

nota authentieke bronnen

Authentieke bronnen voor het BIHR

Freddy Carremans (freddy@vivel.be)

Datum opmaak nota 24/3/2025 – 26/2/2026

Situering

In deze nota geven we informatie over de toelichting over en bespreking van de authentieke bronnen voor het BIHR op de strategische werkgroep e-gezondheid en e-welzijn (egew) van VIVEL van 24 maart 2025 tot 26 februari 2026.

Onderstaande acties passen voor wat betreft het actieplan van VIVEL voor egew binnen SD1 actielijn 2 *'We ondersteunen actoren in de eerste lijn, de persoon met zorg- en ondersteuningsnood en zijn context (zijn sociaal netwerk en omgeving) bij het delen en waar mogelijk integreren van gegevens in zorg en welzijn.'*

Deze nota geeft een eerste aanzet vanuit de leden van de werkgroep. De nota vormt meteen een uitnodiging om hierop verder te werken. Zo zal bij elke rubriek aandacht moeten worden gegeven aan twee basisprocessen voor primair gebruik van de data: 'registratie' en 'visualisatie'.

Deze nota werd besproken en goedgekeurd door het bestuursorgaan (BO) van VIVEL op haar vergadering van 27/2/2026.

Strategische werkgroep e-gezondheid en e-welzijn

De strategische werkgroep e-gezondheid en e-welzijn brengt experts over deze materie uit de eerste lijn samen. Ze heeft als missie geïntegreerd samenwerken zijnde het samenbrengen van gezondheid en welzijn, door middel van gegevensdeling, meer ingang doen vinden. Dit door te vertrekken vanuit geïntegreerde en doelgerichte zorg.

De strategische werkgroep e-gezondheid en e-welzijn reflecteerde tussen maart en februari 2026 over de authentieke bronnen die zullen gebruikt worden in het Belgian Integrated Health Record (BIHR). Het BIHR is een concept dat een digitaal ecosysteem wil creëren waarin elke burger een duidelijk overzicht heeft van zijn eigen gezondheids- en welzijnsgegevens en waarin alle professionele zorgverleners met wie er een therapeutische relatie is, toegang hebben tot alle noodzakelijke gegevens om hoogwaardige zorg te kunnen bieden. Het BIHR moet programma's voor geïntegreerde zorg ondersteunen, zoals perinatale zorg, obesitaszorg, chronische zorg, ouderenzorg en zorg en ziekenhuisopnames thuis.

We formuleerden per authentieke bron vanuit de eerste lijn een aantal bezorgdheden, samen met voorstellen van wat belangrijk is. Voor de 15 rubrieken komen we tot voorstellen van aandachtspunten. Het kunnen adviezen zijn over wat de inhoud moet zijn, hoe we er conceptueel best mee omgaan en suggesties op vlak van classificaties. De elementen die daarbij aan bod komen kunnen helpen bij de ontwikkeling van de authentieke bronnen. Deze nota is een momentopname gemaakt op de huidige stand van zaken, die nog zal evolueren in de toekomst.

Zo komen we tot een document waarmee we een stem kunnen hebben in het debat om de discussie te voeren.



1. Authentieke bronnen

De "authentieke bronnen" zijn gegevens met betrekking tot de zorg voor het welzijn en de gezondheid van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON), die door de zorgverlener op een consistente en gestandaardiseerde manier worden gepubliceerd en toegankelijk zijn voor de zorgverleners die een therapeutische relatie met de persoon hebben, en voor de persoon zelf. Ze worden gepresenteerd in een FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources)-compatibel format, conform de afspraken vastgelegd in de [CareSets](#), wat uitwisseling en hergebruik vergemakkelijkt.

Volgende principes worden gehanteerd bij de registratie van informatie in de authentieke bronnen:

- a. Behoudens enkele specifieke uitzonderingen, worden data in authentieke bronnen als 'historische lijnen' geregistreerd, voorzien van de nodige 'tags', zoals datum/uur; auteur/bron..., (zoals voorzien in de omschrijving van de relevante CareSet).
- b. Data worden in principe niet 'overschreven' of 'gewist' door latere versies. Er wordt een nieuwe lijn toegevoegd (die de vorige als 'actieve' lijn kan vervangen). Oude lijnen blijven toegankelijk in het 'archief'.
- c. Indien meerdere authentieke bronnen dezelfde componenten van b.v. een "Episode of care" in het kader van een contactregistratie voeden, zorgt een 'connector' ervoor dat de data uit de diverse bronnen zoveel mogelijk automatisch worden gecombineerd (bij 'visualisatie') en bij opslag in de juiste authentieke bron (vanuit de contact-registratie) terecht komen..

De publicatie kan gebeuren in de regionale kluizen (Vitalink voor Vlaanderen, Brussels Gezondheidsnetwerk/Réseau Santé Bruxellois (RSB) voor Brussel, Réseau Santé Wallon (RSW) voor Wallonië) of in federale hubs/servers. Dit vraagt om interfederale politieke besluitvorming..

Het is belangrijk dat data – onafgezien de "kluis" waarin ze zich bevinden- in 'real time' beschikbaar zijn voor de zorgverstrekker met een therapeutische relatie, waar de patiënt zich ook in het land bevindt.

Zorgverleners hebben lees- en schrijfrechten voor alle authentieke bronnen. Burgers hebben leesrechten voor alle authentieke bronnen, voor de rubrieken 11 en 14 hebben patiënten lees- en schrijfrechten.

2. Bronnen

Deze bronnen worden gespecificeerd in de CareSets

- 1 Probleemlijst (gezondheid en welzijn) evoluerend naar IPS
- 2 Klinische Data (gelinkt → Problemen) als specifieke CareSets
- 3 Labo
- 4 Beeldvorming
- 5 Medicatie-overzicht
- 6 Vaccinaties
- 7 Allergie
- 8 Telemonitoring-data
- 9 Sociale Factoren
- 10 Familiale Context
- 11 Levensdoelen
- 12 Zorgplan & Zorgteam
- 13 Belrai
- 14 Wilsbeschikking
- 15 Implantaten



2.1. Probleemlijst

De probleemlijst (gezondheid en welzijn) zal evolueren naar de IPS (International Patient Summary: <https://international-patient-summary.net/>). Het is de (internationale) opvolger van het Summarized Electronic Health Record (Sumehr).

Aandachtspunten.

Een inhoudelijk werkpunt blijft de **definitie** (en afgrenzing) van een probleem en dus van de titel van een zorgepisode: b.v. een patiënt met diabetes, heeft een complicatie: 'diabetische voet'. Blijft dat geregistreerd in de episode 'diabetes' of komt er een nieuwe episode 'diabetische voet'. Hierbij sluiten we best aan bij de tweede oplossing, die ook internationaal wordt ondersteund: omdat een diabetische voet als klinisch probleem een specifiek aanpak vraagt, die verder gaat dan de diabetes-regeling.

Een ander voorbeeld: mensen wonen in een vochtig huis, waar dringend herstellingen moeten gebeuren met het oog op de gezondheid en het welzijn van de kinderen. Dat wordt geregistreerd als een episode "Problemen met woonst". Er blijken echter in het gezin geen financiële mogelijkheden te zijn om hier iets aan te doen. Dat wordt een nieuwe episode "Financiële problemen" (wat een eigenstandige aanpak vraagt).

Sommige medische **problemen** zijn **gelijkaardig**, maar vragen een **andere behandeling**.

Het is mogelijk dat een zorgverlener verschillende zorgepisodes moet registreren per consultatie. Die zal de zorgverlener mogelijk opsplitsen, maar er zullen veel onderlinge linken zijn. Hoe **verhouden** die episodes zich tot elkaar?

Er bestaat medicatie die gebruikt wordt voor meerdere problemen en die dan dus **gekoppeld** zal moeten worden aan meerdere zorgepisodes. Tevens moet nagedacht worden over het al dan niet omgaan met niet-evidence based medicatie.

Problemen zijn niet altijd netjes afgebakend. Het is de opdracht van de zorgverstrekkers om zelf verbanden te vinden en vast te leggen. Dit dient uitgeklaard te worden met behulp van de CareSet zorgepisode. Soms is een behandeling moeilijk in één episode te vatten. Wat is er holistisch gezien aan de hand, zijn er andere interessante dingen rond bv. co-morbiditeit die interfereren? Dan moeten hierrond door interprofessioneel overleg goede afspraken gemaakt worden.

Eveneens moet goed afgesproken worden **welke gegevens voor wie zichtbaar** zijn. Slaapproblemen kunnen te wijten zijn aan financiële problemen. Maar het slaapttekort kan ook een impact hebben op het algemene welbevinden. Welke zorgverlener mag wat hiervan zien? Voor de huisarts kan de informatie over de financiële problemen eveneens interessant zijn in zijn behandeling en voor de maatschappelijk werker is het slaapprobleem mogelijk ook nuttig om weten. Wie beslist er wie toegang krijgt tot welke informatie? Hoe dan ook zal de patiënt een belangrijke rol spelen in deze afspraken. De moderne visie op beroepsgeheim en 'natuurlijke discretie' kan de overgrote meerderheid van de situaties oplossen. Indien er toch blijvende problemen zijn, kan de therapeutische relatie ter discussie gesteld worden.

Zorgverleners die samenwerken zullen de verbanden en verhoudingen tussen de zorgepisodes op eenzelfde manier moeten interpreteren en gebruiken bij het registreren. Een **goed overzicht** creëren wordt een uitdaging. Dit werd al vermeld in de [nota over de zorgepisodes](#) van de strategische werkgroep e-gezondheid en e-welzijn.

Hoe meer informatie over de zorgvragers de zorgverleners weten of vinden hoe beter ze hulp kunnen bieden. Het vergroot ook de verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Maar men is niet

altijd bekwaam of bevoegd om de nodige hulp te bieden. Wanneer er meer informatie ter beschikking zal komen, moet er **aandacht zijn voor samenwerking, doorverwijzing, afbakening en verantwoordelijkheid**. Per zorgepisode kan er – zo nodig – een **zorgteam** bestaan om de persoon en diens omgeving te ondersteunen. Het is tevens een taak hierrond objectief in overleg te gaan.

In principe kan de rubriek probleemlijst **automatisch** ingevuld worden (via algoritmes en beslissingsondersteuning). Ook wanneer de episode-titel wijzigt wordt dit automatisch aangepast.

De IPS wordt automatisch gegenereerd vanuit de probleemlijst, waarbij relevante data uit de 15 rubrieken van de "authentieke bronnen" worden geïntegreerd.

2.2. Klinische data

Klinische data is gelinkt aan Problemen/probleemlijst en worden opgenomen in CareSets. Deze worden momenteel gedefinieerd onder coördinatie van het RIZIV.

De CareSets zijn volop in ontwikkeling. Het voorstel is om op langere termijn te kijken wat er nu al ligt en hiervan vertrekken. Niet alles kan op basis van consensus vastgelegd worden: overleg zal nodig zijn.

Aandachtspunten.

Het kan nuttig zijn om gebruik te maken van wat in het **buitenland** reeds werd gerealiseerd. Zo bestaan in Nederland de "zibs" (Zorg-informatie bouwstenen) die behoorlijk wat gelijkenissen vertonen met de principes van de CareSets. Zie: <https://nictiz.nl/wat-we-doen/activiteiten/zibs/#:~:text=Wat%20is%20de%20rol%20van,met%20toepassing%20in%20specifieke%20zorgsituaties>.

Een "zib" beschrijft voor een begrip welke zorginformatie moet worden vastgelegd en hoe. Een "zib" standaardiseert daarmee zorginformatie. Voorbeelden zijn zibs voor bloeddruk, medicatie en NAW-gegevens (naam/adres/woonplaats). Zo'n bouwsteen is techniek- en situatie-onafhankelijk. (zie: <https://nictiz.nl/wat-we-doen/activiteiten/zibs/wat-is-een-zib/>)

Het lijkt interessant dit eens te bekijken want een groot deel van de CareSets bestaat uit 'zorgsysteem'-onafhankelijke gegevens. Bovendien zal hier ook in toenemende mate informatie mbt "outcomes", b.v. door de patiënt gerapporteerd, worden aan toegevoegd.

Het zou goed zijn mocht er een **Europese standaard** komen

Dit moet **strategisch/academisch** aangepakt worden.

2.3. Labo

In dit domein werd reeds heel wat werk verricht om labo-uitslagen op een uniforme manier op te slaan en te ontsluiten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de LOINC-classificatie (Logical Observation Identifiers Names and Codes).

Aandachtspunten.

Het is belangrijk dat burgers en gezondheidszorgverstrekkers die een therapeutische relatie hebben met de patiënt, er steeds zeker kunnen van zijn dat de meest recente 'publicatie' van de "authentieke bron" ook de **meest recente** labo-waarden bevat.

Er moet uitgeklaard worden **hoe** men **toegang** wil hebben tot deze data.

Belangrijk is ook een **heldere presentatie** tonen (b.v. curves van verloop in de tijd; vergelijking van actuele met vroegere data...)

Laboresultaten kunnen gevoelige informatie bevatten, bijvoorbeeld die betrekking hebben op genetica. Deze zijn niet altijd even **relevant** om verder te delen. Men kan afspreken welke data-profielen voor wie toegankelijk zijn.

2.4. Beeldvorming

In beeldvorming wordt vooral van het beeld-archiverings- en communicatiesysteem [PACS](#) (Picture Archive and Communication System) gebruik gemaakt.

Aandachtspunten.

Een goede afweging dient te worden gemaakt over "**wie heeft welke informatie nodig?**", m.a.w. wie heeft vooral het protocol van het onderzoek nodig, en wie heeft het beeldmateriaal zelf nodig (bv. voor een vergelijkende analyse van de evolutie van een letsel)?

Zo vragen de tandartsen al acht jaar toegang tot medische beeldvorming. Medische beeldvorming uitwisselen is cruciaal voor tandartsen. De basis van de beeldvorming uitwisselen lukt, maar meer complexe beeldvorming is momenteel een knelpunt.

Beeldvorming kan ook dienen voor **second opinion** of nuttige info geven bij **herval**. Het is dus nuttig om al deze informatie centraal bij te houden

Deze authentieke bron zal ervoor zorgen, dat **geen nieuwe beeldvorming** (meer) wordt gemaakt, vooraleer men zich vergewist heeft van de reeds beschikbare beeldvorming, onafgezien van de plaats waar deze beeldvorming werd gerealiseerd.

Momenteel wordt de radiografie grotendeels in een ziekenhuis verwerkt...

In principe komt alle beeldmateriaal in aanmerking, ook huidfoto's, foto's van de evolutie van wonden,...

2.5. Medicatie-overzicht

De apothekers zijn volop bezig om [VIDIS](#) (Virtual Integrated Drug Information System) om te vormen naar de "authentieke bron" geneesmiddelenoverzicht zodat de burger en de betrokken hulpverleners met een therapeutische relatie met de patiënt, een gepubliceerd, volledig overzicht hebben van deze "authentieke bron" (en dit in ALLE zorgsettings).

Deze "authentieke bron" levert een één-op-één relatie het medicatieschema, dat een rol speelt in het zorgplan (zie rubriek 12).

Elk geneesmiddel in het overzicht staat in relatie met één of meerdere 'problemen' (zie rubriek 1).

Er dient ook rekening gehouden te worden met de CareSets (zie rubriek 2).

Over The Counter ([OTC](#)) medicatie wordt door de apotheker opgenomen in het geneesmiddelen-overzicht (en eventueel via een zorg-episode verbonden met een 'probleem').

De aanpak kan op onderstaande wijze uitgewerkt worden:

- a. We vertrekken van de twee authentieke bronnen die al bestaan, namelijk Recip-e (elektronische voorschriften) en het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD: alle op naam afgeleverde medicatie met en zonder voorschrift). Elke lijn wordt naar FIHR omgezet en aangevuld met de betrokken VMP(Virtual Medicinal Product)-Groep code.
- b. Beide bronnen worden zo snel mogelijk aangevuld met de relevante medicatielijnen die in ziekenhuismilieu worden voorgeschreven, resp. afgeleverd/toegediend.
- c. Het medicatieschema wordt (van bij de start) automatisch gegenereerd op basis van deze bronnen. Daarvoor wordt de nodige 'connector' gebouwd en onderhouden.
- d. We zorgen voor een aanvulling (in SAM) waarin de (vaak) gebruikte posologieën in heldere tekst + in code worden aangeboden. Dit laat toe om (1) steeds een heldere instructie in gewone taal te hebben; (2) dezelfde instructie waar nodig automatisch in schema's te kunnen voorstellen. (3) de instructies in alle mogelijke talen te kunnen vertalen, ten behoeve van anderstalige patiënten.

Aandachtspunten.

De procedure dient rekening te houden met de **workflow** van de zorgverlener: een apotheker ziet een patiënt zonder afspraak. Deze laagdrempeligheid laat dus geen tijd voor veel opzoekwerk. Alle info noodzakelijk voor een correcte aflevering en advies moet dus instant en overzichtelijk beschikbaar zijn.

De zorgverleners bepalen hoe de structurering en **visualisatie** van de nodige elementen voor registratie gebeurt. In principe zal elk medicijn 'getagd' zijn met één of meerdere zorgepisodes, en is het mogelijk de vorige raadplegingen binnen de relevante zorgepisode te zien. Bovendien zien zij de klinische CareSet-gegevens, verbonden met deze zorgepisode

Medicatie kan evenwel voor meerdere problemen worden voorgeschreven. Welke **indicatie** hangt er dan aan vast? Ook de reden waarvoor medicatie wordt voorgeschreven, is belangrijk. Bv. antidepressiva die wordt gebruikt bij pijn. Het is voor een apotheker niet evident informatie over het geneesmiddel te geven als je niet weet waarom of waarvoor het is voorgeschreven. Het mag de patiënt niet afschrikken. Daarom lijkt een duidelijke aanpak noodzakelijk:

Ook de **ziekenhuizen** leveren informatie over de medicatie aan en kunnen best zelf bepalen wat daarvan relevant is voor het medicatie-overzicht..

2.6. Vaccinaties

Deze authentieke bron moet real time up-to-date zijn overal.

Op dit domein zijn er reeds heel wat ontwikkelingen, inclusief een landelijke afstemming noodzakelijk.

Aandachtspunten.

Er is nood aan interfederaal **afspraken** rond het registratie-proces. Je kan met verschillende bevoegdheden en databases één registratie-model hebben, Het beleid rond vaccinatie wordt vastgelegd door de verschillende overheden (-18 is gemeenschapsbevoegdheid +18 gewest). Dit betekent dat je idealiter registratie en beleid loskoppelt van elkaar. Alle betrokkenen dienen met

dezelfde CareSet te werken en compatibele FHIR resources te genereren. Ook hier zorgt een connector voor de orkestratie van de FHIR-stroom van en naar de gebruiker.

De inenting(en) dienen verplicht **geregistreerd** te worden door de professional die ze heeft toegediend (arts, verpleegkundige, vroedvrouw, apotheker).

Wanneer het over inenting(en) gaat in het kader van "vaccinatieprogramma's" kan via beslissingsondersteuning voor "**call-**" en "**re-call**" worden gezorgd.

2.7. Allergie

Dit is geen eenvoudige rubriek waarrond reeds heel wat (denk)werk is geleverd.

Aandachtspunten

Er zijn nog uitdagingen rond de **definitie** van een allergie en hoe deze te registreren... (cfr over-registratie penicilline-allergie. Dit is vaak een virale rash zonder verband met de toediening van penicilline). De validering van de informatie is hier zeer belangrijk. De eerste stap is tot één definitie komen en afspraken maken rond hoe wat geregistreerd zal worden. Veel wordt momenteel als allergie benoemd, maar het kan ook over extreme intolerantie gaan.

Een allergie kan ook **variëren** doorheen de tijd.

Betrouwbare data zijn hier cruciaal b.v. op een Dienst Spoedopname of voor thuiszorg (cfr voedselallergie)

Deze informatie moet men **koppelen aan het individu** en niet aan de context (dus niet linken aan gegevens rond woonst/domicilie).

Een deel van de allergieën zal worden opgenomen in de probleemlijst. Cfr latex-allergie: dit moet op de probleemlijst staan.

2.8. Telemonitoring-data

Tele-monitoring wordt ook wel tele-begeleiding genoemd. Het is het begeleiden van patiënten op afstand. Patiënten krijgen meetapparatuur in huis waarmee zij thuis metingen kunnen doen waardoor zij meer inzicht krijgen in hun gezondheid. Bij twijfel kan overleg met het ziekenhuis plaatshebben.

Men kan dit soort data als een afzonderlijke "authentieke bron" beschouwen, waarbij aandacht voor validiteit, kwaliteit en betrouwbaarheid... essentieel zijn.

Aandachtspunten

Er dient vastgelegd te worden wat bedoeld wordt met de **term** om de verwarring tussen telegeneeskunde, teleconsultaties, telemonitoring, tele-expertise, second opinion tussen zorgverlening, op regelmatige basis via point of care testing metingen laten doen bij een zorgverlener of kiosk uit te klaren.

Er dient nagedacht te worden hoe deze informatie zich **verhoudt** tot andere **soortgelijke informatie** die niet werd verkregen door telemonitoring. Is je gewicht thuis meten ook telemonitoring? Is het meten van bv. de bloeddruk in een arts(en)praktijk een aparte bron? De **bron** van de observaties toevoegen is een meerwaarde.

Er moet terug te vinden zijn dat de gegevens via telemonitoring verkregen zijn.: werden de gegevens thuis of in een praktijk of via telemonitoring verzameld? Ook informatie over het **moment** van monitoring en met welke **apparatuur** moet in de metadata worden opgenomen.

Ook moet duidelijk zijn of het over **objectief** waargenomen data of **self-reporting** gaat, zodat nuancering mogelijk is.

De patiënt (en de mantelzorger) spelen bij het verzamelen van deze data een belangrijke rol. Als je bijvoorbeeld een tabletcomputer meegeeft aan een patiënt moet die weten **hoe** er mee om te gaan.

Deze informatie zorgt voor een aantal **taken** waarbij dient uitgeklaard te worden wie er **verantwoordelijk** voor is en wie ze opneemt. Als een zorgverlener een signaal van afwijkende data vaststelt, dan moet er begeleiding starten. Mogelijk is het ziekenhuis niet altijd de meest geschikte plaats en kan de eerste lijn ook ingeschakeld worden. Binnen het zorgteam, de zorgsector, de eerste lijn en met de overheid moeten er **afspraken** gemaakt worden welk signaal door wie behandeld wordt. Wanneer wordt er op een signaal gereageerd binnen en hoe wordt er over geoordeeld. Hoe dient een huisarts met enkele honderden patiënten te reageren, heeft die de tijd om al die gegevens na te kijken? Ook **technisch** moet de software dit aankunnen. Als de thuisverpleegkundigen erop moeten reageren, krijgen die er nog extra taken bij.

Er moet afgesproken worden hoe je dat inricht, met beslisregels, en/of geautomatiseerde adviezen. Het **contact met de zorgverlener** blijft ook belangrijk. De patiënt wil feedback van zijn zorgverlener. Die continuïteit moeten we blijven garanderen.

2.9. Sociale Factoren

Hoe sta je als burger in de context van werk, leven, kwetsbaarheid....?

Aandachtspunten

Hier rond is de **expertise** nodig van de sector van het **sociaal werk en maatschappelijk werkers**. Samenwerking met wat reeds in Alivia terzake is gerealiseerd, is belangrijk.

Bij deze data, zal voldoende rekening moeten gehouden met het feit dat -voor veel patiënten- dit **zeer gevoelige informatie** is (GDPR).

2.10. Familiale Context

Een goed inzicht in de relevante contexten waarbinnen een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zich bevindt, is essentieel voor een goede diagnostiek en voor een adequaat behandelplan.

Aandachtspunten

Het **onderscheid** met de **sociale factoren** moet duidelijk zijn. Is het een aparte bron of vormt het een onderdeel van de sociale factoren? Gaat het over de familiale voorgeschiedenis? Of over de burgerlijke staat? Het hebben van een partner en/of kinderen en hoe die zich verhouden? Er zijn veel raakvlakken met de sociale factoren en veel verschillen.

Binnen de [ICF \(International Classification of Functioning\)-classificatie](#) heb je interne en externe factoren. Interne factoren zijn de familiale, externe bijvoorbeeld werk.

Ook bij deze informatie is het belangrijk dat ieder zijn **rol** speelt. Je wil als zorgverlener goed advies geven, maar vaak ben je niet onderlegd in het thema. Ook hier kan verder gewerkt worden met wat reeds binnen Alivia werd gerealiseerd.

2.11. Levensdoelen

Zorg wordt georiënteerd op de realisatie van de levensdoelen van de patiënt. Dit vraagt om een paradigmashift van een ziekte-georiënteerde benadering, naar een benadering die vertrekt vanuit de levensdoelen en capaciteiten van de patiënt.

Levensdoelen hebben een belangrijke plaats in het Zorgplan (rubriek 12).

Aandachtspunten

Deze rubriek is een authentieke bron, die enkel kan ingevuld worden door de patiënt (en of zijn vertegenwoordiger/mantelzorger). Professionals hebben geen schrijfrechten voor deze authentieke bron, maar kunnen ze consulteren, indien ze een therapeutische relatie met de patiënt hebben. Het is belangrijk dat de PZON zelf gebruik kan maken van vele **tekens/ talen/ icoontjes**. De PZON moet dit zelf constant kunnen veranderen en voor de zorgverlener zou het goed zijn elk -contact te **beginnen** met dit scherm). Er bestaan veel tools (cfr doelzoeker), maar eigenlijk moet de PZON dit gebruiken zoals hij/zij dit wil. Ook hier kan verder worden gewerkt op de ervaring die met Alivia werd opgedaan.

Een mogelijke interactie tussen levensdoelen en b.v. klinische gegevens wordt beschreven in: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8816391/pdf/IGEN_23_1374367.pdf

Elke zorg/hulpverlener moet de vraagverheldering-**methodiek** machtig zijn en telkens opnieuw gebruiken.

2.12. Zorgplan & Zorgteam

Een geïntegreerd interprofessioneel zorgplan is een document waarin alle afspraken rondom de zorg voor een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON) beschreven staan. Het opstellen van een zorgplan zorgt ervoor dat verschillende betrokken partijen weten wat er nodig is om de patiënt/cliënt goed te helpen, verzorgen, ondersteunen en begeleiden.

Binnen een episode-gerichte registratie, zal het zorgplan tot stand komen op basis van wat in de 'planning' van de contact-registraties van de verschillende actieve "zorg-episoden" staat genoteerd.

Het zorgplan moet helpen om te realiseren dat wat werd voorgesteld in overleg tussen professionelen, de patiënt en de mantelzorger, ook effectief, persoonsgericht en efficiënt wordt gerealiseerd en aldus kan bijdragen tot de realisatie van de levensdoelen van de patiënt (zie rubriek 11).

Een voorbeeld: een medicijn wordt voorgeschreven door de huisarts, afgeleverd door de apotheker, maar opdat de patiënt het correct zal innemen is een goed zorgplan (met betrekken van de mantelzorg) essentieel. Ook de reden waarom dit eventueel niet goed verloopt moet worden teruggekoppeld zodat er naar oplossingen, afgestemd op de wensen/noden van de patiënt, gezocht kan worden om dit doel te bereiken.

Aandachtspunten

Indien Alivia gevoed wordt vanuit de bronnen "levensdoelen" en "probleemlijst" verloopt de planning vanuit de zorgepisoden **quasi automatisch**.

Alivia zou geïntegreerd worden in BIHR. Vlaanderen mag hier niet op zijn eiland blijven, maar dit – althans grotendeels – breed/ Europees **toegankelijk** maken. Idem voor de BelRAI.

2.13. BelRAI

BelRAI, de Belgische versie van het internationale Resident Assessment Instrument (interRAI), is een beoordelingsinstrument dat zorgbehoeften en -verwachtingen van cliënten binnen de diverse zorg- en welzijnssectoren in kaart brengt.

De BelRAI Screener is een verkort instrument dat peilt naar het niveau van functioneren van een volwassen persoon op vijf domeinen: Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL), Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL), cognitieve problemen, psychische problemen, gedragsproblemen.

Aandachtspunten

De federale en de Vlaamse versie moeten nog op elkaar worden **afgestemd**. In Brussel (Franstalig) is er nog **weerstand** (GDPR, welke info delen met wie in het zorgteam en de grote tijdsbesteding die het invullen vraagt). Als dit alles duidelijk is zal de BelRAI mee in het BIHR moeten gaan.

Er dienen afspraken gemaakt te worden rond de onderliggende **classificatie (b.v. ICF, ...)**: met aandacht voor een uniform scoringssysteem (vb met de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, ...).

Er moet een systeem komen waardoor je op basis van je zorgberoep **competenties** hebt om de scoringssystemen in te vullen (momenteel zijn de criteria in Vlaanderen zwaar).

Idealiter koppel je de **financiering** los van registratie! Hiermee vermijd je dat de registratie gestuurd wordt door de onderliggende financiering die eraan vasthangt.

2.14. Wilsbeschikking (.Patient Will, Advanced Care Planning...)

Dit systeem <https://www.ehealth.fgov.be/standards/fhir/patientwill/CodeSystem/be-cs-patientwill-category> definieert de volgende elementen:

- Negatieve verklaring
- Euthanasie
- Orgaandonatie
- Laatste wil
- Lichaamsdonatie
- Patient will
- Reanimatie
- Hospitalisatie

Aandachtspunten

De **patiënt** (of zijn vertegenwoordiger) **beslist** welke van deze elementen in deze rubriek worden opgenomen en zorgt ervoor (met ondersteuning van de hulpverleners) dat bij wijzigingen, steeds de meest recente versie wordt gepubliceerd.



Zorgverstrekkers met een therapeutische relatie met de patiënt kunnen deze documenten **consuleren** (niet wijzigen).

Sommige gegevens worden nu vaak door de **gemeente** bijgehouden. Afstemming is zeer noodzakelijk.

2.15. Implantaten

Ook het overzicht van de implantaten staat best centraal op één plaats en is toegankelijk. Er zijn momenteel verschillende databanken en registers voor implantaten, beheerd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en het RIZIV. Het belangrijkste systeem voor de registratie van geplaatste implantaten bij patiënten is het Centraal Traceerbaarheidsregister (CTR). Dit kan de basis vormen voor een authentieke bron.



Leden Bestuursorgaan VIVEL + affiliatie

Kristof Vanden Berghe	Voorzitter VIVEL - Onafhankelijk bestuurder
Ann Baeyens	Diensten Maatschappelijk Werk ziekenfondsen
Ewout Vanormelingen	Zorggezind (diensten gezinszorg)
Bart Sabbe	Vlaams Welzijnsverbond
Shari Robijns	CAW koepel
Stefan Teughels	Domus Medica
Hilde Deneyer	Federatie Vrije Beroepen
Christine Van Cante	Nederlandstalig Platform Thuisverpleegkundigen (NPTV)
Dirk Verleyen	Axxon (kinesitherapeuten)
Tine Kelchtermans	VVSG (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten)
Elke Verlinden	VVSG (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten)
Kris De Koker	VVSG – lokaal bestuur Puurs Sint-Amands
Armand Hermans	Zorgraden (voorzitter ELZ Amalo)
Luc Tanghe	Zorgraden (voorzitter ELZ xx)
Lieve Dossche	Zorgraden (bestuurder ELZ xx)
Theo Hamblok	Zorgraden (voorzitter ELZ xx)
Sarah Jacobs	Vlaams Patiëntenplatform
Naomi De Bruyne	Vlaams Mantelzorgplatform
Anja Declercq	Lucas, KULeuven
Margot Cloet	Zorgnet-Icuro
Jan De Maeseneer	Onafhankelijk bestuurder VIVEL
Annick Dermine	Waarnemer Brussel - Huis voor Gezondheid
Wouter Van Besien	Waarnemer departement Zorg



Leden strategische werkgroep VIVEL e-gezondheid en e-welzijn

De Maeseneer, Jan	UGent (Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg)
Dermine, Annick	Huis voor Gezondheid Brussel
Hanson, Stefaan	VVT Verbond Vlaamse Tandartsen
Horemans Christian	Diensten Maatschappelijk Werk ziekenfondsen
Raeymaeckers, Peter	Zorgnet-Icuro
Rijnen, Wil	Domus Medica
Stas, Dieter	VAN (Vlaams Apothekers Netwerk)
Van Cante, Christine	Nederlandstalig Platform Thuisverpleegkundigen (NPTV)
Van Langendonck, Thomas	Departement Zorg
Van Marcke, Paul	Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV)
Van Mol, Bram	CAW Antwerpen
Verhaert, Mirthe	Zorggezind
Verleyen, Dirk	Axxon (Kinesitherapeuten)
Vos, Dirk	VAN (Vlaams Apothekers Netwerk)
Weltens, Tim	Wit-Gele Kruis