1 INSTRUMENT?



- ////////////////////////////////////
- > Voor Vlaanderen moet BelRAI vanaf de aanvang van het project worden gebruikt.
  - > In IKW moet afspraak worden gemaakt welk schalen (KATZ,...) er nodig zijn i.k.v. budgetgarantie.

BIJ HET GEBRUIK INSTRUMENTEN IS ER NOOD AAN MEER OBJECTIEVE SCHALEN. SCORINGSINSTRUMENTEN ZIJN VAAK AFHANKELIJK VAN WIE HET DOET EN HOE DE PERSOON BIJ WIE AFGENOMEN ZICH GEDRAAGT. BIEDT BELRAI HIEROP EEN OPLOSSING?



- > Een BelRAI module invullen is in principe niet fundamenteel verschillend van het invullen van bestaande inschalingsinstrumenten (Belprofiel/Katz/Medisch-sociale schaal/Zorgzwaarte-instrument/...).
- > De wijze waarop interRAI-instrumenten (en dus ook BelRAI) zijn opgebouwd (de vragenlijsten), het wetenschappelijk onderzoek dat werd gedaan gedurende meer dan 30 jaar, de methoden die werden ontwikkeld om een cliënt te scoren,... zorgen er in principe voor dat de beïnvloeding op de score die kunnen uitgaan vanuit de zorgsetting, zorgverleners, bepaalde situaties, .... tot een minimum wordt beperkt. De aspecten validiteit en betrouwbaarheid van InterRAI (en dus BelRAI) is in verschillende studies aangetoond (zie bv. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-277> ).
- > Het antwoord op de vraag is dus ja, BelRAI biedt daar in principe een oplossing voor.

MINIMALE DATASET ONTWIKKELEN: OVERKOEPELEND IT-PLATFORM WAAR BV. OOK DE BELRAI ZIT VERWEVEN. MEESTE PARTNERS WERKEN AL ELEKTRONISCH, MAAR IEDER OP ZIJN EIGEN MANIER. MINIMALE DATASET ONTWIKKELEN, MET INCLUSIE VAN BELRAI: WAT ZAL OVERHEID DOEN? IS HET DE BEDOELING DAT PROJECT ZELF EEN IT BEDRIJF ZOEKT OM AL DIE VERSCHILLENDE PLATFORMEN TE LINKEN OF ZAL OVERHEID DAT DOEN? EN INDIEN OVERHEID: WANNEER?



- ////////////////////////////////////
- > Het actieplan e-gezondheid 2013-2018 heeft als doelstelling het gebruik van e-gezondheidsdiensten te veralgemenen. Het gebruik van BelRAI is één van de actiepunten. Er is voorzien om BelRAI in België te veralgemenen voor alle kwetsbare personen die met een complexe en multidimensionele problematiek worden geconfronteerd ( medisch probleem en/of mobiliteitsprobleem, voeding, hygiëne, handicap,...)
    - De doelstelling is te kunnen beschikken over een gebruiksvriendelijk informatica-instrument dat aan de omgeving van de actoren in het werkveld kan worden aangepast en dat een betere multidisciplinaire samenwerking ondersteunt.
  - > De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft in een gemeenschappelijke verklaring de grote principes vastgelegd die gerespecteerd moeten worden bij de toekomstige ontwikkeling en implementatie van BelRAI. Het optimaliseren van de technische ontwikkeling van BelRAI is een prioriteit. Er werd door de federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten gekozen om BelRAI te integreren in de bestaande professionele software van de zorg- en hulpverleners om zo een maximale interactie te garanderen en “hercodering” en “herinput” te vermijden. Er is daarvoor begonnen met de opmaak van een “cookbook” voor de softwareontwikkelaars waarin BelRAI-standaarden worden opgenomen alsook de voorwaarden die moeten nageleefd worden in het kader van de integratie van BelRAI in software of softwarepaketten.
  - > De overheid voorziet natuurlijk een basisarchitectuur die als uniek toegangspunt zal dienen voor de softwarebedrijven die BelRAI willen integreren in hun software waarbij eenieder ook de mogelijkheid moet hebben om toegang te hebben tot de eigen gegevens zonder de gegevens van een ander te zien.
  - > De overheid zal dus bepaalde stappen zetten maar het merendeel zal gebeuren door de softwareontwikkelaars.  
(zie ook luik e-health van deze presentatie)



## BELRAI SCREENER: JAMMER DAT DIT VAST ZIT BINNEN BEPAALDE SECTOREN. KAN HET WORDEN GEBRUIKT VOOR ELKE DOELGROEP VAN DE PROJECTEN?



- > De BelRAI screener is expliciet ontwikkeld geweest om in alle sectoren van de woonzorg gebruikt te kunnen worden. Als verblijfplaatsneutraal instrument staat het los van de voorzieningen of aanbieders van woonzorg.
- > In het pilootproject wordt de screener getest door verschillende woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra.
- > De screener staat wel op de BelRAI website van de FOD en is dus beschikbaar om te gebruiken als een project dat wenst. Pyxima levert ook al aangepaste software.
- > Voor palliative care wil de FOD ook een screener ontwikkelen. Voor bijvoorbeeld revalidatie en geestelijke gezondheidszorg moest eerst nog de gewone BelRAI module uitgewerkt worden en is er nog geen sprake van een screener.

# CONTACT



////////////////////////////////////  
[eerstelij@zorg-en-gezondheid.be](mailto:eerstelij@zorg-en-gezondheid.be)

Hoe concreter de vraag, hoe makkelijker we jullie kunnen helpen

[www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)



**Vlaanderen**  
is zorg