

Comité de sécurité de l'information Chambre sécurité sociale et santé
--

CSI/CSSS/26/282

DÉLIBÉRATION N° 25/224 DU 2 DÉCEMBRE 2025, DERNIÈREMENT MODIFIÉE LE 1^{ER} SEPTEMBRE 2026, PORTANT SUR LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PSEUDONYMISÉES RELATIVES À LA SANTÉ PAR L'AGENCE INTERMUTUALISTE, L'INAMI ET BELRAI AU CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE), DANS LE CADRE DU PROJET « 2024- 52 : SOINS INFIRMIERS À DOMICILE ARTICLE 52 - ENREGISTREMENT PRATIQUES ÉTUDE PILOTE »

Le Comité de sécurité de l'information, chambre sécurité sociale et santé (dénommé ci-après « le Comité ») ;

Vu le règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;

Vu la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*;

Vu la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, notamment l'article 37 ;

Vu la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, en particulier l'article 42, § 2, 3°, modifié par la loi du 5 septembre 2018 ;

Vu la loi du 21 août 2008 *relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth* ;

Vu la demande d'autorisation du Centre fédéral d'expertise des soins de santé;

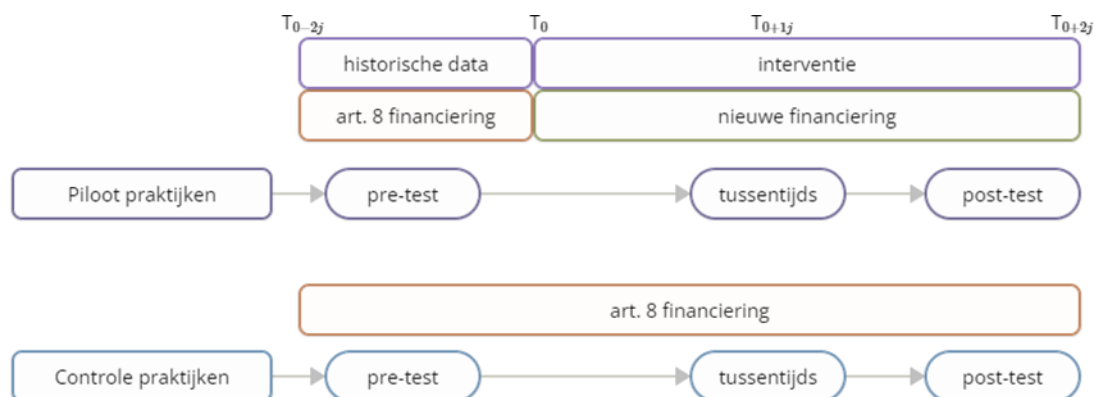
Vu le rapport d'auditorat de la Plate-forme eHealth du 17 novembre 2025 et du 20 août 2026 ;

Vu le rapport de monsieur Michel Deneyer ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 1^{er} septembre 2026 :

I. OBJET DE LA DEMANDE

1. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après 'KCE') introduit une demande auprès du Comité de sécurité de l'information en vue d'obtenir des données à caractère personnel pseudonymisées relatives à la santé de l'Agence intermutualiste, de l'INAMI et de BelRAI dans le cadre du projet « 2014-52: Soins infirmiers à domicile article 52 - enregistrement pratiques étude pilote ».
2. Le KCE a été chargé par l'INAMI de réaliser une évaluation scientifique d'un projet pilote testant un nouveau modèle de financement pour les soins infirmiers à domicile. Les principaux fondements de cette réforme concerne le financement des soins infirmiers à domicile sur la base d'un montant par heure ainsi que le financement de stimulation pour l'organisation de certaines activités au niveau de la pratique. Le design de l'étude d'évaluation combine plusieurs méthodes quantitatives et qualitatives pour étudier un large éventail de résultats, de résultats au niveau du patient (p.ex. satisfaction, autonomie), au niveau des infirmiers et aides-soignants (p.ex. satisfaction d'emploi, risque de burn-out) et au niveau du système (p.ex. coût pour l'assurance maladie, nombre d'hospitalisations). La présente délibération entre dans cette dernière catégorie. En ce qui concerne la collecte prospective de données (au moyen d'enquêtes et d'interviews), une approbation éthique est demandée.
3. La collecte de données dans les pratiques de soins infirmiers à domicile participantes a lieu à trois moments de mesure: un prétest mesure les résultats avant l'intervention, une mesure intermédiaire reconsidère les résultats un an après le début de l'intervention et le résultat final est mesuré à l'issue de l'intervention (deux ans après le début de l'intervention). Le design de l'étude prévoit une comparaison pré- versus post-intervention ainsi que des comparaisons entre des pratiques expérimentales ('pratiques pilotes') et des pratiques de contrôle. Les pratiques de soins infirmiers à domicile pourront s'inscrire volontairement en vue de leur participation, tant dans le groupe expérimental que témoin de l'étude. Pour assurer une comparabilité entre les deux groupes, la sélection finale des pratiques participantes interviendra sur la base d'un appariement. La figure ci-dessous constitue une représentation graphique de ce design de recherche:



Population étudiée

4. Les données à caractère personnel relatives à la santé traitées dans le cadre du présent projet sont à diviser en deux catégories:
 - 1) Données professionnelles des prestataires de soins: les pratiques de soins infirmiers à domicile qui participent à la convention de l'INAMI relative à la réforme du financement des soins infirmiers à domicile, soit dans le groupe pilote, soit dans le groupe témoin sur la base d'une participation volontaire. Afin de pouvoir réaliser l'évaluation confiée au KCE dans la convention INAMI, tous les professionnels des soins de santé doivent être sélectionnés dans les pratiques participantes. Le calcul de puissance de ce projet suggère une taille d'échantillons minimales de 260 à 346 prestataires de soins, en fonction de la répartition parmi le groupe d'intervention et le groupe de contrôle de l'étude. Par ailleurs, une large marge de réserve doit aussi prévue pour compenser les drop-out éventuels. Les responsables de secteur impliqués dans la conceptualisation de ce projet estiment le nombre de participants à 1000 ETP.
 - 2) Données relatives à la santé des patients des pratiques participantes de soins infirmiers à domicile: afin de pouvoir calculer les éléments d'évaluation au niveau du patient, tous les patients des pratiques participantes doivent être sélectionnés. Tous les patients des pratiques participantes sont inclus dans l'étude afin de pouvoir se faire une idée du fonctionnement complet de la pratique sous le nouveau mécanisme de fonctionnement. Les données de l'INAMI montrent une moyenne de 46 patients par infirmier par année (lorsque tout patient n'est alloué qu'à un seul infirmier).
5. La participation à l'étude d'évaluation est associée à la participation volontaire à la convention INAMI qui est, pour l'instant, encore en cours d'élaboration. La population à étudier se compose des catégories suivantes :
 - 1) Les prestataires de soins participants : La sélection des données intervient sur la base de la liste des numéros INAMI des prestataires de soins participants à l'étude. Seuls ces infirmiers et aides-soignants et leurs patients seront pris en considération dans la présente étude.
 - 2) Prestations de soins: La sélection des données est basée sur l'identification de prestations dans les soins à domicile dans les données de l'AIM.
 - 3) Patients des prestataires de soins participants: Pour chaque prestataire de soins participant, tous les patients sont sélectionnés selon l'algorithme de sélection des prestations de soins pour l'ensemble des périodes durant lesquelles le prestataire de soins participant faisait partie d'une pratique participante. Pour ces patients sélectionnés, les données sont ensuite demandées pour la période calculée comme suit: 180 jours pour la première date de la première prestation de soins infirmiers à domicile jusqu'à 180 jours après la dernière date de la dernière prestation de soins infirmiers à domicile, entre 2024 et 2028. Une liste de tous les numéros d'identification individuels pour lesquels une prestation de soins infirmiers à domicile a été facturée, sera utilisée pour extraire des données socio-démographiques et des données relatives au profil clinique dans les données de l'AIM.
6. Le flux de données est repris ci-dessous.

II. COMPÉTENCE

7. En vertu de l'article 42, § 2, 2°, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information est en principe compétente pour rendre une délibération concernant toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé.
8. Le Comité estime dès lors qu'il est compétent pour se prononcer sur cette communication de données à caractère personnel relatives à la santé.

III. EXAMEN

A. ADMISSIBILITÉ

9. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, et ce conformément au prescrit de l'article 9, §1^{er}, du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), dénommé ci-après le RGPD.
10. En vertu de l'article 9, § 2, g), du RGPD, cette interdiction n'est pas d'application lorsque le traitement est nécessaire pour des motifs d'intérêt public important, sur la base du droit de l'Union ou du droit d'un État membre qui doit être proportionné à l'objectif poursuivi, respecter l'essence du droit à la protection des données et prévoir des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts de la personne concernée.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé

11. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) est un organisme public doté de la personnalité juridique, classé dans la catégorie B visée dans la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public¹.
12. La mission juridique du KCE consiste en la collecte et la fourniture d'éléments objectifs issus du traitement de données enregistrées et de données validées, d'analyses d'économie de la santé et de toutes autres sources d'informations, pour soutenir de manière qualitative la réalisation des meilleurs soins de santé et pour permettre une allocation et une utilisation aussi efficaces et transparentes que possible des moyens disponibles de l'assurance soins de santé par les organes compétents et ce, compte tenu de l'accessibilité des soins pour le patient et des objectifs de la santé publique et de l'assurance soins de santé et ce, compte tenu de l'accessibilité des soins pour le patient et des objectifs de la santé publique et de l'assurance soins de santé².

¹ Article 259 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002.

² Article 262 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002.

13. Cette étude s'inscrit dans le cadre des missions suivantes du KCE :
- 1° la réalisation ou la commande d'analyses quantitatives et qualitatives sur la base des informations collectées par le Centre d'expertise et des données mises à sa disposition en vertu du présent chapitre et ce, en vue de soutenir la politique de santé et le développement, à cette fin, d'un modèle de données cohérent³;
14. La présente étude relève plus précisément des sujets suivants pour lesquels le KCE peut réaliser des études et établir des rapports:
- 1° le développement de nouveaux systèmes d'indemnisation, de techniques de financement et de stimuli financiers⁴.
 - 2° le soutien de la réalisation de choix concernant le remboursement des prestations de santé⁵.
 - 3° d'autres sujets concernant la promotion de l'efficacité et de la qualité de la dispensation des soins et l'accessibilité à ces derniers⁶.
 - 4° l'évaluation des effets sociaux et des effets de santé publique relative aux sujets visés sous 3°, 4° et 5°⁷.
15. L'analyse des données par le KCE est, outre dans les dispositions précitées, par ailleurs définie dans les articles 265 et 266 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002. La possibilité pour le KCE de recevoir des données de l'INAMI est définie à l'article 288 de cette même loi. La possibilité pour le KCE de recevoir des données de l'AIM est définie à l'article 296 de cette même loi. La possibilité pour le KCE de recevoir des données du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement est définie à l'article 285 de cette même loi.

L'Agence intermutualiste

16. L'Agence Intermutualiste (AIM) est une association sans but lucratif qui a été créée par les Unions nationales des mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges. L'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 stipule que l'AIM est chargée d'analyser, dans le cadre des missions des organismes assureurs, les données qu'elle collecte et de fournir les informations à ce propos. Cela concerne, en l'espèce, toutes les dépenses en matière de soins de santé, pour les hospitalisations ainsi que pour les soins ambulatoires, remboursées par les OA dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, ainsi que les données sociodémographiques et les profils de sécurité sociale de leurs membres affiliés.
17. L'article 279. de cette même loi stipule que toute transmission de données à caractère personnel à l'AIM requiert une autorisation de principe du Comité sectoriel de la sécurité sociale, visé à l'article 37 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale.

³ Article 263 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002.

⁴ Article 264, 3°, de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002.

⁵ Article 264, 10°, de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002.

⁶ Article 264, 11°, de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002.

⁷ Article 264, 13°, de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002.

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement - BelRAI

18. Les données sont enregistrées dans BelRAI via l'outil BelRAI qui regroupe différents instruments d'évaluation. Il offre des repères pour optimiser la qualité des soins à des personnes vulnérables présentant des besoins de soins complexes. Ces instruments d'évaluation validés scientifiquement sont basés sur les instruments développés par InterRAI. Le cadre légal pour l'outil BelRAI est le protocole d'accord BelRAI du 26 mars 2018. L'utilisation des données BelRAI collectées pour des études d'appui à la politique est spécifiée à l'article 1^{er}, § 1^{er}, d) et f) du protocole d'accord BelRAI.
19. À la lumière de ce qui précède, le Comité est d'avis qu'il existe un fondement admissible pour le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé envisagé.

B. PRINCIPES RELATIFS AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

1. FINALITÉS

20. En vertu de l'article 5 du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée. Elles doivent être collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités.
21. Le KCE a été chargé par l'INAMI de réaliser une évaluation scientifique d'un projet pilote testant un nouveau modèle de financement pour les soins à domicile. Les principaux fondements de cette réforme concerne le financement des soins infirmiers à domicile sur la base d'un montant par heure ainsi que le financement de stimulation pour l'organisation de certaines activités au niveau de la pratique. Le design de l'étude d'évaluation combine plusieurs méthodes quantitatives et qualitatives pour étudier un large éventail de résultats, de résultats au niveau du patient (p.ex. satisfaction, autonomie), au niveau des infirmiers et aides-soignants (p.ex. satisfaction d'emploi, risque de burn-out) et au niveau du système (p.ex. coût pour l'assurance maladie, nombre d'hospitalisations). La présente délibération entre dans cette dernière catégorie. En ce qui concerne la collecte prospective de données (au moyen d'enquêtes et d'interviews), une approbation éthique est demandée.
22. Au vu des objectifs du traitement tels que décrits ci-dessus, le Comité considère que le traitement des données à caractère personnel envisagé poursuit bien des finalités déterminées, explicites et légitimes.

2. MINIMISATION DES DONNÉES

23. L'article 5, §1^{er} du RGPD dispose que les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (minimisation des données).
24. Il s'agit d'un traitement ultérieur. Pour ce qui concerne les données de l'AIM, les unions nationales des OA disposent de données au sujet de leurs membres, dans le cadre de

l'exécution de leur mission légale en matière d'assurance maladie-invalidité. L'Agence intermutualiste a pour mission d'analyser les données collectées dans le cadre de ses missions et de fournir les informations à ce propos (art. 278, alinéa 1^{er}, de la loi-programme du 24/02/2002). Ces travaux peuvent être réalisés à la demande du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement notamment (art. 278, alinéa 4, 2^o). La finalité du traitement initial des données à caractère personnel (et plus précisément des données relatives à la santé) par les organismes assureurs est compatible avec les finalités du traitement ultérieur, à savoir la réalisation d'une étude scientifique. Par ailleurs, cette étude scientifique peut contribuer aux missions légales des OA telles qu'elles sont définies dans la loi du 6 août 1990 (art. 3a et b), à savoir participer à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, régie par la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En ce qui concerne les données de BelRAI, l'article 1^{er}, § 2 du Protocole d'accord BelRAI prévoit: « L'instrument BelRAI a comme objectif prioritaire de soutenir la réalisation d'un plan de soins et, par-là, d'optimiser la qualité et la continuité des soins . Le principe visant à utiliser l'information pour l'octroi d'un droit à un patient (quelques exemples: l'assurance-soins en Flandre, l'assurance-autonomie en Wallonie, l'allocation pour aide d'un tiers au niveau fédéral, ...) ou pour affecter un patient à un groupe-cible spécifique en vue d'organiser sa prise en charge a été accepté. »

25. Toutes les dates sont remplacées dans la série de données par des dates relatives :
- 1) Pour chaque individu dans les séries de données, une date aléatoire entre le 1^{er} janvier 1900 et le 31 décembre 2001 est choisie par l'AIM.
 - 2) La date aléatoire est déduite de chaque date présente dans la série de données. Le résultat de cette différence ainsi que le trimestre et l'année remplacent ensuite la date initiale.
 - 3) BelRAI reçoit par individu également cette date aléatoire et remplace la date initiale de la même manière que l'AIM.

input IMA	random datum tussen 1-1-1900 en 31-12-2001 verschillend per deelnemer 15-08-1967	Prestatie thuisverpleging (cfr. Bijlage 1) 22-01-2025	Prestatie thuisverpleging (cfr. Bijlage 1) 05-03-2025	Prestatie thuisverpleging (cfr. Bijlage 1) 08-05-2025	Overlijden 11-10-2025
output KCE 1	Ø	20980	21022	21086	21242
output KCE 2	Ø	kwartaal 1	kwartaal 1	kwartaal 2	kwartaal 4
output KCE 3	Ø	2025	2025	2025	2025
		aantal dagen tussen 15-08-1967 en 22-01-2025 + kwartaal + jaar	aantal dagen tussen 15-08-1967 en 05-03-2025 + kwartaal + jaar	aantal dagen tussen 15-08-1967 en 08-05-2025 + kwartaal + jaar	aantal dagen tussen 15-08-1967 en 11-10-2025 + kwartaal + jaar

26. Les données sont consultées annuellement pour la période 2024 à 2028. Cela correspond à la durée du trajet d'évaluation, en ce compris les deux années précédentes.
27. La TTP (tierce partie de confiance) ne conserve pas le lien entre la série de données pseudonymisées et l'identité des personnes.
28. Une liste des données demandées ainsi qu'une motivation circonstanciée sont jointes ci-après.

3. LIMITATION DE LA CONSERVATION

29. Conformément à l'article 5, §1^{er}, e), du RGPD, les données à caractère personnel doivent être conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées. Les données à caractère personnel peuvent être conservées pour des durées plus longues dans la mesure où elles seront traitées exclusivement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques conformément à l'article 89, §1^{er}, pour autant que soient mises en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées requises par le règlement afin de garantir les droits et libertés de la personne concernée (limitation de la conservation).
30. Le sous-ensemble de la source des données sert à la réalisation d'une étude du KCE, approuvée sur le programme annuel du Conseil d'administration comme prévu à l'article 270, § 4, de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002. Toute étude KCE doit être rendue publique par le KCE dans un délai de 30 jours après son approbation par le Conseil d'administration (article 3 de l'arrêté royal du 15 juillet 2004 relatif aux modalités de la publicité des études, rapports et analyses du Centre fédéral d'expertise des soins de santé). Les données à caractère personnel sont conservées pendant trois années à compter de la publication du rapport KCE. Vu que la fin de la collecte des données est prévue en 2028, les données ne seront pas conservées au-delà du 31 décembre 2035. Ce délai est nécessaire pour les raisons suivantes :
- les données doivent être disponibles pendant une période suffisamment longue pour finaliser l'étude et la soumettre à l'approbation du Conseil d'administration du KCE;
 - les données doivent encore être disponibles pendant un certain temps après leur publication, afin de pouvoir apporter des précisions ou des corrections éventuelles ;
 - la publication des résultats dans des revues scientifiques. Ces publications s'inscrivent dans le cadre légal du KCE (Loi-programme (I) du 24 décembre 2002), en particulier des articles:
 - Art. 263, §1, 3°. La collecte et la diffusion de données et d'informations à caractère scientifique relatives à l'évaluation de la pratique médicale et relatives à l'évaluation des techniques dans les soins de santé.
 - Art. 264. Le Centre d'expertise réalise des études et des rapports pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et le Service public fédéral Sécurité sociale, y compris leurs organes de consultation, de concertation et d'orientation, et pour les cellules stratégiques des ministres dans le cadre des missions prévues dans un programme annuel concernant les sujets suivants.

31. Le Comité estime que ce délai de conservation est raisonnable.

4. TRANSPARENCE

32. Conformément à l'article 12 du RGPD, le responsable du traitement doit prendre des mesures appropriées pour fournir toute information en ce qui concerne le traitement à la personne

concernée d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, en des termes clairs et simples. Les informations doivent être fournies par écrit ou par d'autres moyens, y compris, lorsque c'est approprié, par voie électronique.

33. Les articles 13 et 14 du RGPD fixent les conditions auxquelles le responsable du traitement doit satisfaire lorsque des données à caractère personnel sont collectées concernant la personne concernée. Ainsi, les informations suivantes doivent notamment être communiquées: les coordonnées du responsable du traitement et du délégué à la protection des données, les catégories de données à caractère personnel si les données ne sont pas obtenues auprès des personnes concernées, les finalités du traitement et le fondement du traitement, les catégories de destinataires et, si le responsable du traitement a l'intention de transmettre les données à caractère personnel à un destinataire dans un pays tiers, les garanties appropriées. Ensuite, afin de garantir un traitement équitable et transparent, le responsable du traitement doit notamment informer la personne concernée sur ses droits (droit d'introduire une plainte, droit de consultation, droit d'opposition, droit de rectification, etc.), le cas échéant, sur la source des données à caractère personnel.
34. Le responsable du traitement qui a l'intention d'effectuer un traitement ultérieur des données pour une finalité autre que celle pour laquelle les données à caractère personnel ont été obtenues, fournit au préalable à la personne concernée des informations au sujet de cette autre finalité et toute autre information pertinente.
35. Le Comité souligne que les informations qui sont communiquées aux personnes concernées doivent satisfaire aux conditions qui sont décrites dans les articles 13 et 14 du RGPD et que le formulaire de consentement doit préciser qu'un couplage sera réalisé aux données de l'AMI et doit définir de quelles données il s'agit.

5. MESURES DE SÉCURITÉ

36. En vertu de l'article 5, §1^{er}, f) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées (intégrité et confidentialité).
37. Le Comité constate qu'une analyse d'impact relative à la protection des données a déjà été réalisée et qu'il l'a reçue, conformément à l'article 35 du RGPD.
38. Le Comité constate que le pool SCRA réalisera une analyse de risque « small cell » avant la transmission des données aux chercheurs.
39. Le Comité fait observer que la Plate-forme eHealth et la BCSS interviennent comme tiers de confiance (TTP) pour le couplage et la pseudonymisation des données.
40. Il constate en outre que le KCE a désigné un médecin responsable du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé, ainsi qu'un délégué à la protection des données.

41. Le Comité constate que les collaborateurs du KCE ont un devoir de confidentialité⁸ par rapport aux données qu'ils traitent dans le cadre de leur fonction.
42. Le Comité rappelle que ni le KCE, ni ses collaborateurs ne peuvent entreprendre des démarches pour réidentifier les personnes concernées. Les résultats de l'étude doivent être publiés sous forme anonyme.
43. Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 9 de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*, le responsable du traitement prend les mesures suivantes lors du traitement de données génétiques, biométriques ou des données concernant la santé :
- 1° les catégories de personnes ayant accès aux données à caractère personnel, sont désignées par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant, avec une description précise de leur fonction par rapport au traitement des données visées;
 - 2° la liste des catégories des personnes ainsi désignées est tenue à la disposition de l'autorité de contrôle compétente par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant;
 - 3° il veille à ce que les personnes désignées soient tenues, par une obligation légale ou statutaire, ou par une disposition contractuelle équivalente, au respect du caractère confidentiel des données visées.
44. Le Comité estime nécessaire de rappeler que depuis le 25 mai 2018, le KCE est tenu de respecter les dispositions et les principes du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). Il est également tenu de respecter les dispositions de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*.

⁸Article 276 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, M.B. 31 décembre 2002.

Par ces motifs,

la chambre sécurité sociale et santé du comité de sécurité de l'information

conclut que

la communication des données à caractère personnel telle que décrite dans la présente délibération est autorisée moyennant le respect des mesures de protection des données qui ont été définies, en particulier les mesures en matière de limitation de la finalité, de minimisation des données, de limitation de la durée de conservation des données et de sécurité de l'information.

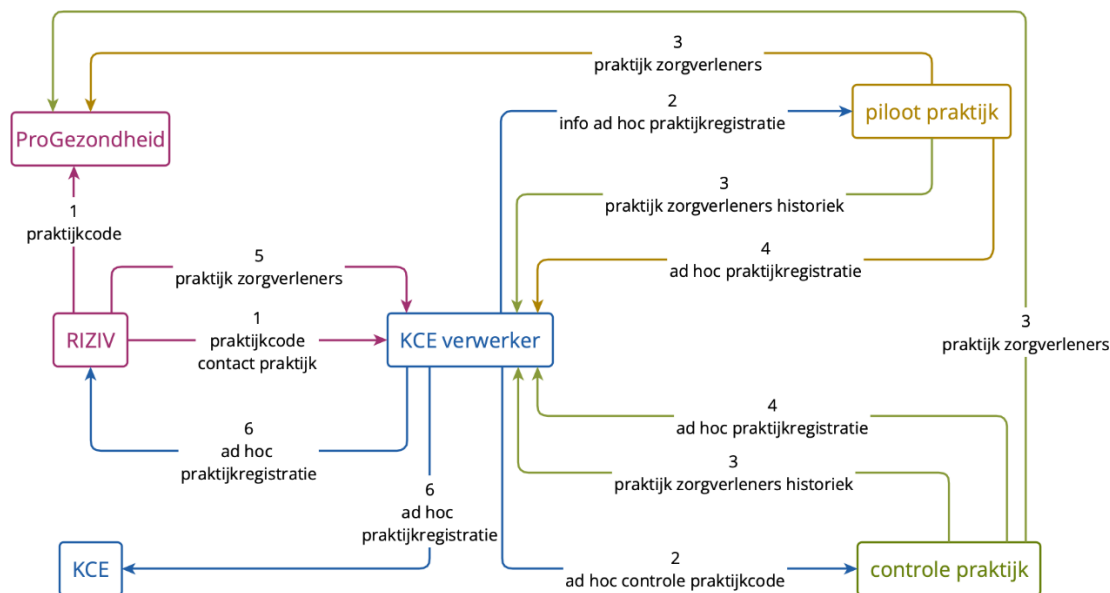
Les modifications de cette délibération, approuvées par le comité de sécurité de l'information le 1^{er} septembre 2026, entrent en vigueur le 16 septembre 2026.

Michel DENEYER
Président

Le siège de la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information est établi dans les bureaux de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, à l'adresse suivante: Quai de Willebroeck 38 - 1000 Bruxelles (tél. 32-2-741 83 11).

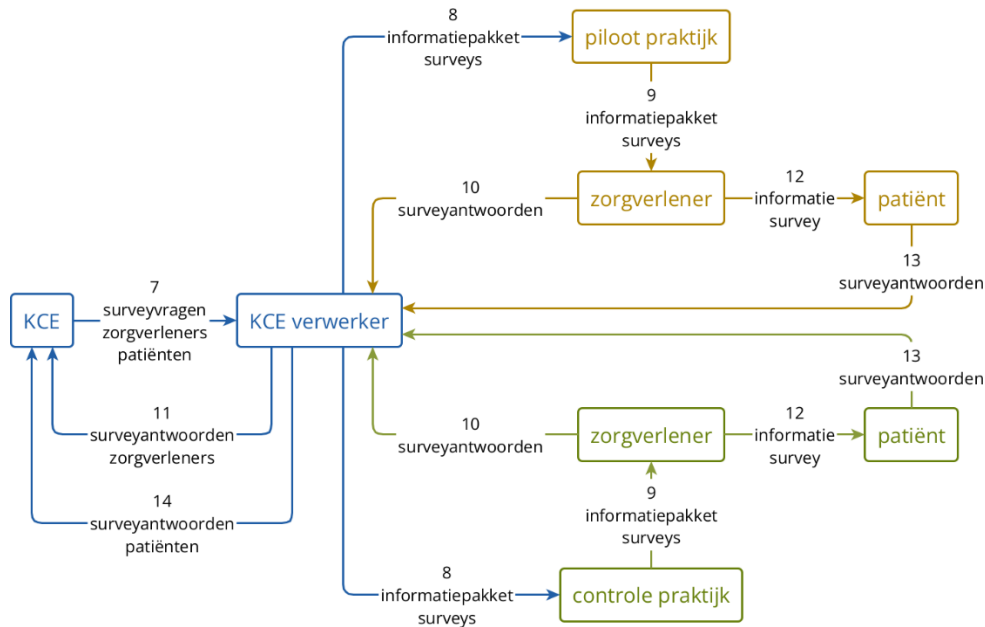
Bijlage 1: Schematisch overzicht van de gegevensstromen met toelichting

1. Praktijkregistratie



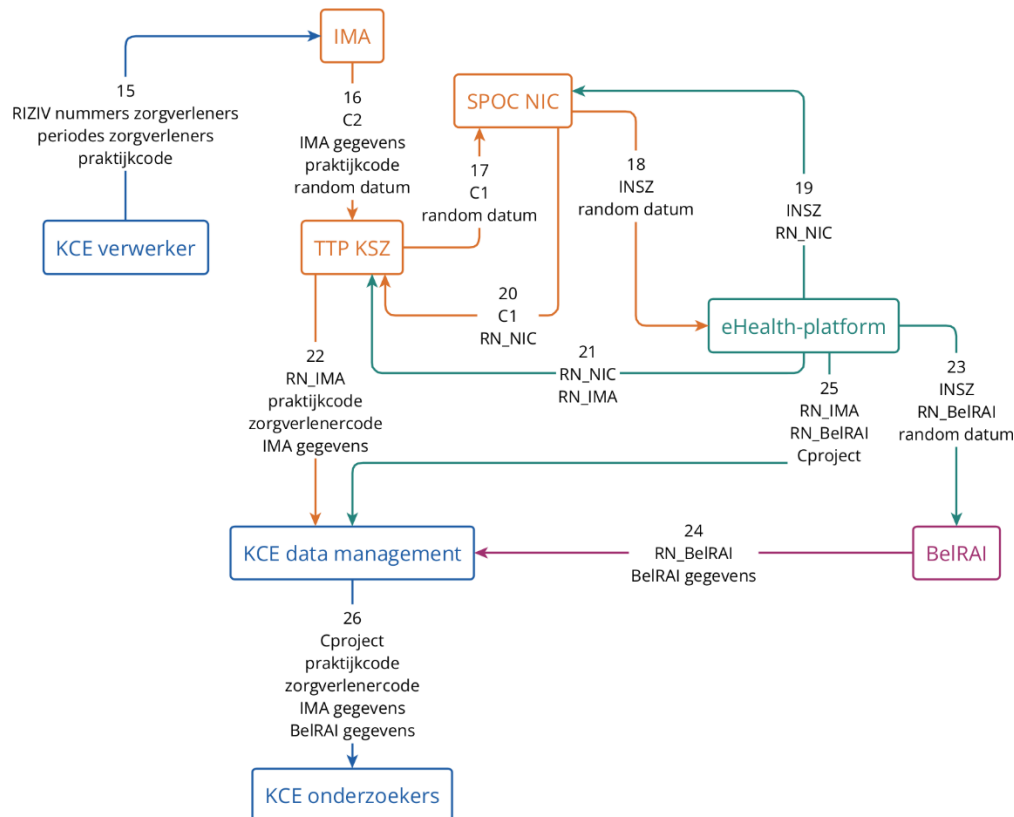
1. Het RIZIV selecteert kandidaat praktijken voor zowel piloot als controle praktijken. Het RIZIV maakt een praktijk code aan. Deze RIZIV praktijkcode is voor praktijken beschikbaar in het ProGezondheid portaal. Het RIZIV stuurt de praktijkcode samen met de informatie “Contact praktijk” naar de KCE verwerker.
2. De KCE verwerker maakt voor zowel de piloot praktijken als de controle praktijken een informatiebundel rond de ad hoc praktijkregistratie en stuurt die respectievelijk naar de piloot en controle praktijken.
3. De praktijken registreren de samenstelling en de veranderingen in de loop van het project in het RIZIV ProGezondheid portaal. Eénmalig sturen de praktijken voor elk RIZIV-nummer de start- en einddatum van tewerkstelling tot twee jaar voor de start van de studie naar de KCE verwerker.
4. De praktijken sturen op de afgesproken aanlevermomenten de ad hoc praktijkregistratie naar de KCE verwerker. Deze monitort de aanlevering en controleert de volledigheid en de kwaliteit van de gegevens. Indien nodig vraagt de KCE verwerker om verduidelijking, aanvulling of correctie aan de praktijk.
5. Op de afgesproken aanlevermomenten stuurt het RIZIV aan de KCE verwerker de lijst met RIZIV-nummers van de zorgverleners die voor de praktijk werken en gewerkt hebben samen met de periode van werkzaamheid a.d.v. de registratie in het RIZIV ProGezondheid portaal.
6. Op het einde van de registratieperiode beschikt de KCE verwerker over gecontroleerde ad hoc praktijkregistratie. Deze worden overgemaakt aan het KCE op niveau van de praktijk: een studiespecifieke praktijkcode wordt gebruikt ter vervanging van de RIZIV praktijkcode. De KCE verwerker maakt een subset van ad hoc praktijkregistratie over aan het RIZIV met de RIZIV praktijkcode.

2. Survey



7. KCE stelt de vragen op voor de survey voor zorgverleners en voor de survey voor patiënten en stuurt deze naar de KCE verwerker. De KCE verwerker implementeert de vragen van de surveys voor digitale afname.
8. Een informatiepakket voor de survey voor de zorgverleners en voor de survey voor patiënten wordt overgemaakt aan de contactpersoon van elke praktijk. Voor de survey voor de zorgverleners wordt voor elke zorgverlener een random code voorzien. De praktijk deelt deze codes uit aan de zorgverleners zonder bij te houden wie welke code kreeg. Dit laat zorgverleners toe de survey gespreid in te vullen.
9. De contactpersoon van een praktijk verdeelt de zorgverlener survey informatie aan de zorgverleners.
10. De zorgverlener vult de digitale survey in op de afgesproken momenten. De KCE verwerker monitort en controleert de responsgraad van de zorgverlener survey per praktijk en geeft hierover feedback aan de praktijk.
11. Op het einde van de registratieperiode maakt de KCE verwerker de zorgverlener survey antwoorden over aan het KCE.
12. De zorgverlener informeert de patiënt over de survey en bezorgt deze het survey pakket.
13. De patiënten van beide types praktijken vullen de survey in. De KCE verwerker monitort en controleert de responsgraad van de patiënten survey per praktijk en geeft hierover feedback aan de praktijk.
14. Op het einde van de registratieperiode maakt de KCE verwerker de patiënten survey antwoorden over aan het KCE.

3. IMA en BelRAI gegevens



15. De KCE verwerker stuurt de lijst met RIZIV-nummers van de zorgverleners (zie ook stap 5 in Praktijkregistratie) met de start- en einddatums van periodes waarbinnen de zorgverleners werkzaam waren in de praktijken en de praktijkcode, naar het IMA.
16. Op basis van deze RIZIV-nummers en de start- en einddatums van periodes waarbinnen de zorgverleners werkzaam waren in de praktijken, selecteert het IMA de patiënten. Voor deze patiënten worden dan IMA gegevens geselecteerd voor de periodes voorzien in de aanvraag. Aan deze gegevens wordt de praktijkcode toegevoegd. IMA kiest een random datum voor elke patiënt waarmee de relatieve datum berekent kan worden. Deze gegevens worden overgemaakt aan de TTP KSZ met C2 als patiënt ID.
17. TTP KSZ converteert C2 naar C1 en stuurt deze samen met de random datum per patiënt naar SPOC NIC.
18. SPOC NIC converteert C1 naar INSZ en stuurt deze samen met de random datum per patiënt naar het eHealth-platform.
19. Het eHealth-platform maakt een projectspecifiek random nummer (RN_NIC) en stuurt dit samen met het INSZ naar SPOC NIC.
20. SPOC NIC converteert INSZ naar C1 en stuurt dit samen met RN_NIC naar TTP KSZ.
21. Het eHealth-platform maakt een projectspecifiek random nummer op basis INSZ aan (RN_IMA) en stuurt dit samen met RN_NIC naar TTP KSZ.
22. De TTP KSZ codeert het RIZIV-nummer in een projectspecifieke zorgverlenercode. C2 in de gegevens van IMA (inclusief praktijkcode) wordt vervangen door RN_IMA. Deze gegevens worden naar de KCE data management gestuurd.
23. Het eHealth-platform maakt een projectspecifiek random nummer (RN_BelRAI) en stuurt dit samen met de random datum per patiënt en met het INSZ voor de patiënt naar BelRAI.

24. BelRAI selecteert de gegevens en vervangt het INSZ door RN_BelRAI en stuurt de gegevens samen met RN_BelRAI naar KCE data management.
25. Het eHealth-platform stuurt de correspondentie RN_IMA, RN_BelRAI en Cproject naar KCE data management.
26. KCE data management vervangt RN_IMA en RN_BelRAI in de gegevens door Cproject en stuurt dit samen met de praktijkcode, zorgverlenercode, de IMA gegevens en de BelRAI gegevens naar de KCE onderzoekers.

Bijlage 2: Selectiealgoritme

Patiëntselectie RIZIV nummers van zorgverleners in deelnemende praktijken

De patiëntselectie vertrekt van de RIZIV nummers van zorgverleners van de deelnemende praktijken, die worden geregistreerd in de praktijkregistratie door de deelnemende praktijken en vervolgens doorgegeven aan de subcontractant. Alle patiënten die in de looptijd van de studie (2026-2028) zorg ontvingen van een zorgverlener uit deze lijst dienen geselecteerd te worden.

IMA Gezondheidszorgen: uitgebreide data (voor tijdsperiode 01/01/2024 t.e.m. 31/12/2028)

Voor onderstaande prestaties worden alle gevraagde variabelen m.b.t. gezondheidszorgen gevraagd zoals opgelijst in de volgende bijlage.

- Thuisverpleging (incl. thuishospitalisatie en diabeteseducatie): G.SS00020 of G.SS00130 in nomenclatuurcodes met groep N (nomen_grp_n) = “N06” of nomenclatuurcodes met groep G (nomen_grp_g) = “456565010” of volgende nomenclatuurcodes voor diabeteseducatie (SS00020): 794253, 794312, 794334, 794415, 794430, 794452 of nomenclatuurnummers RIZIV-overeenkomst van dit project;
- Nierdialyse in de thuissetting: G.SS00020 of G.SS00130 in 767734, 767756, 767815, 767830, 767955, 470330, 471352;
- Diabetesconventie- en traject: G.SS00020 of G.SS00130 in 770070, 772450, 772461, 773393, 773496, 788756, 788771, 788793, 788815, 788830, 788852, 788874, 788896, 788911, 788933, 788955, 785573, 785595, 785610, 785632, 785654, 785676, 785691, 785713, 785735, 785750, 785772, 785794, 785816, 785831, 785853, 785875, 785890, 785912, 785934, 785956, 789810, 107015, 107030, 107052, 107074;
- Incontinentie: G.SS00020 of G.SS00130 in 740191, 740515;
- Spoedcontacten: G.SS00020 of G.SS00130 in 590531, 590575, 590612, 590656, 590693, 590730, 590774, 590811, 590516, 590553, 590590, 590634, 59071, 590715, 590752, 590796, 590833, 590855, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995, 590391, 590450.

IMA Gezondheidszorgen: beperkte data (voor tijdsperiode 01/01/2024 t.e.m. 31/12/2028)

Voor alle prestaties geleverd aan de personen zoals gedefinieerd in stap 1 die niet vallen onder de definitie van stap 2, wordt gevraagd om enkel volgende variabelen te leveren:

- SS00015: Datum verstrekking (gecodeerd naar relatieve datum);
- SS00065b: Bekwaming verstrekker
- PRACTITIONER_CAT: Beroepscode zorgverstrekker
- Groep N: Groep N van het overeenkomstige nomenclatuurnummer (SS00020);
- Groep G: Groep G van het overeenkomstige nomenclatuurnummer (SS00020).

IMA Populatie, Hospitalisatie en Psychiatrische opnames (voor tijdsperiode 01/01/2024 t.e.m. 31/12/2028)

Selecteer de gevraagde variabelen (zie volgende bijlage) voor alle personen voor wie een van de prestaties uit punt 1 gefactureerd worden.

Bijlage 3a: Gegevens afkomstig van het IMA

Variabele	Beschrijving	Bewerking	Verantwoording
Dataset Gezondheidszorgen			
SS00010	Identificatie rechthebbende	pseudonimisatie	Noodzakelijke identificator
PRACTITIONER_C AT	Beroepscode zorgverstrekker		Deze variabele laat toe om diabeteseducatie door verpleegkundigen te onderscheiden van andere diabeteseducatoren
SS00015	Begindatum verstrekking	relatieve datum	Belangrijk om de tijdslijn te reconstrueren. Voorbeelden van toepassingen: het bepalen van de duur van de episode van thuisverpleging (een van de uitkomsten van deze studie), het bepalen van of hospitalisatie voor of na thuisverpleging gesitueerd is,...
PROCEDURE_YYY Y	Jaar verstrekking		
PROCEDURE_Q	Kwartaal verstrekking		
SS00020	RIZIV nomenclatuurcode	zie data selectie	Identificatie van welke zorgen verleend werden
SS00030	De verantwoordelijke regionale of federale overheid		Deze variabele laat toe de berekende kosten te alloceren aan de bevoegde instantie
SS00050	Aantal gevallen		Deze variabele kan gebruikt worden ter controle van het aantal basisverstrekkingen per dag
SS00055	Aantal dagen		
SS00065A	Identificatienummer zorgverstrekker	pseudonimisatie	Noodzakelijk om koppeling te kunnen maken met KSZ datawarehouse via INSZ
SS00065B	Bekwaming zorgverstrekker		Aanvullend op beroepscode
SS00090	Operator uitgaven		Deze variabele laat toe de berekende kosten te alloceren aan de bevoegde instantie
SS00120	Type factuur		Hiermee kunnen prestaties in woonzorgcentra en/of revalidatiecentra geïdentificeerd worden
SS00125	Datum laatste verstrekking	relatieve datum	Belangrijk om de tijdslijn te reconstrueren. Voorbeelden van toepassingen: het bepalen van de duur van de episode van thuisverpleging (een van de uitkomsten van deze studie), het bepalen van of hospitalisatie voor of na thuisverpleging gesitueerd is,...
SS00125_YYYY	Jaar laatste verstrekking		
SS00125_Q	Kwartaal laatste verstrekking		
SS00130	Betrekkelijke verstrekking		Deze variabele wordt gebruikt voor de identificatie van bepaalde prestaties van thuisverpleging
SS00270B	Bekwaming van de bijkomende verstrekker		Deze variabele laat toe om prestaties door verpleegkundigen te onderscheiden van prestaties door zorgkundigen

SS00340	Verstrekker norm		
STAY_NR	Volgnummer van de opnames/verblijven		Hiermee kan een ziekenhuisverblijf geïdentificeerd worden
STAY_NR_PSY	Volgnummer van de opnames/verblijven		
Dataset Hospitalisaties			
SS00010	Identificatie rechthebbende	pseudonimisatie	Noodzakelijke identificator
ADMISSION	Opnamedatum	relatieve datum	Hiermee kan een ziekenhuisverblijf geïdentificeerd worden
ADMISSION_YYYY	Jaar van opname		
ADMISSION_Q	Kwartaal van opname		
DISCHARGE	Ontslagdatum	relatieve datum	
DISCHARGE_YYY Y	Jaar van ontslag		
DISCHARGE_Q	Kwartaal van ontslag		
STAY_CAT	Type van opname/verblijf		Deze variabele laat verfijning toe van de onderzoeksuitkomst met betrekking tot ziekenhuisopnames
STAY_NR	Volgnummer van de opnames/verblijven		Hiermee kan een ziekenhuisverblijf geïdentificeerd worden
Dataset Psychiatrisch			
SS00010	Identificatie rechthebbende	pseudonimisatie	Noodzakelijke identificator
HOSP_TYPE	Hospitalisatie type (algemeen of psychiatrisch)		Deze variabele laat toe een onderscheid te maken tussen algemene en psychiatrische hospitalisaties
ADMISSION	Opnamedatum	relatieve datum + kwartaal + jaar	Hiermee kan een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis geïdentificeerd worden
DISCHARGE	Ontslagdatum		
INCOMPLETE_EN D_YN	Hospitalisatie eindigt buiten referentiejaar		Deze variabele wordt gebruikt voor de bepaling van de forfait-groep voor thuisverpleging van een patiënt
INCOMPLETE_STA RT_YN	Hospitalisatie begint buiten referentiejaar		
LOS_YYYY	Lengte van ziekenhuisverblijf in referentiejaar		
STAY_NR_PSY	Volgnummer van de opnames/verblijven		Noodzakelijke identificator
Dataset Populatie			

PP0010	Identificatie rechthebbende	pseudonimisatie	Noodzakelijke identificator
AGE05_CAT	Leeftijdsklasse per schijf van 5 jaar		Belangrijk voor demografische karakterisering van de patiëntpopulatie
Database Patiënten			
CANCER_CHEMO_RT_YN	chemotherapie of radiotherapie	Wordt vervangen door een nieuwe variabele "cancer_yn" die 'ja' wordt als één van de de CANCER_* variabelen "Y" is	Deze variabele kan gebruikt worden als proxy om het klinisch profiel van de patiënten te bepalen
CANCER_CHEMO_YN	Kanker chemotherapie		Deze variabele kan gebruikt worden als proxy om het klinisch profiel van de patiënten te bepalen
CANCER_MOC_YN	Kanker MOC		
CANCER_RT_YN	Kanker radiotherapie		
CANCER_TRANSPORT_YN	Vervoer i.v.m. kankerbehandeling		
Dataset Populatie			
CHRONICAL_YN	Chronische ziekte		Deze variabele kan gebruikt worden als proxy om het klinisch profiel van de patiënten te bepalen
DECEASED_YN	Overlijden		Belangrijk voor de karakterisering van de patiëntpopulatie
FAM_SIZE	Gezinsgrootte	In categorieën (0, 1, 2, 3-5, 5+)	Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
Database Patiënten			
FKG_AST	Farmaciekostengroep asthma		Deze variabele kan gebruikt worden als proxy om het klinisch profiel van de patiënten te bepalen
FKG_COP	Farmaciekostengroep COPD/ernstige asthma		
FKG_DEP	Farmaciekostengroep depressie		
FKG_DIA	Farmaciekostengroep type I diabetes zonder hypertensie		
FKG_DIAHYP	Farmaciekostengroep type I diabetes met hypertensie		
FKG_DII	Farmaciekostengroep type II diabetes zonder hypertensie		
FKG_DIIHYP	Farmaciekostengroep type II diabetes met hypertensie		
FKG_EPI	Farmaciekostengroep epilepsie		
FKG_PAR	Farmaciekostengroep Parkinson		
FKG_PSY	Farmaciekostengroep psychose		

FKG_RMS	Farmaciekostengroep hersenen/ruggenmerg aandoeningen: multiple sclerose		
Dataset Populatie			
MAJOR_BENEFIT_YN	WIGW-statuu		Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
MAJOR_COVERAG E_YN	Recht op verhoogde tegemoetkoming		
MAJOR_INVALIDI TY_YN	Invalide of persoon met handicap		
POPDENSITY	The population density of the entitlement holder's place of residence in the reference year	in categorieën (0-299; 300-1499; 1500+)	Belangrijk voor demografische karakterisering van de patiëntpopulatie
PP0020	Geslacht		Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
PP0030	Code gerechtigde 1		
PP0040	Datum van overlijden	relatieve datum	Belangrijk voor de karakterisering van de patiëntpopulatie
PP0040_YYYY	Jaar van overlijden		
PP0040_Q	Kwartaal van overlijden		
PP1010	Voorwaarde recht verhoogde tegemoetkoming		Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
PP2001	Forfait B voor verpleegkundige zorgen		Deze variabele kan gebruikt worden als proxy om het klinisch profiel van de patiënten te bepalen
PP2002	Forfait C voor verpleegkundige zorgen		
PP2003	Kinesithérapie E of fysiotherapie		
PP2005	Integratietegemoetkoming voor gehandicapten		Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
PP2006	Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden		
PP2008	Tegemoetkoming voor hulp van derden (oude regeling)	Wordt vervangen door een nieuwe variabele door PP2008 en PP2009 samen te voegen	
PP2009	Tegemoetkoming voor hulp van derden		
PP2010	Hospitalisatie 120 dagen		

PP2011	Zes hospitalisaties		Deze variabele kan gebruikt worden als proxy om het klinisch profiel van de patiënten te bepalen Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
PP3003	Recht MAF		
PP3004	MAF terugbetaling en plafond		
PP3010	Recht op gewaarborgd inkomen voor bejaarden, inkomensgarantie voor ouderen of leefloon		
PP3012	Langer dan 12 maanden werkloosheid en ouder dan 50 jaar		
PP3013	OCMW-steun		
PP3014	Recht MAF chronisch zieken		
PP3015	Statuut chronische aandoening – financieel criterium		
PP3016	Statuut chronische aandoening – forfait voor chronisch zieken		
UNEMPLOYMENT_YN	werkloosheid?		
INCAPACITY_YN	arbeidsongeschiktheid?		
INVALIDITY_YN	invaliditeit?		
PROVINCE	Provincie	Omzetten naar gewest	Belangrijk voor demografische karakterisering van de patiëntpopulatie
RECOGNITION_YN	Persoon met een handicap		Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
RESTHOME_DAYS	Aantal dagen in woonzorgcentrum		Aan de hand van deze variabele kunnen opnames in woonzorgcentra geïdentificeerd worden
Database Patiënten			
ZORGFORFAIT	Forfait chronische ziekten		Deze variabele kan gebruikt worden als proxy om het klinisch profiel van de patiënten te bepalen
ZORGTRAJECT1	Zorgtraject Diabetes		
Ad Hoc variabele			
POLYMEDICATIE	Personen met een aflevering van minstens 80 standaard dagdosissen (DDD) van vijf of meer (op ATC4-niveau) verschillende terugbetaalde geneesmiddelen in één jaar.		Deze variabele kan gebruikt worden als proxy om het klinisch profiel van de patiënten te bepalen

Total_population_Statbel	Totale populatie van de woonplaats (cfr. NIS code) van de patiënt volgens meest recente referentietabel van Statbel, hier te downloaden: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking/bevolkingsdichtheid#figures	in categorieën (0-4999;5000-49999;50000+)	Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
Metropolitan	Binaire indicator die aangeeft of de persoon in één van de meest verstedelijkte gebieden van ons land woont, bestaande uit: Brussel, Antwerpen, Charleroi, Gent, Luik		
KATZ			
KZ0010	Identificatie rechthebbende	Pseudonimisatie	Noodzakelijk om de link te kunnen leggen met de gegevens uit de andere datasets
KZ0015	Fysieke score van de Katzschaal: de Schaal steunt op een score van 1 tot 4 voor zes normale activiteiten van het dagelijks leven.		Noodzakelijk voor het kunnen opstellen van een patiëntenprofiel op basis van de zorgafhankelijkheid. Deze informatie is noodzakelijk om de verstrekte verpleegkundige zorg t.o.v. de zorgafhankelijkheid te kunnen analyseren, o.a. voor de vergelijking met BelRAI.
KZ0025	Tijds- en ruimte evaluatie: 6 items – 5 puntenschaal rond afhankelijkheid in tijd en ruimte		
KZ0030	Begindatum Katzschaal	Relatieve datum	Noodzakelijk om het op de KATZ gebaseerde zorgafhankelijkheid in de tijd te kunnen matchen met de verstrekte verpleegkundige zorg
KZ0035	Einddatum Katzschaal	Relatieve datum	

Bijlage 3b: Gegevens afkomstig van BelRAI

Naam	Beschrijving	Verantwoording
INSZ	patiënt ID (gepseudonimiseerd)	Noodzakelijk voor de koppeling van gegevens
MOD1	Totaalscore module 1 IADL uitvoering en mogelijkheden	
scr_02_range_0_0.49	Deze persoon heeft geen IADL-problemen.	

scr_02_range_0.50_1.49	Deze persoon heeft zeer beperkte IADL-problemen.	De BelRAI data geven ons informatie over naar welke patiëntprofielen het meeste zorg gaat.
scr_02_range_1.50_2.49	Deze persoon heeft beperkte IADL-problemen.	
scr_02_range_2.50_3.49	Deze persoon heeft matige IADL-problemen.	
scr_02_range_3.50_4.49	Deze persoon heeft matig ernstige IADL-problemen.	
scr_02_range_4.50_5.49	Deze persoon heeft ernstige IADL-problemen.	
scr_02_range_5.50_6	Deze persoon heeft zeer ernstige IADL-problemen.	
MOD2	Totaalscore module 2 ADL functioneren	
scr_03_0	Zelfstandig bij de 4 ADL-functies.	
scr_03_1	Tenminste toezicht bij één ADL-functie (en minder dan beperkte hulp bij alle 4 ADL-functies).	
scr_03_2	Beperkte hulp vereist bij 1 of meer van de 4 ADL-functies (en minder dan uitgebreide hulp bij alle 4 ADL-functies).	
scr_03_3	Tenminste uitgebreide hulp vereist bij de persoonlijke hygiëne en het toiletgebruik (en minder dan uitgebreide hulp vereist bij het eten en het zich verplaatsen).	
scr_03_4	Uitgebreide hulp vereist bij het eten of het zich verplaatsen (geen totale afhankelijkheid bij het eten en het zich verplaatsen).	
scr_03_5	Totale afhankelijkheid bij het eten en/of het zich verplaatsen.	
scr_03_6	Totale afhankelijkheid bij de 4 ADL-functies.	
MOD3	Totaalscore module 3 Cognitieve problemen	
scr_04_0	De cognitieve status van deze persoon is intact.	
scr_04_1	De cognitieve status van deze persoon is zo goed als intact.	
scr_04_2	De cognitieve status van deze persoon is licht verstoord.	
scr_04_3	De cognitieve status van deze persoon is matig verstoord.	
scr_04_4	De cognitieve status van deze persoon is matig ernstig verstoord.	
scr_04_5	De cognitieve status van deze persoon is ernstig verstoord.	
scr_04_6	De cognitieve status van deze persoon is zeer ernstig verstoord.	
MOD4	Totaalscore module 4 psychische problemen	
scr_05_0	Deze persoon heeft geen van de genoemde psychische problemen.	
scr_05_1.5	Deze persoon heeft één van de genoemde psychische problemen.	
scr_05_3	Deze persoon heeft twee van de genoemde psychische problemen.	
scr_05_4.5	Deze persoon heeft drie van de genoemde psychische problemen.	
scr_05_6	Deze persoon heeft vier of vijf van de genoemde psychische problemen.	

MOD5	Totaalscore module 5 Gedragsproblemen
scr_06_0	Deze persoon heeft geen gedragsproblemen.
scr_06_1	Deze persoon heeft zeer beperkte gedragsproblemen.
scr_06_2	Deze persoon heeft beperkte gedragsproblemen.
scr_06_3	Deze persoon heeft matige gedragsproblemen.
scr_06_4	Deze persoon heeft matig ernstige gedragsproblemen.
scr_06_5	Deze persoon heeft ernstige gedragsproblemen.
scr_06_6	Deze persoon heeft zeer ernstige gedragsproblemen.
scoreTotal	Totaalscore BelRAI Screener
scr_fulleval	Het aangewezen is om een uitgebreide BelRAI beoordeling te gebruiken dat kan helpen om samen met u stil te staan bij uw wensen en noden.
scr_no_fulleval	Op dit moment is het nog niet nodig om een uitgebreide BelRAI beoordeling te gebruiken. Uw zorgverleners kunnen samen met u beslissen om dit toch te doen indien gewenst.
cPACTIV	Resultaat code CAP Bevordering van de lichaamsbeweging
cPACTIV_0	Niet geactiveerd: geen mogelijkheid tot verbetering.
cPACTIV_1	Geactiveerd op de mogelijkheid tot verbetering.
cRISK	Resultaat code CAP Kans op opname in een voorziening
cRISK_0	Niet geactiveerd: geen functionele achteruitgang met een verhoogd risico op opname in een voorziening tijdens de komende maanden.
cRISK_1	Geactiveerd wegens functionele achteruitgang met een verhoogd risico op opname in een voorziening tijdens de komende maanden.
cADL	Resultaat code CAP Activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
cADL_0	Niet geactiveerd: het herstellen of het behouden van de functionele status om een ADL-terugval te voorkomen is geen prioriteit.,
cADL_1	Geactiveerd om achteruitgang te voorkomen.,
cADL_2	Geactiveerd op de mogelijkheid tot verbetering.,
cIADL	Resultaat code CAP Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL)
cIADL_0	Niet geactiveerd: geen mogelijkheid tot verbetering.
cIADL_1	Geactiveerd op de mogelijkheid tot verbetering.
cCOGNIT	Resultaat code CAP Cognitieverlies
cCOGNIT_0	Niet geactiveerd
cCOGNIT_1	Geactiveerd om het risico op cognitieve achteruitgang te controleren/op te volgen.,

cCOGNIT_2	Geactiveerd om achteruitgang te voorkomen.,
cCOMMUN	Resultaat code CAP Communicatie
cCOMMUN_0	Niet geactiveerd: functioneel herstel ter preventie van achteruitgang is klinisch gezien geen geschikt zorgdoel.,
cCOMMUN_1	Geactiveerd op potentiële vooruitgang.,
cCOMMUN_2	Geactiveerd om achteruitgang te voorkomen.,
cDELIR	Resultaat code CAP Delirium
cDELIR_0	Niet geactiveerd: geen actieve deliriumsymptomen aanwezig.,
cDELIR_1	Geactiveerd wegens actieve deliriumsymptomen.,
cMOOD	Resultaat code CAP Stemming
cMOOD_0	Niet geactiveerd: DRS-score = nul.,
cMOOD_1	Geactiveerd wegens laag risico: DRS-score = één of twee.,
cMOOD_2	Geactiveerd wegens hoog risico: DRS-score = drie of hoger.,
cABUSE	Resultaat code CAP Mishandeling/Verwaarlozing
cABUSE_0	Niet geactiveerd: geen directe indicatoren van mishandeling en stressveroorzakende factoren aanwezig.,
cABUSE_1	Geactiveerd wegens matig risico: alleen directe indicatoren van mishandeling.,
cABUSE_2	Geactiveerd wegens hoogste risico: directe indicatoren van mishandeling en stressveroorzakende factoren aanwezig (in laatste dertig dagen).,
cBRITSU	Resultaat code CAP Mantelzorg
cBRITSU_0	Niet geactiveerd: afhankelijk op minstens één IADL-gebied gecombineerd met een ‘breekbaar’ informeel hulpverleningssysteem is niet van toepassing.,
cBRITSU_1	Geactiveerd wegens het afhankelijk zijn op minstens één IADL-gebied gecombineerd met een ‘breekbaar’ informeel hulpverleningssysteem.,
cSOCFUNC	Resultaat code CAP Sociale omgang
cSOCFUNC_0	Niet geactiveerd: normale sociale relaties of de persoon heeft geen redelijk cognitief niveau en is niet in staat anderen te begrijpen.,
cSOCFUNC_1	Geactiveerd voor follow-up van het zorgplan: de persoon heeft een redelijk cognitief niveau en voelt zich eenzaam of verontrust.,
cENVIR	Resultaat code CAP Thuisomgeving
cENVIR_0	Niet geactiveerd: geen combinatie van een zwakke fysieke of mentale toestand met een problematische woonomgeving.,

cENVIR_1	Geactiveerd wegens een zwakke fysieke of mentale toestand gecombineerd met een problematische woonomgeving.,
cFALLS	Resultaat code CAP Valincidenten
cFALLS_0	Niet geactiveerd: geen valincidenten in de laatste 90 dagen.,
cFALLS_1	Geactiveerd wegens een gemiddeld risico op valincidenten, gebaseerd op één gerapporteerd valincident in de laatste 90 dagen.,
cFALLS_2	Geactiveerd wegens een hoog risico op valincidenten, gebaseerd op veel gerapporteerde valincidenten in de laatste 30 dagen.,
cFEEDTB	Resultaat code CAP Sondevoeding
cFEEDTB_0	Niet geactiveerd
cFEEDTB_1	Geactiveerd wegens laag risico: de persoon heeft geen cognitieve capaciteiten meer
cFEEDTB_2	Geactiveerd wegens hoog risico: de persoon heeft nog enkele cognitieve capaciteiten.
cNUTR	Resultaat code CAP Ondervoeding
cNUTR_0	Niet geactiveerd: BMI-score = 22 of meer, geen gevaar voor ondervoeding.,
cNUTR_1	Geactiveerd wegens matig risico (BMI-score = 19 tot 21) zonder gevaar voor plots overlijden.,
cNUTR_2	Geactiveerd wegens hoog risico (BMI-score = lager dan 19) zonder gevaar voor plots overlijden.,
cPAIN	Resultaat code CAP Pijn
cPAIN_0	Niet geactiveerd: geen lichte of hevige pijn.,
cPAIN_1	Geactiveerd als matige prioriteit wegens dagelijks lichte pijn.,
cPAIN_2	Geactiveerd als hoge prioriteit wegens hevige, vreselijke of ondraaglijke pijn ongeacht de frequentie.,
cPULCER	Resultaat code CAP Decubitus
cPULCER_0	Niet geactiveerd
cPULCER_1	Geactiveerd wegens de aanwezigheid van een decubitus stadium II of hoger waarbij genezing het zorgdoel is.,
cPULCER_2	Geactiveerd wegens de aanwezigheid van een decubitus stadium I met risico om een decubitus stadium II of hoger te ontwikkelen.,
cPULCER_3	Geactiveerd wegens de aanwezigheid van risicofactoren om decubitus te ontwikkelen.,
cURIN	Resultaat code CAP Urine-incontinentie
cURIN_0	Niet geactiveerd : zwakke besluitvorming en/of beperkte cognitieve vaardigheden bij het begin van het onderzoek.,

cURIN_1	Niet geactiveerd: continent bij het begin van het onderzoek.,
cURIN_2	Geactiveerd om achteruitgang te voorkomen: hogere mate van achteruitgang verwacht.,
cURIN_3	Geactiveerd om de blaasfunctie te bevorderen.,
cBOWEL	Resultaat code CAP Darmproblemen
cBOWEL_0	Niet geactiveerd: eventueel behandelde darmproblemen.,
cBOWEL_1	Geactiveerd om achteruitgang te voorkomen.,
cBOWEL_2	Geactiveerd op potentiële vooruitgang.,
cDEHYD	Resultaat code CAP Dehydratatie
cDEHYD_0	Niet geactiveerd: geen verstoorde vochtbalans en/of dehydratatie.,
cDEHYD_1	Geactiveerd wegens laag niveau: geen complicaties van dehydratatie.,
cDEHYD_2	Geactiveerd wegens hoog niveau: met oorzaken of complicaties van dehydratatie.,
cCARDIO	Resultaat code CAP Hart en ademhaling
cCARDIO_0	Niet geactiveerd: er komen geen cardiorespiratoire symptomen voor.,
cCARDIO_1	Geactiveerd wegens één of meerdere cardiorespiratoire symptomen.,
cADD	Resultaat code CAP Tabak- en alcoholgebruik
cADD_0	Niet geactiveerd: geen aanleiding tot stoppen met roken of reduceren van alcoholgebruik.,
cADD_1	Geactiveerd wegens dagelijks roken en/of alcoholbehoefte.,
cDRUG	Resultaat code CAP Juist en verantwoord medicatiegebruik
cDRUG_0	Niet geactiveerd: medicatiereview is op dit moment geen prioriteit
cDRUG_1	Geactiveerd wegens hoge prioriteit: meer dan negen verschillende geneesmiddelen gecombineerd met een onstabiele gezondheid.,
cORALHYG	Resultaat code CAP Mondhygiëne
cORALHYG_1	Geactiveerd om dagelijkse mondhygiëne te verbeteren.
cORALHYG_0	Niet geactiveerd, geen plaque en tandsteen zichtbaar.
cBEHAV	Resultaat code CAP Gedrag
cBEHAV_0	Niet geactiveerd: geen gedragsproblemen (op gebied van ronddwalen, verbaal en fysiek geweld, sociaal storend gedrag, ongepast seksueel gedrag en weigeren van zorg) tijdens de laatste drie dagen.,
cBEHAV_1	Geactiveerd om te voorkomen dat gedragsproblemen (op gebied van ronddwalen, verbaal en fysiek geweld, sociaal storend gedrag, ongepast seksueel gedrag en weigeren van zorg) dagelijks gaan optreden.,

cBEHAV_2	Geactiveerd om dagelijkse gedragsproblemen (op gebied van ronddwalen, verbaal en fysiek geweld, sociaal storend gedrag, ongepast seksueel gedrag en weigeren van zorg te reduceren.,
cDENTISTREFER	Resultaat code CAP Doorverwijzing naar de tandarts
cDENTISTREFER_0	Niet geactiveerd, doorverwijzing naar een tandarts is momenteel geen prioriteit.
cDENTISTREFER_1	Geactiveerd, doorverwijzing naar een tandarts is aangewezen.
sADLH	Totaalscore ADL Hierarchy Scale (sADLH)
sADLH_0	Zelfstandig bij de 4 ADL-functies.,
sADLH_1	Tenminste toezicht bij één ADL-functie (en minder dan beperkte hulp bij alle 4 ADL-functies).,
sADLH_2	Beperkte hulp vereist bij 1 of meer van de 4 ADL-functies (en minder dan uitgebreide hulp bij alle 4 ADL-functies).,
sADLH_3	Tenminste uitgebreide hulp vereist bij de persoonlijke hygiëne en/of het toiletgebruik (en minder dan uitgebreide hulp vereist bij het eten en het zich verplaatsen).,
sADLH_4	Uitgebreide hulp vereist bij het eten en/of het zich verplaatsen (geen totale afhankelijkheid bij het eten en het zich verplaatsen).,
sADLH_5	Totale afhankelijkheid bij het eten en/of het zich verplaatsen.,
sADLH_6	Totale afhankelijkheid bij de 4 ADL-functies.,
sADLLF	Totaalscore ADL Long Form Scale (sADLLF)
sADLLF_unique	Hogere scores (op een schaal van 0 tot 28) duiden op meer moeilijkheden bij het uitvoeren van activiteiten, een grotere afhankelijkheid of hulpbehoefendheid.,
sADLSF	Totaalscore ADL Short Form Scale (sADLSF)
sADLSF_unique	Hogere scores (op een schaal van 0 tot 16) duiden op meer moeilijkheden bij het uitvoeren van activiteiten, een grotere afhankelijkheid of hulpbehoefendheid.,
sCHESS	Totaalscore Changes in Health, End-stage Disease and Symptoms and Signs Scale (sCHESS)
sCHESS_0	Stabiele gezondheid,
sCHESS_1	Minimale instabiliteit van de gezondheid,
sCHESS_2	Lage instabiliteit van de gezondheid,
sCHESS_3	Matige instabiliteit van de gezondheid,
sCHESS_4	Hoge instabiliteit van de gezondheid,
sCHESS_5	Zeer hoge instabiliteit van de gezondheid,
aMAPLE	Totaalscore Method for Assigning Priority Levels (aMAPLe)

aMAPLE_1	Lage prioriteit,	
aMAPLE_2	Milde prioriteit,	
aMAPLE_3	Matige prioriteit,	
aMAPLE_4	Hoge prioriteit,	
aMAPLE_5	Zeer hoge prioriteit,	
sDIVERT	Totaalscore Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips Scale (sDIVERT)	
sDIVERT_unique	Hoe hoger de score (op een schaal van 1-6), hoe groter het risico op een ongeplande opname in een spoeddienst binnen 6 maanden na beoordeling.,	
sFRAILITY	Totaalscore Frailty Scale Home Care (sFrailty)	
sFrailty_0	Persoon is niet kwetsbaar	
sFRAILITY_range_0_1_0_9	Hoe hoger de score (op een schaal van 0-1) hoe meer tekenen van kwetsbaarheid	
sFrailty_1	Persoon is kwetsbaar	
sDRS	Totaalscore Depression Rating Scale (sDRS)	
sDRS_range_0_14	Hoe hoger de score (op een schaal van 0-14) hoe waarschijnlijker de aanwezigheid van een depressiestoornis.,	
sABS	Totaalscore Aggressive Behaviour Scale (sABS)	
sABS_0	Geen tekenen van agressie,	
sABS_range_1_4	Lichte tot matige agressie,	
sABS_range_5_12	Ernstige agressie,	
sFUNH	Totaalscore ADL-IADL Functional Hierarchy Scale (sFUNH)	
sFUNH_unique	Hoe hoger de score (op een schaal van 0-11), hoe meer problemen om ADL- en IADL-taken uit te voeren.,	
sIADLCH	Totaalscore IADL Capacity Hierarchy Scale (sIADLCH)	
sIADLCH_0	Geen problemen,	
sIADLCH_1	Een enkel probleem,	
sIADLCH_2	Twee of drie problemen,	
sIADLCH_3	Vier of meer problemen,	
sIADLCH_4	Soms afhankelijk,	
sIADLCH_5	Meestal afhankelijk,	
sIADLCH_6	Altijd afhankelijk,	
sPAIN	Totaalscore Pain Scale (sPAIN)	

sPAIN_0	Geen pijn,	
sPAIN_1	Minder dan dagelijks pijn,	
sPAIN_2	Dagelijks matige pijn ,	
sPAIN_3	Dagelijks ernstige pijn,	
sPAIN_4	Dagelijks vreselijke of ondraaglijke pijn,	
sPURS	Totaalscore Pressure Ulcer Risk Scale (sPURS)	
sPURS_0	Zeer laag risico,	
sPURS_1_2	Laag risico,	
sPURS_3	Matig risico,	
sPURS_4_5	Hoog risico,	
sPURS_6_7_8	Zeer hoog risico,	
sDbSI	Totaalscore Deafblind Severity Index (sDbSI)	
sDbSI_0	Beide zintuigen zijn intact.,	
sDbSI_1	Eén zintuig is intact en het andere zintuig is licht tot matig verstoord.,	
sDbSI_2	Eén zintuig is intact en het andere zintuig is ernstig verstoord.,	
sDbSI_3	Beide zintuigen zijn licht tot matig verstoord.,	
sDbSI_4	Eén zintuig is licht tot matig verstoord en het andere zintuig is ernstig verstoord.,	
sDbSI_5	Beide zintuigen zijn ernstig verstoord.,	
sCPS2	Totaalscore Cognitive Performance Scale 2 (sCPS2)	
sCPS2_0	Intact,	
sCPS2_1	Intact,	
sCPS2_2	Zo goed als intact,	
sCPS2_3	Borderline Intact,	
sCPS2_4	Matig verstoord,	
sCPS2_5	Matig verstoord,	
sCPS2_6	Ernstig verstoord,	
sCPS2_7	Ernstig verstoord,	
sCPS2_8	Zeer ernstig verstoord,	
sBMI	Body Mass Index (sBMI)	
sCOMM	Totaalscore Communication Scale (sCOMM)	
sCOMM_0	Intact,	

sCOMM_1	Borderline intact, (vanaf juni 2026: Zo goed als intact)	
sCOMM_2	Licht verstoord,	
sCOMM_3	Licht tot matig verstoord,	
sCOMM_4	Matig verstoord,	
sCOMM_5	Matig tot ernstig verstoord,	
sCOMM_6	Ernstig verstoord,	
sCOMM_7	Ernstig tot zeer ernstig verstoord,	
sCOMM_8	Zeer ernstig verstoord,	
sCPS	Cognitive Performance Scale (sCPS)	
sCPS_0	Intact,	
sCPS_1	Borderline intact, (vanaf juni 2026: Zo goed als intact)	
sCPS_2	Licht verstoord,	
sCPS_3	Matig verstoord,	
sCPS_4	Matig ernstig verstoord,	
sCPS_5	Ernstig verstoord,	
sCPS_6	Zeer ernstig verstoord,	
sCARE	Caregiver Risk Evaluation (CaRE) Algorithm	
sCARE_1	Laag risico,	
sCARE_2	Matig risico,	
sCARE_3	Hoog risico,	
sCARE_4	Zeer hoog risico,	
	Clinician-Rated Mood Scale	
	Composite Mood Scale	
	First Fall Scale - HC	
sFRS_unique	Fracture Risk Scale - HC	
sFRS	Hogere scores (op een schaal van 0-8) duiden op een hogere kans op een heupfractuur binnen het jaar.	
	Geriatric Screener	
	MI Choice Algorithm	
sPS_unique	Personal Support Scale	
sPS		

	Self-Reliance Algorithm - HC	
	Self-Report Mood Scale	
	Vulnerable Persons at Risk (VPR)	
iA8	Reden voor beoordeling	
iA9	Beoordelingsreferentiedatum	
iA11b	Verblijfplaats op het tijdstip van beoordeling	
iA12a	Huidige woonsituatie	
iA12b	Woonsituatie 90 dagen geleden	
iA13	Tijd sinds laatste ziekenhuisverblijf	
iC2a	Kortetermijngeheugen	
iC1	Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming	
iD1	Uiting - Zichzelf duidelijk maken	
iB2	Datum waarop de professionele zorg, ondersteuning of begeleiding is opgestart	
iB5 (alle subschalen)	Opgenomen geweest in de afgelopen 5 jaar	
iI1 (alle subschalen)	Ziektebeelden	
iJ6c	Terminaal stadium van ziekte, 6 maanden of minder te leven	
iM3	Houdt zich aan de voorschriften van geneesmiddelen voorgeschreven door de arts	
iM14	Totaal aantal geneesmiddelen	
iN1 (alle subschalen)	Preventie	
iN2 (alle subschalen)	Ontvangen of geplande behandelingen en programma's in de laatste 3 dagen (of sinds de laatste beoordeling indien minder dan 3 dagen)	
iN3a	Familiehulp	
iN3c	Huishoudhulp	
iN5	Opname in acuut ziekenhuis met minstens één doorgebrachte nacht	
iN5a	Opname in acuut ziekenhuis met minstens één doorgebrachte nacht	
iN5b	Spoeddienst bezocht (zonder overnachting)	
iN5c	Raadpleging arts (of bevoegd assistent)	
iP1 (alle subschalen)	Twee belangrijkste mantelzorgers	
iP2 (alle subschalen)	Toestand van mantelzorger(s)	
iP3	Uren mantelzorg en actieve monitoring in de laatste 3 dagen	
iP5	Tijd met persoon	

iR1	One or more care goals met in the last 90 days (or since last assessment if less than 90 days)	
iR2	Overall self-sufficiency has changed significantly as compared to status of 90 days ago (or since last assessment if less than 90 days)	
iT2	Ontslagbestemming	
iU2	Datum waarop de beoordeling volledig was afgerond	
iE3 (alle subschalen)	Gedragssymptomen	Noodzakelijk voor het berekenen van Resource Utilization Groups, dewelke nog niet voor België gevalideerd werden.
iG1aa	Uitvoering van maaltijdbereiding	
iG1da	Uitvoering van geneesmiddelenbeheer	
iG1ea	Uitvoering van telefoongebruik	
iG2g	Toilettransfer	
iG2h	Toiletgebruik	
iG2i	Beweeglijkheid in bed	
iG2j	Eten en drinken	
iJ2h	Waanideeën	
iJ2i	Hallucinaties	
iJ2j	Afasie	
iJ2n	Overgeven	
iJ2q	Koorts	
iJ2r	Bloeding in het gastro-intestinaal of genito-urinair kanaal	
iK2a	Gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen 0: Nee 1: Ja	
iK2c	Gedehydrateerd (uitdrogingsverschijnselen)	
iK3	Manier van voedselinname	
iL1	Doorligwonde met hoogste ernstgraad	
iL4	Ernstige huidproblemen	
iL5	Skin tears of snijwonden, geen operatiewonden	
iL7	Voetproblemen	
iN3eb	Totaal aantal minuten kinesitherapie behandeling in de laatste 7 dagen gegeven	
iN3fb	Totaal aantal minuten ergotherapie behandeling in de laatste 7 dagen gegeven	
iN2gb	Totaal aantal minuten logopedie/audiologie behandeling in de laatste 7 dagen gegeven	

Bijlage 3C: Vragenlijst praktijkregistratie

De praktijkregistratie dient te worden ingevuld per deelnemende (deel-)praktijk door de ‘field manager’.

1. Karakteristieken (deel-)praktijk (Frequentie : per semester tenzij anders vermeld)

Administratieve gegevens op het niveau van de (deel-)praktijk

ID	Vraag	Veld type	Opmerkingen	Light registratie (Vragen die ook door controlepraktijk beantwoord moeten worden)
Q0.1	Derdebetalernummer	Geformatteerde input	Q0.1 tot en met Q0.7 worden automatisch ingevuld op basis van data RIZIV	Ja
Q0.2	Naam van de (deel-)praktijk	Tekst		Ja
Q0.3	Adres (straat en nummer)	Tekst		Ja
Q0.4	Postcode	Geformatteerde input		Ja
Q0.5	Naam en voornaam van de contactpersoon	Tekst		Ja
Q0.6	E-mailadres van de contactpersoon	Tekst		Ja
Q0.7	Unieke code (deel-)praktijk	Tekst (of geformatteerde input indien mogelijk)		Ja
Q0.8	Welke functie heeft de « field manager » in uw (deel-)praktijk?	Meerkeuze: • Coördinator van de (deel-)praktijk met direct patiëntencontact als zorgverlener • Coördinator van de (deel-)praktijk zonder direct patiëntencontact als zorgverlener • Zorgverlener zonder coördinerende rol • Administratieve verantwoordelijke • Andere: specificeer		Nee
Q0.9	Taal van communicatie met de patiënt(en):	Subvelden: • Q0.9a: Nederlands: Ja/nee • Q0.9b: Frans: Ja/nee • Q0.9c: Duits: Ja/nee	Deze vragen om te kunnen inschatten in welke talen survey voorzien moet worden (enkel bij eerste meetmoment)	Ja

		• Q0.9d: Engels: Ja/nee • Q0.9e: Arabisch: Ja/nee • Q0.9f: Spaans: Ja/nee • Q0.9g: Andere: tekst		
Q0.10	IBAN rekeningnummer voor de uitbetaling vergoeding deelname survey en praktijkregistratie:	Geformateerde input		Ja
Q0.11	KBO-nummer:	Geformateerde input		Ja
Q0.12	Hoeveel verpleegkundigen zijn actief in de (deel-)praktijk (personen)?	Natuurlijk getal		Ja
Q0.13	Hoeveel zorgkundigen zijn actief in de (deel-)praktijk (personen)?	Natuurlijk getal		Ja
Q0.14	Hoeveel VTE verpleegkundigen zijn actief in de (deel-)praktijk?	Natuurlijk getal	Infobox: Een Voltijds Equivalent (VTE) komt overeen met 38 uren per week	Ja
Q0.15	Hoeveel VTE zorgkundigen zijn actief in de (deel-)praktijk?	Natuurlijk getal	Infobox: Een Voltijds Equivalent (VTE) komt overeen met 38 uren per week	Ja
Q0.16	Kunt u ons de naam, voornaam, RIZIV-nummer, taal, telefoonnummer en e-mailadres bezorgen van een potentiële kandidaat voor deelname aan focusgroepen of interviews?	Subvelden: • Q0.16a: Praktijkcoördinator: tekst • Q0.16b: Verpleegkundige: tekst • Q0.16c: Zorgkundige: tekst		Ja
Q0.17	Heeft uw (deel-)praktijk een samenwerkingsverband met een of meerdere ziekenhuizen? Indien ja, omschrijf de aard van de samenwerking (zorgplan, financieel, doorverwijsbeleid,...).	Tekst		Nee
Q0.18	Heeft uw (deel-)praktijk een samenwerkingsverband met een of meerdere huisartsenpraktijken? Indien ja, omschrijf de aard van de samenwerking (zorgplan, financieel, doorverwijsbeleid,...).	Tekst		Nee
Q0.19	Heeft uw (deel-)praktijk een samenwerkingsverband met een andere zorgactor? Indien ja, omschrijf het type zorgactor (bv. Kinesist, woonzorgcentrum, ...) en de aard van de	Tekst		Nee

	samenwerking (zorgplan, financieel, doorverwijsbeleid,...).			
Q0.20	Hoeveel verpleegkundigen in uw (deel-)praktijk volgden de training tot BelRAI evaluator (Screening + Home Care)?	Natuurlijk getal		Nee
Q0.21	Is het afnemen van de BelRAI Screener binnen uw (deel-)praktijk een afzonderlijke functie of wordt deze taak door verschillende zorgverleners verricht?	Meerkeuze: - Afzonderlijke functie - Verschillende zorgverleners		Nee
Q0.22	Is het afnemen van de BelRAI Home Care binnen uw (deel-)praktijk een afzonderlijke functie of wordt deze taak door verschillende verpleegkundigen verricht?	Meerkeuze: - Afzonderlijke functie - Verschillende zorgverleners		Nee
Q0.23	Hoeveel vacatures voor verpleegkundigen van uw (deel-)praktijk konden tijdens het afgelopen semester niet worden ingevuld (langer dan 3 maanden open)?	Natuurlijk getal		Nee
Q0.24	Hoeveel vacatures voor zorgkundigen van uw (deel-)praktijk konden tijdens het afgelopen semester niet worden ingevuld (langer dan 3 maanden open)?	Natuurlijk getal		Nee
Q0.25	Is de (deel-)praktijk structureel gereorganiseerd sinds 2024? Indien ja, leg uit. (Fusie, verandering van statuut, samenvoeging/splitsing van afdelingen,...)	Tekst		Ja

2. Criteria stimulerende praktijkfinanciering (per semester – enkel door pilootpraktijken)

Onderstaande vragen hebben betrekking op de werking van uw (deel-)praktijk gedurende het voorbije semester.

ID	Vraag	Veld type	Opmerkingen
Criterium 1: Continuïteit van zorg			
Q1.1	Is de (deel-)praktijk 24 op 24 en 7 op 7 bereikbaar?	Ja/Nee	[Info box: mail, tel...]
Q1.2	Geef aan via welke modaliteiten de (deel-)praktijk 24 op 24 en 7 op 7 bereikbaar is:	Tekst	Als Q1.1 = Ja
Q1.3	Is de (deel-)praktijk 24 op 24 en 7 op 7 beschikbaar?	Ja/Nee	[Info box: definitie]
Q1.4	Omschrijf het wachtbeleid, inzake beschikbaarheid, maximale termijn tussen contactname en zorgverlening, ...	Tekst	Als Q1.3 = Ja
Q1.5	Doet de (deel-)praktijk beroep op een externe praktijk in geval van onbeschikbaarheid?	Ja/Nee	Als Q1.3 = Nee

Criterium 2: Referentieverpleegkundigen			
Q2.1	Over hoeveel referentieverpleegkundigen voor wondzorg beschikt de (deel-)praktijk (specifiek verbonden aan de (deel-)praktijk)?	Natuurlijk getal	
Q2.2	Doet de (deel-)praktijk een beroep op externe referentieverpleegkundigen gespecialiseerd in wondzorg in het kader van een gestructureerde samenwerking?	Ja/Nee	
Q2.3	Hoeveel opleidingsuren met betrekking tot wondzorg werden er in de afgelopen vier jaar binnen de (deel-)praktijk gerealiseerd?	Natuurlijk getal	
Q2.4	Hoeveel diabeteseducatoren telt de (deel-)praktijk (specifiek verbonden aan de (deel-)praktijk)?	Natuurlijk getal	
Q2.5	Doet de (deel-)praktijk een beroep op externe referentieverpleegkundigen voor diabeteseducatie in het kader van een gestructureerde samenwerking?	Ja/Nee	
Q2.6	Hoeveel opleidingsuren met betrekking tot diabeteszorg werden er in de afgelopen vier jaar binnen de (deel-)praktijk gerealiseerd?	Natuurlijk getal	
Criterium 3: Gestructureerd beleid rond vorming, training en opleiding voor zorgkundigen en verpleegkundigen			
Q3.1	Hoeveel uren opleiding per VTE zorgkundige werden er tijdens het voorbije semester gerealiseerd?	Natuurlijk getal	
Q3.2	Beschikt de (deel-)praktijk over een gecentraliseerd opleidingsbeleid voor zorgkundigen?	Ja/Nee	[Info box: definitie]
Q3.3	Hoeveel uren opleiding per VTE verpleegkundige werden er tijdens het voorbije semester gerealiseerd?	Natuurlijk getal	
Q3.4	Beschikt de (deel-)praktijk over een gecentraliseerd opleidingsbeleid voor verpleegkundigen?	Ja/Nee	[Info box: definitie]
Criterium 4: Gestructureerd opleidingsbeleid voor leidinggevenden/verantwoordelijken			
Q4.1	Hoeveel uren opleiding werden er tijdens het voorbije semester gevolgd door de leidinggevende/verantwoordelijke van de (deel-)praktijk?	Natuurlijk getal	
Q4.2	Beschikt de (deel-)praktijk over een gecentraliseerd opleidingsbeleid voor leidinggevenden/verantwoordelijken?	Meerkeuze: - Ja - Nee - In voorbereiding	[Info box: definitie]
Criterium 5: Gegevensdeling met andere gezondheidsberoepen			
Q5.1	Is er een actieve gegevensdeling met andere zorgverleners via beveiligde communicatiekanalen (zoals HUB, Silo, enz.) en op basis van een aantoonbare procedure?	Ja/Nee	[Info box: lijst van uitwisselingsplatformen?]
Q5.2	Wat is de naam van het uitwisselingsplatform?	Tekst	Si Q5.1 = Ja
Q5.3	Specificeer de technische kenmerken van het uitwisselingsplatform:	Tekst	
Criterium 6: Gegevensdeling met patiënten en/of mantelzorgers			
Q6.1	Is er een actieve gegevensdeling met patiënten en mantelzorgers via beveiligde communicatiekanalen (zoals HUB, Silo, enz.) en op basis van een aantoonbare procedure?	Ja/Nee	[Info box: lijst van uitwisselingsplatformen?]
Q6.2	Wat is de naam van het uitwisselingsplatform?	Tekst	Als Q6.1 = Ja
Q6.3	Specificeer de technische kenmerken van het uitwisselingsplatform:	Tekst	

Criterium 7: Kwaliteitsbeleid			
Q7.1	Beschikt uw (deel-)praktijk over een uitgewerkt klachtenbeleid?	Ja/Nee	Als Q7.1 = Ja
Q7.2	Is het klachtenbeleid gekend door zorgverleners en patiënten?	Ja/Nee	
Q7.3	Beschikt uw (deel-)praktijk over een incidentenregister waarover minstens jaarlijks wordt gerapporteerd en waaraan acties worden gekoppeld?	Ja/Nee	
Q7.4	Heeft uw (deel-)praktijk een verantwoordelijke toegewezen voor het behandelen van klachten?	Ja/Nee	
Criterium 8: Algemene zorg			
Q8.1	Hoeveel van de VTE verpleegkundigen binnen uw (deel-)praktijk zijn verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg?	Natuurlijk getal	Aan de hand van individuele deel bepalen wat de norm is voor deze praktijk
Q8.2	Werkt uw (deel-)praktijk samen met andere (deel-)praktijken om beroep te kunnen doen op verpleegkundigen verantwoordelijk voor de algemene zorg (exclusief eventuele samenwerkingen voor permanentie)?	Ja/Nee	Als Q8.1 <1
Criterium 9: Patiëntenmix			
Q9.1	Aan welke patiëntenprofielen bood uw (deel-)praktijk het afgelopen semester zorg aan?	Subvelden: - Q9.1a: Enkel nomenclatuur - Q9.1b: Forfait A - Q9.1c: Forfait B - Q9.1d: Forfait C	Meerdere antwoorden mogelijk
Q9.2	Bestaat minstens 2,5% van de patiëntengroep uit palliatieve patiënten?	Ja/Nee	Textbox met berekeningsmethode
Criterium 10: Verpleegkundig specialisten			
Q10.1	Worden binnen uw (deel-)praktijk verpleegkundig specialisten ingezet?	Meerkeuze: - Ja - Nee, maar er is hiervoor een structurele samenwerking met een andere (deel-)praktijk - Nee, en er is ook geen samenwerking met een andere (deel-	Domein en diploma van de verpleegkundig specialist in individuele registraties

		)praktijk hieromtrent	
Criterium 11: Stagebeleid			
Q11.1	Worden er in uw (deel-)praktijk stageplaatsen aangeboden voor verpleegkundigen/zorgkundigen in opleiding?	Meerkeuze: • Ja, op structurele wijze • Ja, stages worden ad hoc georganiseerd Nee	Als Q11.1 = Ja
Q11.2	Hoeveel stageplaatsen zijn er dit semester ingevuld in uw (deel-)praktijk?	Natuurlijk getal	
Q11.3	Hoeveel stagementoren zijn er dit semester in uw (deel-)praktijk beschikbaar?	Natuurlijk getal	
Q11.4	Beschikt uw (deel-)praktijk over een uitgewerkt stagebeleid?	Ja/Nee	
Bonuscriterium voor kleine (deel-)praktijken (maximum 6 VTE)			
QB	Voor kleinere (deel-)praktijken met maximum 6 VTE: Werd er het voorbije jaar een formeel georganiseerde samenwerking tussen 3 à 6 verpleegkundigen opgezet, waarbij: - de rollen, verantwoordelijkheden en afspraken schriftelijk vastgelegd werden - geen rollen gedeeld opgenomen worden door meerdere VTE actief in de praktijk de rollen actief worden toegepast in de werking van de (deel-)praktijk?	Ja/Nee	Gericht op kleine (deel-)praktijken

3. In te vullen op individueel niveau per zorgverlener (per semester)

ID	Vraag	Veld type	Opmerkingen	Ook in controlepraktijk?	Retroactief verzamelen?
Q1.1	Wat is het geboortjaar?	Natuurlijk getal		Ja	Ja
Q1.2	Hoeveel percent VTE is deze persoon actief in deze praktijk?	Natuurlijk getal		Ja	Ja
Q1.3	Wat is het gender?	Meerkeuze: - Man - Vrouw - Andere		Ja	Ja
Q1.4	Wat is het RIZIV nummer van de zorgverlener?	Geformateerde input, VERPLICHT VELD		Ja	Ja
Q1.5	Wat is het type zorgverlener?	Meerkeuze: Zorgkundige		Ja	Ja

		• Basisverpleegkundige • Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (of gelijkgesteld)			
QI.6	Wat is het jaar van het behalen van het basisdiploma als verpleegkundige of zorgkundige?	Natuurlijk getal		Ja	Nee
QI.7	Wat is de basisopleiding als verpleegkundige?	Meerkeuze: • Ziekenhuisassistent • Gediplomeerde/HBO5/A2 in de verpleegkunde • Bachelor/A1 in de verpleegkunde • Andere	Als QI.5 ≠ zorgkundige	Ja	Ja
QI.8	Heeft de verpleegkundige aanvullende opleidingen gevolgd?	Subvelden: • QI.8a: Nee • QI.8b: Bachelor/A1 in de verpleegkunde • QI.8c: Postgraduaat • QI.8d: Bijkomende bachelor • QI.8e: Master in de verpleegkunde of vroedkunde / Master in het management en beleid van de gezondheidszorg / Licentiaat medisch-sociale wetenschappen • QI.8f: Andere universitaire opleiding (master) • QI.8g: Doctoraat	Als QI.5 ≠ zorgkundige Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Ja
QI.9	Wat is de basisopleiding als zorgkundige?	Meerkeuze: • Een opleiding die leidt tot het beroep van zorgkundige • Een opleiding die aanvullend op de elders verworven bekwaamheden door de bevoegde instanties gelijkgesteld is aan de opleiding van zorgkundige • Een certificaat waaruit de competenties van zorgkundige vervuld zijn (eerste jaar opleiding verpleegkundige met	Als QI.5 = zorgkundige	Ja	Nee

		bijkomende voorwaarden stage en ouderenzorg)			
QL.1 0	Voor zorgkundigen opgeleid voor september 2019: heeft de zorgkundige een opleiding gevolgd via PentaPlus?	Ja/Nee	Als QL.5 = zorgkundige + Infobox PentaPlus (bijkomende opleiding van 150u in 5 extra handelingen om deze 5 extra handelingen te mogen stellen)	Ja	Nee
QL.1 1	Heeft de verpleegkundige een bijzondere beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid?	Meerkeuze: • Nee • BBK • BBT	Als QL.5 ≠ zorgkundige	Ja	Nee
QL.1 2	Indien de verpleegkundige een BBT heeft, welke?	Subvelden: • QL.12a: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in geriatrie (MB van 19 april 2007) • QL.12b: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in intensieve zorg en spoedgevallenzorg (MB van 19 april 2007) • QL.12c: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie (MB van 28 januari 2009) • QL.12d: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en de neonatologie (MB van 16 februari 2012) • QL.12e: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie (MB van 24 april 2013) • QL.12f: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in de perioperatieve zorg (MB van 26 maart 2014)	Als QL.11 = BBT Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Nee
QL.1 3	Indien de verpleegkundige een BBK heeft, welke?	Subvelden:	Als QL.11 = BBK	Ja	Nee

		• QI.13a: BBK van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie (MB van 19 april 2007) • QI.13b: BBK van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de diabetologie (MB van 20 februari 2012) • QI.13c: BBK van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie (MB van 24 april 2013) • QI.13d: BBK van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de palliatieve zorg (MB van 8 juli 2013)	Meerdere antwoorden mogelijk		
QI.1 4	Is de verpleegkundige een referentieverpleegkundige?	Meerkeuze: • Enkel advies voor patiënten binnen de eigen praktijk • Ook advies voor patiënten buiten de eigen praktijk • Nee	Als QI.5 ≠ zorgkundige	Ja	Nee
QI.1 5	In welk domein is de verpleegkundige een referentieverpleegkundige?	Subvelden: • QI.15a: Diabetes • QI.15b: Wondzorg • QI.15c: Oncologie en/of palliatieve zorg • QI.15d: Ouderenzorg • QI.15e: Valpreventie • QI.15f: Dementie • QI.15g: Geestelijke gezondheidszorg • QI.15h: Andere	Als QI.14 ≠ Nee Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Nee
QI.1 6	Hoeveel percent van een VTE is de verpleegkundige binnen de praktijk actief als referentieverpleegkundige?	Natuurlijk getal ≤ 100	Als QI.14 ≠ Nee	Ja	Nee
QI.1 7	Is de verpleegkundige een verpleegkundig specialist?	Meerkeuze: • Nee	Als QI.5 ≠ zorgkundige	Ja	Nee

		• Wordt ingeschakeld als verpleegkundig specialist in afwachting van officiële erkenning • Wordt ingeschakeld als verpleegkundig specialist met officiële erkenning			
QI.1 8	Aan wie geeft de verpleegkundig specialist advies?	Meerkeuze: • Enkel advies voor patiënten binnen de eigen praktijk • Ook advies voor patiënten buiten de eigen praktijk	Als QI.17 ≠ Nee	Ja	Nee
QI.1 9	In welk domein is de verpleegkundig specialist gespecialiseerd?	Subvelden: • QI.19a: Diabetes • QI.19b: Wondzorg en/of Stomazorg • QI.19c: Oncologie en/of palliatieve zorg • QI.19d: Ouderenzorg • QI.19e: Valpreventie • QI.19f: Dementie • QI.19g: Geestelijke gezondheidszorg • QI.19h: Incontinentie • QI.19i: Andere	Als QI.17 ≠ Nee Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Nee
QI.2 0	Hoeveel percent van een VTE is de verpleegkundige binnen de praktijk actief als verpleegkundig specialist?	Natuurlijk getal ≤ 100	Als QI.17 ≠ Nee	Ja	Nee
QI.2 1	Wordt deze zorgverlener binnen de praktijk ingeschakeld voor functies buiten de directe patiëntenzorg?	Subvelden: • QI.21a: Praktijkcoördinator/Verantwoordelijke praktijk: Natuurlijk getal ≤ 100 • QI.21b: Hoofd zorg: Natuurlijk getal ≤ 100 • QI.21c: Stafmedewerker: Natuurlijk getal ≤ 100 • QI.21d: Andere: Tekst		Ja	Nee
QI.2 2	Hoeveel percent VTE is deze zorgverlener actief binnen uw praktijk maar via een detachering/financiering (bv. vaste shiften) voor activiteiten buiten artikel 8 financiering?	Subvelden: • QI.22a: Medische huizen: Natuurlijk getal ≤ 100	Infobox	Nee	Nee

		• QI.22b: Huisartsenpraktijk: Natuurlijk getal ≤ 100 • QI.22c: Ziekenhuis (bv. dialyse in thuisomgeving) • QI.22d: labo: Natuurlijk getal ≤ 100 • QI.22e: andere: Natuurlijk getal ≤ 100			
QI.2 3	Is deze persoon ook actief in een andere zorgorganisatie buiten uw praktijk?	Subvelden: • QI.23a: Andere praktijk voor thuisverpleging • QI.23b: Algemeen of universitair ziekenhuis • QI.23c: Psychiatrisch ziekenhuis • QI.23d: Woonzorgcentrum • QI.23e: Eerstelijnszorg (bv. huisartsenpraktijk) • QI.23f: Gemeenschapszorg (bv. crèches, schoolgeneeskunde, arbeidsgeneeskunde, OCMW, mutualiteit, centra voor geestelijke gezondheidszorg, opvangtehuizen, jeugdbeschermingsdiensten, gevangenis) • QI.23g: Onderwijs (bv. school voor verpleegkunde) • QI.23h: Ander: Tekst • QI.23i: Informatie onbekend	Als QI.2 < 100% Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Ja
QI.2 4	Sinds wanneer werkt deze persoon op vaste basis in uw praktijk?	datum		Ja	Ja
QI.2 5	Sinds wanneer is deze persoon niet langer actief binnen uw praktijk?	datum		Ja	Ja
QI.2 6	In geval van langdurige afwezigheid (één maand of meer), geef specificaties in verband met de begin- en einddatum en eventuele veranderingen in werkregime bij terugkeer.	Tekst		Ja	Ja
QI.2 7	Hoeveel jaren ervaring heeft deze persoon in de (thuis)verpleging?	Natuurlijk getal		Ja	Nee
Enkel voor tijdelijke zorgverleners (interim + studentenarbeid) voor piloot- en controlepraktijken					

QIt. 1	Wat is het RIZIV nummer van de zorgverlener?	Tekst		Ja	Ja
QIt. 2	Welk type zorgverlener?	Meerkeuze: • Zorgkundige • Basisverpleegkundige Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (of gelijkgesteld)		Ja	Ja
QIt. 3	Gedurende welke periode was de zorgverlener actief in de (deel-)praktijk?	Subvelden: • QIt.3a: begindatum: datum • QIt.3b: einddatum: datum		Ja	Ja

4. In te vullen per (deel-)praktijk door ‘field manager’ – per meetperiode (dus maximaal 3 keer)

ID	Vraag	Veld type	Opmerkingen
SP1	Werden er opleidingen gevolgd in het kader van de deelname aan het pilootproject ter ondersteuning van een nieuwe manier van werken? Omschrijf welke opleiding(en) en de duur ervan.	Tekst	T _{-3m} pilote T ₊₁ pilote T ₊₂ pilote
SP2	Werden er initiatieven genomen om de interne communicatie te verbeteren in het kader van de deelname aan het pilootproject? Omschrijf.	Tekst	T _{-3m} pilote T ₊₁ pilote T ₊₂ pilote
SP3	Belemmeren onnodige regels, procedures en regelgeving het goed functioneren van de (deel-)praktijk?	Meerkeuze: • Nooit • Zelden • Soms • Vaak • Altijd	T _{-3m} piloot +ctrl T ₊₁ piloot +ctrl T ₊₂ piloot +ctrl
SP4	In welke mate denkt u dat de nieuwe financiering van thuisverpleging binnen dit pilootproject de volgende resultaten zal beïnvloeden? Subvelden: • SP4a: Verhoogde patiënttevredenheid • SP4b: Zorg beter afgestemd op de behoeften en doelen van patiënten • SP4c: Verbetering van zelfzorggedrag bij patiënten • SP4d: Verandering in de manier van zorgverlening (bv. meer tijd voor preventie, patiënt leren zichzelf te verzorgen) • SP4e: Betere ondersteuning van de autonomie van het personeel • SP4f: Verhoogde professionele tevredenheid bij thuisverpleegkundigen en zorgkundigen	Meerkeuze: • Helemaal niet akkoord • Niet akkoord • Neutraal • Akkoord • Helemaal akkoord	T _{-3m} piloot +ctrl T ₊₁ ctrl T ₊₂ ctrl

	• SP4g: Minder thuisverpleegkundigen en zorgkundigen die overwegen het beroep of de sector te verlaten • SP4h: Minder risico op burn-out bij thuisverpleegkundigen en zorgkundigen • SP4i: Betere ontwikkelingsmogelijkheden voor personeel • SP4j: Professionalisering van praktijken • SP4k: Betere rolverdeling binnen praktijken (bv. doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg) • SP4l: Betere werkdrukverdeling • SP4m: Betere benutting van competenties (verpleegkundige, zorgkundige, referentieverpleegkundige) • SP4n: Meer variatie in verpleegkundige activiteiten • SP4o: Betere taakdelegatie tussen zorgverleners (bv. van huisarts naar verpleegkundige, van verpleegkundige naar zorgkundige) • SP4p: Minder rolconflicten (zorgkundige vs. verpleegkundige) • SP4q: Betere overdracht van taken aan familie en mantelzorgers (niet-verpleegkundige taken) • SP4r: Vermindering van administratieve lasten binnen de (deel-)praktijk • SP4s: Betere organisatie van patiëntbezoeken (minder reistijd) • SP4t: Stabiliteit van aantal verpleegkundige contacten per shift • SP4u: Vermindering van wachtlijsten • SP4v: Zorg voor alle patiëntprofielen zonder selectie • SP4w: Betere interprofessionele samenwerking • SP4x: Implementatie van kwaliteitszorgprojecten in interdisciplinaire samenwerkingen • SP4y: Initiatieven gericht op zorgkwaliteit		
SP5	Hoe verloopt de communicatie met de volgende zorgverleners die betrokken zijn bij de begeleiding van uw patiënten? Subvelden: • SP5a: Huisartsen • SP5b: Verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk • SP5c: Ziekenhuispersoneel (bv. verpleegkundigen, specialisten) • SP5d: Diensten voor gezinszorg • SP5e: Andere eerstelijnszorgverleners (bv. kinesisten, apothekers)	Meerkeuze: • Zeer moeizaam • Moeizaam • Goed • Zeer goed • Niet van toepassing	T_{-3m} piloot +ctrl T₊₁ piloot +ctrl T₊₂ piloot +ctrl

SP6	Heeft u momenteel samenwerkingsprojecten met andere zorgverleners of zorgsectoren?	Meerkeuze: • Ja, gepland • Ja, reeds in uitvoering • Nee • Ik weet het niet	T-3m piloot +ctrl T+1 piloot +ctrl T+2 piloot +ctrl
SP7	Zo ja, met welk type zorgverlener/sector?	Meerdere antwoorden mogelijk : • SP7a: Ziekenhuis • SP7b: Huisarts • SP7c: Huisartsenpraktijk • SP7d: Medisch huis • SP7e: Andere: tekst	T-3m piloot +ctrl T+1 piloot +ctrl T+2 piloot +ctrl Als SP6 =1 of 2
SP8	Gelieve het project kort te beschrijven.	Tekst	T-3m piloot +ctrl T+1 piloot +ctrl T+2 piloot +ctrl Als SP6 =1 of 2
SP9	Gelieve alle nuttige documentatie te uploaden die ons helpt te begrijpen wat er momenteel loopt.	UPLOAD	T-3m piloot +ctrl T+1 piloot +ctrl T+2 piloot +ctrl Als SP6 =1 of 2
Voor de pilootpraktijken T-3m			
SP10	In welke mate bent u het eens met de volgende uitspraken? Subvelden: • SP10a: Als field manager merk ik dat mijn medewerkers enthousiast zijn over de deelname van onze (deel-)praktijk aan het pilootproject • SP10b: Ik verwacht dat de (deel-)praktijkpremie voldoende zal zijn • SP10c: De communicatie over de praktische modaliteiten van het pilootproject is duidelijk • SP10d: Ik verwacht dat het uurtarief voldoende zal zijn voor alle patiënttypes • SP10e: Ik verwacht dat de voorgestelde software het mogelijk maakt om tijdsregistratie en nieuwe interventiecodes eenvoudig te registreren • SP10f: Ik verwacht dat de IT-ondersteuning voor de specifieke software voldoende zal zijn	Meerkeuze: • Helemaal niet akkoord • Niet akkoord • Neutraal • Akkoord Helemaal akkoord	T-3m piloot

	- SP10g: De administratieve last die gepaard gaat met deelname aan het pilootproject lijkt mij op voorhand aanvaardbaar - SP10h: De opleidingscatalogus is toegankelijk - SP10i: De opleidingscatalogus lijkt mij volledig - SP10j: De impact van de nieuwe financiering op de inkomsten van de (deel-)praktijk lijkt mij duidelijk		
Voor de pilootpraktijken T+1 & T+2			
SP11	In welke mate bent u het eens met de volgende uitspraken? Subvelden: - SP11a: Als field manager merk ik dat mijn medewerkers enthousiast zijn over de deelname van onze (deel-)praktijk aan het pilootproject - SP11b: De (deel-)praktijkpremie is voldoende - SP11c: De communicatie over de praktische modaliteiten van het pilootproject is duidelijk - SP11d: Het uurtarief is voldoende voor alle patiënttypes - SP11e: De voorgestelde software maakt het eenvoudig om tijdsregistratie en nieuwe interventiecodes te registreren - SP11f: De IT-ondersteuning is voldoende - SP11g: De administratieve last die gepaard gaat met deelname aan het pilootproject is aanvaardbaar - SP11h: De opleidingscatalogus is toegankelijk - SP11i: De opleidingscatalogus is volledig - SP11j: De impact van de nieuwe financiering op de inkomsten van de (deel-)praktijk is duidelijk	Meerkeuze: - Helemaal niet akkoord - Niet akkoord - Neutraal - Akkoord Helemaal akkoord	T₊₁ piloot T₊₂ piloot
SP12	In welke mate denkt u dat de nieuwe financiering van thuisverpleging op dit moment de volgende resultaten beïnvloedt? Subvelden: - SP12a: Verhoogde tevredenheid bij patiënten - SP12b: Zorg beter afgestemd op de behoeften en doelen van patiënten - SP12c: Verbetering van het zelfzorggedrag van patiënten - SP12d: Verandering in de manier van zorgverlening (bv. meer tijd voor preventie, patiënt leren zichzelf te verzorgen) - SP12e: Betere ondersteuning van de autonomie van het personeel	Meerkeuze: - Helemaal niet akkoord - Niet akkoord - Neutraal - Akkoord Helemaal akkoord	T₊₁ piloot T₊₂ piloot

	• SP12f: Verhoogde professionele tevredenheid bij thuisverpleegkundigen en zorgkundigen • SP12g: Minder thuisverpleegkundigen en zorgkundigen die overwegen het beroep of de sector te verlaten • SP12h: Minder risico op burn-out bij thuisverpleegkundigen en zorgkundigen • SP12i: Betere ontwikkelingsmogelijkheden voor personeel • SP12j: Professionalisering van praktijken • SP12k: Betere rolverdeling tussen (deel-)praktijken, bv. doorverwijzing van bepaalde patiënten naar gespecialiseerde zorg • SP12l: Betere werkdrukverdeling • SP12m: Betere benutting van competenties (verpleegkundige, zorgkundige, inzet van referentieverpleegkundige) • SP12n: Meer variatie in verpleegkundige activiteiten • SP12o: Betere taakdelegatie tussen zorgverleners (bv. van huisarts naar verpleegkundige, van verpleegkundige naar zorgkundige) • SP12p: Minder rolconflicten (zorgkundige vs. verpleegkundige) • SP12q: Betere overdracht van taken aan familie en mantelzorgers (niet-verpleegkundige taken) • SP12r: Vermindering van administratieve lasten binnen de (deel-)praktijk • SP12s: Betere organisatie van patiëntbezoeken (minder reistijd) • SP12t: Stabiel aantal verpleegkundige contacten per shift • SP12u: Vermindering wachtlijsten • SP12v: Zorg voor alle patiëntprofielen, zonder selectie • SP12w: Betere interprofessionele samenwerking • SP12x: Implementatie van kwaliteitszorgprojecten in interdisciplinaire samenwerkingen • SP12y: Initiatieven gericht op zorgkwaliteit		
--	--	--	--