

Informatieveiligheidscomité Kamer sociale zekerheid en gezondheid
--

IVC/KSZG/25/430

BERAADSLAGING NR. 25/224 VAN 2 DECEMBER 2025 MET BETREKKING TOT DE MEDEDELING VAN GEPSEUDONIMISEERDE PERSOONSgegevens DIE DE GEZONDHEID BETREFFEN DOOR HET INTERMUTUALISTISCH AGENTSCHAP, HET RIZIV, EN BELRAI AAN HET FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG (KCE) IN HET KADER VAN HET PROJECT “2024-52: THUISVERPLEGING ARTIKEL 52 – PRAKTIJKREGISTRATIE PILOOTSTUDIE”

Het Informatieveiligheidscomité, kamer sociale zekerheid en gezondheid (hierna “het Comité” genoemd);

Gelet op de Verordening (EU) nr. 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (Algemene Verordening Gegevensbescherming);

Gelet op de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens*;

Gelet op de wet van 15 januari 1990 *houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid*, inzonderheid op artikel 37;

Gelet op de wet van 13 december 2006 *houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid*, in het bijzonder artikel 42 §2 3°, gewijzigd bij de wet van 5 september 2018;

Gelet op de wet van 21 augustus 2008 *houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform*;

Gelet op de machtigingsaanvraag vanwege het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg;

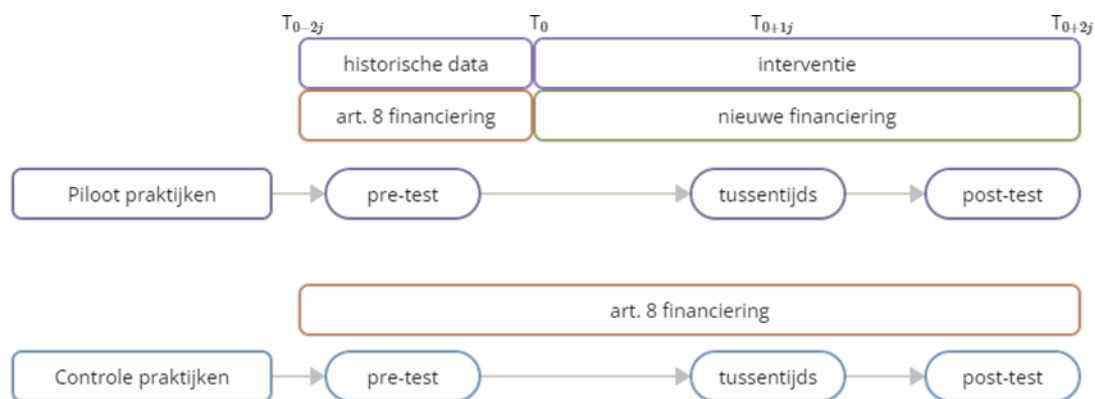
Gelet op het auditoraatsrapport van het eHealth-platform van 17 november 2025;

Gelet op het verslag van de heer Michel Deneyer;

Beslist op 2 december 2025, na beraadslaging, als volgt:

I. VOORWERP VAN DE AANVRAAG

1. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (hierna ‘KCE’) dient een aanvraag in bij het Informatieveiligheidscomité teneinde gepseudonimiseerde persoonsgegevens die de gezondheid betreffen te ontvangen van het Intermutualistisch Agentschap, het RIZIV en BelRAI in het kader van het project “2024-52: Thuisverpleging artikel 52 – praktijkregistratie pilootstudie”.
2. Het KCE kreeg de opdracht van het RIZIV om de wetenschappelijke evaluatie uit te voeren van een pilootproject dat een nieuw financieringsmodel voor thuisverpleging test. De belangrijkste bouwstenen van deze hervorming bestaan uit de financiering van thuisverpleging aan de hand van een bedrag per uur alsook stimulerende financiering voor het organiseren van bepaalde activiteiten op praktijkniveau. Het onderzoeksdesign van de evaluatie combineert verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden om een brede waaier aan uitkomsten te onderzoeken, uitkomsten op het niveau van de patiënt (bv. Tevredenheid, zelfredzaamheid), op dat van de verpleeg- en zorgkundigen (bv. jobtevredenheid, risico op burnout) en op het niveau van het systeem (bv. kosten voor de ziekteverzekering, aantal ziekenhuisopnames). Deze beraadslaging kadert binnen deze laatste categorie. Voor de prospectief verzamelde gegevens (via enquêtes en interviews), wordt een ethische goedkeuring aangevraagd.
3. Het verzamelen van gegevens bij deelnemende praktijken voor thuisverpleging vindt plaats op drie meetmomenten: een pre-test meet de uitkomsten voor de interventie, een intermediaire meting beschouwt de uitkomsten opnieuw één jaar na start van de interventie en het eindresultaat wordt na afloop van de interventie gemeten (twee jaar na de start van de interventie). Het design van de studie voorziet pre- vs. post-interventie vergelijkingen alsook vergelijkingen tussen experimentele praktijken (‘pilootpraktijken’) en controlepraktijken. Praktijken voor thuisverpleging zullen zich op vrijwillige basis kunnen inschrijven voor deelname, zowel in de experimentele als de controlearm van de studie. Om vergelijkbaarheid tussen beide armen te bekomen, zal de finale selectie van deelnemende praktijken gebeuren op basis van matching. Onderstaande figuur toont een grafische weergave van dit onderzoeksdesign:



Studiepopulatie

4. De persoonsgegevens die de gezondheid betreffen die in dit project verwerkt worden, zijn op te splitsen in twee categorieën:
 - 1) Professionele gegevens van zorgverleners: praktijken voor thuisverpleging die deelnemen aan de RIZIV overeenkomst met betrekking tot de hervorming van de financiering van thuisverpleging, hetzij in de pilootgroep, hetzij in een controlegroep op basis van vrijwillige deelname. Om de in de RIZIV overeenkomst aan het KCE toevertrouwde evaluatie te kunnen uitvoeren, moeten alle beoefenaars van een gezondheidsberoep in de deelnemende praktijken geselecteerd worden. De powerberekening van dit project suggereert een minimale steekproefgrootte van 260 tot 346 zorgverleners, afhankelijk van de verdeling over de interventie- en controlearm van de studie. Daarbovenop moet nog een ruime reservemarge voorzien worden om te compenseren voor mogelijke drop-out. De sectorverantwoordelijken betrokken in de conceptualisatie van dit project schatten het aantal deelnemers op 1000 FTE.
 - 2) Gezondheidsgegevens van patiënten van de deelnemende praktijken voor thuisverpleging: om de evaluatie-elementen op het niveau van de patiënt te kunnen berekenen, dienen alle patiënten van de deelnemende praktijken geselecteerd te worden. Alle patiënten van de deelnemende praktijken worden geïnccludeerd in de studie om zicht te krijgen op de volledige werking van de praktijk onder het nieuwe financieringsmechanisme. Gegevens van het RIZIV tonen een gemiddelde van 46 patiënten per verpleegkundige per jaar (wanneer elke patiënt aan slechts één verpleegkundige gealloceerd wordt).
5. De deelname aan de evaluatiestudie is verbonden aan vrijwillige deelname aan de RIZIV overeenkomst die momenteel nog uitgewerkt wordt door het RIZIV. De studiepopulatie bestaat uit volgende categorieën:
 - 1) Deelnemende zorgverleners: De dataselectie vertrekt vanuit de lijst van de RIZIV-nummers van de zorgverleners die deelnemen in de studie. Enkel deze verpleeg- en zorgkundigen en hun patiënten zullen beschouwd worden in deze studie.
 - 2) Zorgprestaties: De verdere dataselectie steunt op de identificatie van verstrekkingen in de thuisverpleging in de IMA gegevens.
 - 3) Patiënten van de deelnemende zorgverleners: Voor elke deelnemende zorgverlener worden alle patiënten geselecteerd volgens het selectiealgoritme zorgprestaties voor alle periodes waarin de deelnemende zorgverlener werkzaam was in een deelnemende praktijk. Voor deze geselecteerde patiënten worden dan de gegevens opgevraagd voor de als volgt berekende periode: 180 dagen voor de eerste datum van de eerste zorgprestatie thuisverpleging t.e.m. 180 dagen na de laatste datum van de laatste zorgprestatie thuisverpleging, tussen 2024 en 2028. Een lijst van alle individuele identificatienummers waarvoor een verstrekking voor thuisverpleging gefactureerd werd, zal gebruikt worden om verdere socio-demografische gegevens en gegevens met betrekking tot het klinisch profiel uit de IMA gegevens te extraheren.
6. De gegevensstroom wordt hieronder opgenomen.

II. BEVOEGDHEID

7. Ingevolge artikel 42, § 2, 2° van de wet van 13 december 2006 *houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid* is de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het Informatieveiligheidscomité in beginsel bevoegd voor het verlenen van een principiële beraadslaging met betrekking tot elke mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen.
8. Het Comité acht zich dan ook bevoegd om zich uit te spreken over de beoogde mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen.

III. BEHANDELING

A. TOELAATBAARHEID

9. De verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen is in principe verboden, overeenkomstig artikel 9, § 1, van de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming), hierna AVG genoemd.
10. Volgens artikel 9, § 2, g) van de AVG is dit verbod niet van toepassing wanneer de verwerking noodzakelijk is om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefte doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

11. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid opgericht, ingedeeld in de categorie B als bedoeld in de wet van 16 maart 1954, betreffende de controle van sommige instellingen van openbaar nut.¹
12. De juridische missie van het KCE bestaat in het verzamelen en verschaffen van objectieve elementen vanuit de verwerking van geregistreerde gegevens en van gevalideerde gegevens, gezondheidseconomische analyses en alle andere informatiebronnen, om kwalitatief de realisatie van de beste gezondheidszorgen te ondersteunen en om een zo efficiënt en zo transparant mogelijke allocatie en aanwending van de beschikbare middelen van de verzekering geneeskundige verzorging door de bevoegde instanties toe te laten. Dit rekening houdend met de toegankelijkheid van de zorgen voor de patiënt en met de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid en van de verzekering geneeskundige verzorging.²
13. Deze studie kadert in volgende opdrachten van het KCE:

¹ Artikel 259, § 1 van de Programmawet (I) 24 december 2002, BS 31 december 2002.

² Artikel 262 van de Programmawet (I) 24 december 2002, BS 31 december 2002.

- 1° het maken of het laten maken van kwantitatieve en kwalitatieve analyses op basis van de informatie die het Kenniscentrum ingezameld heeft en op basis van de gegevens die hem ter beschikking worden gesteld op basis van dit hoofdstuk ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid en het ontwikkelen van een coherent datamodel hiertoe.³
14. Meer bepaald valt deze studie onder volgende onderwerpen waarover het KCE studies en rapporten kan maken:
- 1° de ontwikkeling van nieuwe vergoedingssystemen, financieringstechnieken en financiële stimuli.⁴
 - 2° de ondersteuning van het maken van keuzes inzake de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen.⁵
 - 3° andere onderwerpen inzake de bevordering van de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorgverstrekking en de toegankelijkheid tot de zorgen.⁶
 - 4° de evaluatie van sociale effecten en effecten in verband met de volksgezondheid met betrekking tot de in 3°, 4° en 5° bedoelde onderwerpen.⁷
15. De analyse van gegevens door het KCE is, naast bovenstaande bepalingen, verder bepaald in Artikels 265 en 266 van de Programmawet (I) van 24 december 2002. De mogelijkheid om gegevens van het RIZIV te verkrijgen door het KCE is bepaald in artikel 288 van diezelfde wet. De mogelijkheid om gegevens van het IMA te verkrijgen door het KCE is bepaald in artikel 296 van diezelfde wet. De mogelijkheid om gegevens van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu te verkrijgen door het KCE is bepaald in artikel 285 van diezelfde wet.

Het Intermutualistisch Agentschap

16. Het Intermutualistisch Agentschap (IMA-AIM) is een vereniging zonder winstgevend oogmerk die werd opgericht door de landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. Artikel 278 van de Programmawet (I) van 24 december 2002 stelt dat het IMA tot doel heeft de gegevens te analyseren die ze verzamelt in het kader van de missies van de VI en hierover inlichtingen te verstrekken. Het gaat in dit geval om alle uitgaven inzake gezondheidszorg, voor de hospitalisaties en voor de ambulante zorgen, die worden vergoed door de VI in het kader van de verplichte zorgverzekering, en om de socio-demografische gegevens en de sociale zekerheidsprofielen van hun aangesloten leden.
17. Artikel 279 van deze zelfde wet stelt dat elke overdracht van gegevens van persoonlijke aard aan het IMA een toelating vereist van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid, bedoeld in artikel 37 van de wet van 15 januari 1990 inzake de invoering en de organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid.

³ Artikel 263, §1, 1° van de Programmawet (I) 24 december 2002, BS 31 december 2002.

⁴ Artikel 264, 3° van de Programmawet (I) 24 december 2002, BS 31 december 2002.

⁵ Artikel 264, 10° van de Programmawet (I) 24 december 2002, BS 31 december 2002.

⁶ Artikel 264, 11° van de Programmawet (I) 24 december 2002, BS 31 december 2002.

⁷ Artikel 264, 13° van de Programmawet (I) 24 december 2002, BS 31 december 2002.

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu - BelRAI

18. De BelRAI gegevens omvatten de registratie de BelRAI tool die verschillende beoordelingsinstrumenten groepeer. Het biedt handvaten om de kwaliteit van zorg voor kwetsbare personen met complexe zorgbehoeften te optimaliseren. Deze wetenschappelijk gevalideerde beoordelingsinstrumenten zijn gebaseerd op de instrumenten ontwikkeld door InterRAI. Het wettelijk kader voor de BelRAI tool is het Protocolakkoord BelRAI van 26 maart 2018. Het gebruik van de BelRAI ingezamelde gegevens voor beleidsondersteunend onderzoek is gespecificeerd in artikel 1 § 1 d) en f) van het Protocolakkoord BelAI.
19. In het licht van het voorgaande is het Comité van oordeel dat er een toelaatbare grond bestaat voor de beoogde verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen.

B. PRINCIPES MET BETREKKING TOT DE VERWERKING VAN PERSOONSgegevens

1. DOELEINDEN

20. Volgens artikel 5 van de AVG moeten de persoonsgegevens worden verwerkt op een wijze die ten aanzien van de betrokkene rechtmatig, behoorlijk en transparant is. Ze moeten voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verzameld en mogen vervolgens niet verder op een met die doeleinden onverenigbare wijze worden verwerkt.
21. Het KCE kreeg de opdracht van het RIZIV om de wetenschappelijke evaluatie uit te voeren van een pilootproject dat een nieuw financieringsmodel voor thuisverpleging test. De belangrijkste bouwstenen van deze hervorming bestaan uit de financiering van thuisverpleging aan de hand van een bedrag per uur alsook stimulerende financiering voor het organiseren van bepaalde activiteiten op praktijkniveau. Het onderzoeksdesign van de evaluatie combineert verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden om een brede waaier aan uitkomsten te onderzoeken, uitkomsten op het niveau van de patiënt (bv. Tevredenheid, zelfredzaamheid), op dat van de verpleeg- en zorgkundigen (bv. jobtevredeheid, risico op burnout) en op het niveau van het systeem (bv. kosten voor de ziekteverzekering, aantal ziekenhuisopnames). Deze beraadslaging kadert binnen deze laatste categorie. Voor de prospectief verzamelde gegevens (via enquêtes en interviews), wordt een ethische goedkeuring aangevraagd.
22. Gelet op de doelstellingen van de verwerking zoals hierboven beschreven, oordeelt het Comité dat de verwerking van de voormelde persoonsgegevens wel degelijk welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden nastreeft.

2. MINIMALE GEGEVENSVERWERKING

23. In artikel 5, § 1, van de AVG wordt bepaald dat de persoonsgegevens toereikend, ter zake dienend en beperkt moeten zijn tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt (minimale gegevensverwerking).

24. Het betreft een latere verwerking. Wat de gegevens van het IMA betreffen, beschikken de landsbonden van de VI met betrekking tot hun leden, in het kader van de uitvoering van hun wettelijke opdracht in relatie tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het doel van het Intermutualistisch Agentschap is om de verzamelde gegevens te analyseren in het kader van hun opdrachten en de informatie hieromtrent te verstrekken (Art. 278 eerste lid Programmawet 24.2/2002) en deze werkzaamheden kunnen uitgevoerd worden op verzoek van o.a. de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu (Art. 278 4e lid 2°). De finaliteit van de oorspronkelijke verwerking van de persoonsgegevens (en meer specifiek gezondheidsgegevens) door de verzekeringsinstellingen is o.i. verenigbaar met de doeleinden van de latere verwerking, meer bepaald het realiseren van een wetenschappelijke studie. Voorts kan deze wetenschappelijke studie bijdragen tot de wettelijke opdrachten van de VI zoals bepaald in de wet van 6 augustus 1990 (art 3a en b), met name het deelnemen aan de uitvoering van (de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, geregeld bij de gecoördineerde wet van 14 juli 1994). Wat de gegevens van BelRAI betreffen, is bepaald in artikel 1 § 2 van het Protocolakkoord BelRAI: “Het BelRAI instrument heeft als prioritaire doelstelling het ondersteunen van de opmaak van het zorgplan om op die manier de kwaliteit en de continuïteit van zorg te optimaliseren. Het principe van het gebruik van de informatie voor het toekennen van een recht aan een patiënt (bijvoorbeeld: de zorgverzekering in Vlaanderen, de autonomie-verzekering in Wallonië, de tegemoetkoming voor hulp van derden op federaal niveau...) of voor het toewijzen van een patiënt aan een specifieke doelgroep met het oog op de organisatie van zijn tenlasteneming, is aanvaard geweest.”.
25. Alle datums in de gegevensset worden vervangen door een relatieve datum:
- 1) Voor elk individu in de gegevenssets wordt een random datum tussen 1/01/1900 en 31/12/2001 gekozen door het IMA.
 - 2) Voor elke datum in de gegevensset wordt de random gekozen datum hiervan afgetrokken. Het resultaat van dit verschil samen met het kwartaal en het jaar vervangen dan de oorspronkelijke datum.
 - 3) BelRAI krijgt per individu eveneens deze random datum en vervangt de oorspronkelijke datum op dezelfde manier als IMA.

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. De gegevens worden per jaar opgevraagd voor de periode van 2024 tot en met 2028. Dit komt overeen met de looptijd van het evaluatietraject, inclusief de twee voorgaande jaren.
27. De trusted third party (TTP) houdt het verband tussen de gepseudonimiseerde dataset en de identiteit van de personen niet bij.

28. Een overzicht van de gevraagde gegevens samen met een omstandige motivatie wordt hieronder opgenomen.

3. OPSLAGBEPERKING

29. Overeenkomstig artikel 5, § 1, e) van de AVG mogen de persoonsgegevens niet langer worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen te identificeren, dan noodzakelijk is voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen. De persoonsgegevens mogen voor langere perioden worden opgeslagen voor zover de persoonsgegevens louter met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden worden verwerkt overeenkomstig artikel 89, § 1, mits de bij de verordening vereiste passende technische en organisatorische maatregelen worden getroffen om de rechten en vrijheden van de betrokkene te beschermen ("opslagbeperking").
30. De subset van de gegevensbron dient voor het uitvoeren van een KCE studie, goedgekeurd op het jaarprogramma van de Raad van Bestuur zoals bepaald in artikel 270 § 4 van de Programmawet (I) van 24 december 2002. Elke KCE studie dient 30 dagen na goedkeuring van de Raad van Bestuur door het KCE publiek gemaakt te worden (artikel 3 van het KB van 15 juli 2004 betreffende de modaliteiten van de openbaarmaking van de studies, rapporten en analyses van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg). De persoonsgegevens worden bewaard tot drie jaar na publicatie van het KCE rapport. Gezien het einde van de dataverzameling voorzien is in 2028 zullen de gegevens niet langer bewaard worden dan tot en met 31 december 2035. Deze termijn is nodig om volgende redenen:
- De gegevens moeten voldoende lang beschikbaar zijn om de studie succesvol af te ronden en ter goedkeuring voor te kunnen leggen aan het KCE Raad van Bestuur.
 - De gegevens moeten nog enige tijd na publicatie beschikbaar zijn om eventuele verduidelijkingen of eventuele correcties te kunnen aanbrengen.
 - Het publiceren van de resultaten in wetenschappelijke tijdschriften. Deze publicaties passen binnen het wettelijk kader van het KCE (Programmawet (I) van 24 december 2002), in het bijzonder de artikels:
 - Art. 263 §1 3° het verzamelen en het verspreiden van gegevens en informatie van wetenschappelijke aard met betrekking tot de evaluatie van de medische praktijk en met betrekking tot de evaluatie van technieken in de gezondheidszorg.
 - Art. 264 Het Kenniscentrum maakt studies en rapporten voor het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, voor de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en voor de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, met inbegrip van hun advies-, overleg- en beleidsorganen en van de cel beleidsvoorbereiding van de ministers, binnen het raam van de in een jaarprogramma gestelde opdrachten met betrekking tot de volgende onderwerpen.
31. Het Comité vindt dat deze bewaarduur redelijk is.

4. TRANPARANTIE

32. Overeenkomstig artikel 12 van de AVG moet de verwerkingsverantwoordelijke passende maatregelen nemen opdat de betrokkene informatie in verband met de verwerking in een beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt. De informatie moet schriftelijk of met andere middelen, met inbegrip van elektronische middelen indien dit passend is, worden verstrekt.
33. De artikelen 13 en 14 van de AVG leggen de voorwaarden vast waaraan de verwerkingsverantwoordelijke dient te voldoen wanneer de persoonsgegevens betreffende een betrokkene worden verzameld. Zo dient onder meer volgende informatie meegedeeld te worden: de contactgegevens van de verwerkingsverantwoordelijk en de functionaris voor gegevensbescherming, de categorieën van persoonsgegevens indien de gegevens niet van de betrokkenen verkregen werden, de verwerkingsdoeleinden en de rechtsgrond van de verwerking, de categorieën van ontvangers en, indien de verwerkingsverantwoordelijke het voornemen heeft de persoonsgegevens door te geven aan een ontvanger in een derde land, welke de passende waarborgen zijn. Vervolgens dient de verwerkingsverantwoordelijke, teneinde een behoorlijke en transparante verwerking te waarborgen, de betrokkene onder meer op de hoogte te brengen van zijn rechten (recht om klacht in te dienen, recht op inzage, recht van bezwaar, recht op rectificatie e.d.), in voorkomend geval, de bron waar de persoonsgegevens vandaan komen.
34. De verwerkingsverantwoordelijk die de intentie heeft om een verdere verwerking op de gegevens te verrichten voor een ander doeleinde dan datgene waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld, moet voorafgaandelijk aan de betrokkene informatie verstrekken over dit ander doeleinde evenals alle andere relevante informatie.
35. Het Comité benadrukt dat de informatie die meegedeeld wordt aan de betrokkenen moet voldoen aan de voorwaarden die beschreven staan in de artikelen 13 en 14 van de AVG, en dat in het toestemmingsformulier duidelijk moet worden opgenomen dat er een koppeling plaatsvindt met gegevens afkomstig van het IMA, evenals om welke gegevens het gaat.

5. VEILIGHEIDSMATREGELEN

36. Krachtens artikel 5, § 1, f) van de AVG moeten persoonsgegevens, door het nemen van passende technische of organisatorische maatregelen, op een dusdanige manier worden verwerkt dat een passende beveiliging ervan gewaarborgd is, en dat zij onder meer beschermd zijn tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging (integriteit en vertrouwelijkheid).
37. Het Comité stelt vast dat er reeds een gegevensbeschermingseffectbeoordeling is verricht en dat het Comité deze heeft ontvangen, overeenkomstig artikel 35 van de AVG.
38. Het Comité stelt vast dat de SCRA-pool een small cell risk analyse zal uitvoeren vooraleer de datasets ter beschikking worden gesteld aan de onderzoekers.

39. Het Comité stelt vast dat het eHealth-platform en de KSZ tussenkomen als trusted third party (TTP) voor de koppeling en pseudonimisering van de gegevens.
40. Het Comité stelt vast dat het KCE een arts heeft aangesteld die verantwoordelijk is voor de verwerking van de persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, alsook een functionaris voor gegevensbescherming.
41. Het Comité stelt vast dat de medewerkers van het KCE een wettelijke⁸ vertrouwelijkheidsplicht hebben ten aanzien van de gegevens die ze verwerken in het kader van hun functie.
42. Het Comité herinnert eraan dat noch het KCE , noch zijn medewerkers stappen mogen ondernemen om de betrokkenen te heridentificeren. De resultaten van de studie moeten in een anonieme vorm worden gepubliceerd.
43. Het Comité herinnert eraan dat krachtens artikel 9 van de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens* de verwerkingsverantwoordelijke de volgende maatregelen neemt bij de verwerking van genetische, biometrische of gezondheidsgegevens:
1° hij of, in voorkomend geval, de verwerker wijst de categorieën van personen die toegang hebben tot de persoonsgegevens aan, waarbij hun hoedanigheid ten opzichte van de verwerking van de betrokken gegevens nauwkeurig wordt omschreven;
2° hij of, in voorkomend geval, de verwerker houdt de lijst van de aldus aangewezen categorieën van personen ter beschikking van de bevoegde toezichthoudende autoriteit;
3° hij zorgt ervoor dat de aangewezen personen door een wettelijke of statutaire verplichting, of door een evenwaardige contractuele bepaling ertoe gehouden zijn het vertrouwelijk karakter van de betrokken gegevens in acht te nemen.
44. Het Comité acht het noodzakelijk eraan te herinneren dat het KCE sedert 25 mei 2018 de bepalingen en de principes moet naleven van Verordening (EU) nr. 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming). Deze instanties moeten tevens de bepalingen naleven van de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens*.

⁸ Artikel 276 van de Programmawet (I) van 24 december 2002, BS 31 december 2002.

Om deze redenen, besluit

de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité

dat

de mededeling van de persoonsgegevens zoals beschreven in deze beraadslaging toegestaan is mits wordt voldaan aan de vastgestelde maatregelen ter waarborging van de gegevensbescherming, in het bijzonder de maatregelen op het vlak van doelbinding, minimale gegevensverwerking, opslagbeperking en informatieveiligheid.

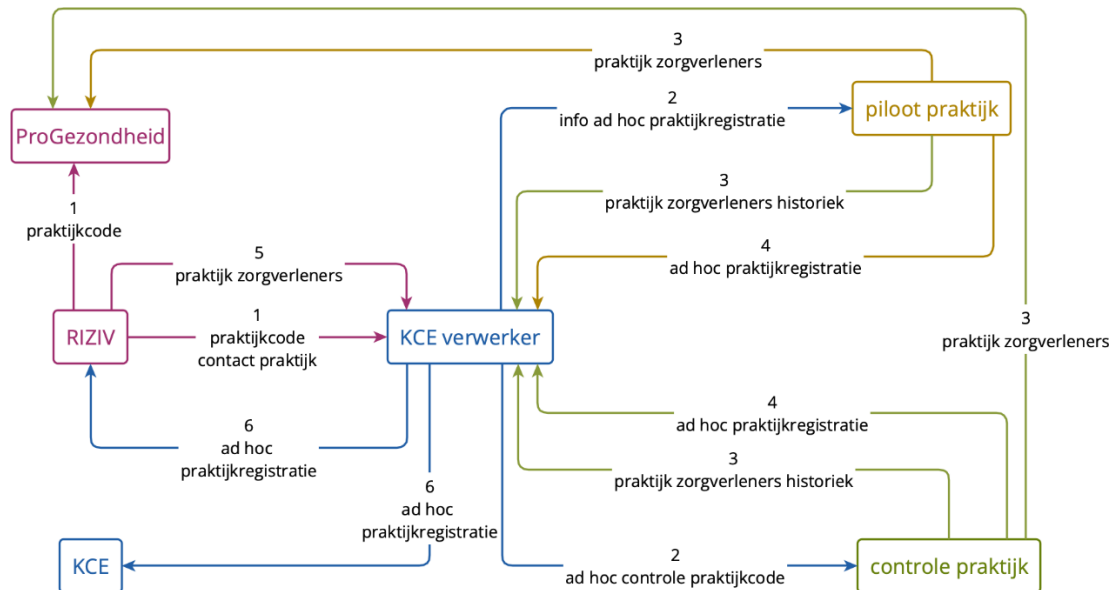
Deze beraadslaging treedt in werking op 17 december 2025.

Michel DENEYER
Voorzitter

De zetel van de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité is gevestigd in de kantoren van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, op het volgende adres: Willebroekkaai 38 – 1000 Brussel (tel. 32-2-741 83 11).

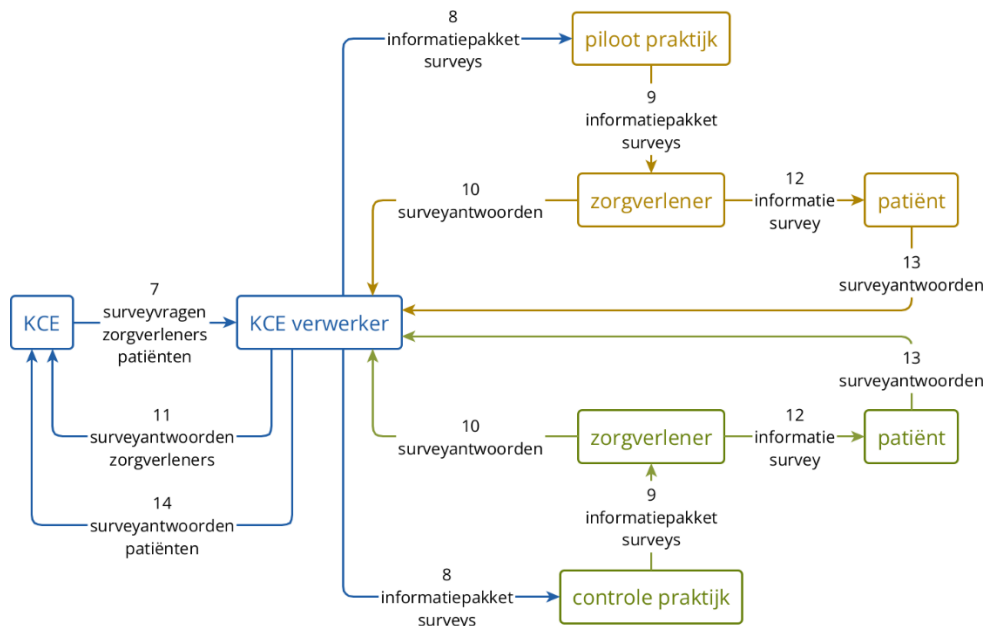
Bijlage 1: Schematisch overzicht van de gegevensstromen met toelichting

1. Praktijkregistratie



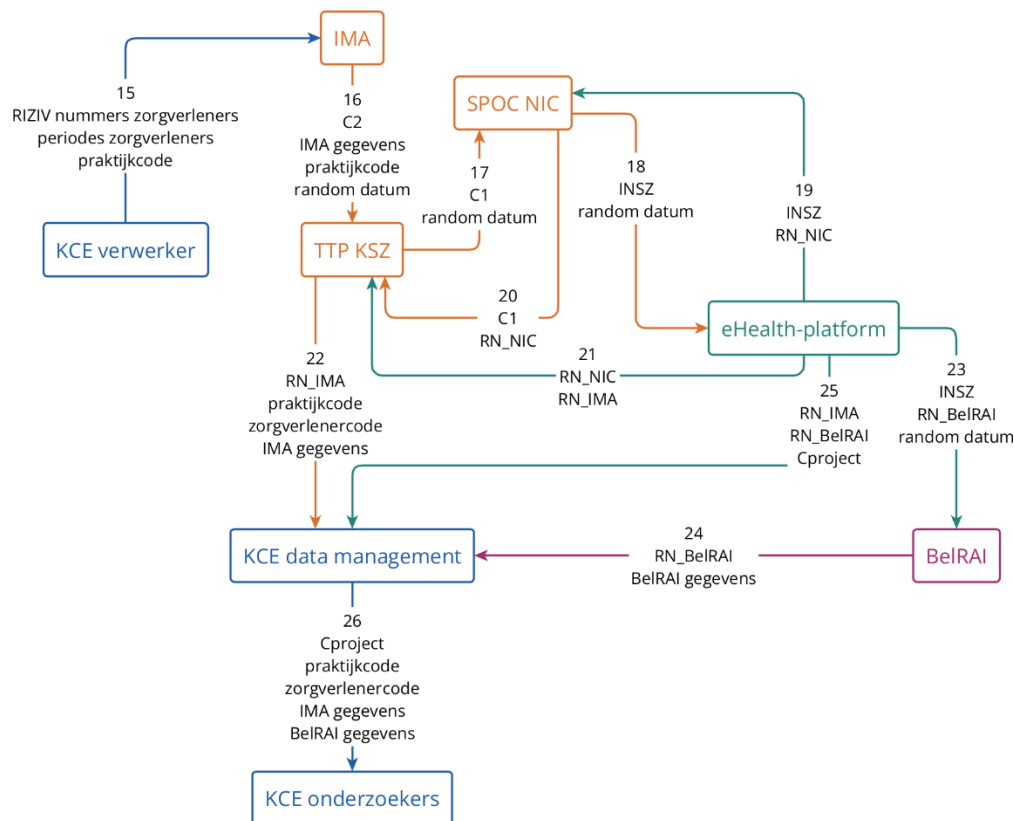
1. Het RIZIV selecteert kandidaat praktijken voor zowel piloot als controle praktijken. Het RIZIV maakt een praktijk code aan. Deze RIZIV praktijkcode is voor praktijken beschikbaar in het ProGezondheid portaal. Het RIZIV stuurt de praktijkcode samen met de informatie “Contact praktijk” naar de KCE verwerker.
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 zorgverstrekkers
- 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

Variable	Beschrijving	Bewerking	Verantwoording
Dataset Gezondheidszorgen			
SS00010	Identificatie rechthebbende	pseudonimisatie	Noodzakelijke identificator
PRACTITIONER_CAT	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	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 identicator
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
PP3003	Recht MAF		Relevant voor sociodemografische karakterisering van de patiëntpopulatie
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		

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	De BelRAI data geven ons informatie over naar welke patiëntprofielen het meeste zorg gaat.
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.	
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 hulpbehoevendheid.>,	
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 hulpbehoevendheid.>,	
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	Noodzakelijk voor het berekenen van Resource Utilization Groups, dewelke nog niet voor België gevalideerd werden.
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	
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 • Q0.9d: Engels: Ja/nee • Q0.9e: Arabisch: Ja/nee • Q0.9f: Spaans: Ja/nee • Q0.9g: Andere: tekst	Deze vragen om te kunnen inschatten in welke talen survey voorzien moet worden (enkel bij eerste meetmoment)	Ja
Q0.10	IBAN rekeningnummer voor de uitbetaling vergoeding deelname survey en praktijkregistratie:	Geformatteerde input		Ja
Q0.11	KBO-nummer:	Geformatteerde 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 samenwerking (zorgplan, financieel, doorverwijsbeleid,...).	Tekst		Nee
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	Meerkeuze: • Afzonderlijke functie • Verschillende zorgverleners		Nee

	wordt deze taak door verschillende verpleegkundigen verricht?			
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-)praktijk hieromtrent	Domein en diploma van de verpleegkundig specialist in individuele registraties
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	
Q11.2	Hoeveel stageplaatsen zijn er dit semester ingevuld in uw (deel-)praktijk?	Natuurlijk getal	Als Q11.1 = Ja
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 controle-praktijk?	Retroactief verzamelen?
QI.1	Wat is het geboortejaar?	Natuurlijk getal		Ja	Ja
QI.2	Hoeveel percent VTE is deze persoon actief in deze praktijk?	Natuurlijk getal		Ja	Ja
QI.3	Wat is het gender?	Meerkeuze: • Man • Vrouw • Andere		Ja	Ja
QI.4	Wat is het RIZIV nummer van de zorgverlener?	Geformateerde input, VERPLICHT VELD		Ja	Ja
QI.5	Wat is het type zorgverlener?	Meerkeuze: • Zorgkundige • Basisverpleegkundige • Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (of gelijkgesteld)		Ja	Ja
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 bijkomende voorwaarden stage en ouderenzorg)	Als QI.5 = zorgkundige	Ja	Nee
QI.10	Voor zorgkundigen opgeleid voor september 2019: heeft de zorgkundige een opleiding gevolgd via PentaPlus?	Ja/Nee	Als QI.5 = zorgkundige + Infobox PentaPlus (bijkomende opleiding van 150u in 5 extra handelingen om deze 5 extra handelingen te mogen stellen)	Ja	Nee
QI.11	Heeft de verpleegkundige een bijzondere beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid?	Meerkeuze: • Nee • BBK • BBT	Als QI.5 ≠ zorgkundige	Ja	Nee

QI.1 2	Indien de verpleegkundige een BBT heeft, welke?	Subvelden: • QI.12a: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in geriatrie (MB van 19 april 2007) • QI.12b: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in intensieve zorg en spoedgevallenzorg (MB van 19 april 2007) • QI.12c: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie (MB van 28 januari 2009) • QI.12d: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en de neonatologie (MB van 16 februari 2012) • QI.12e: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie (MB van 24 april 2013) • QI.12f: BBT van verpleegkundige gespecialiseerd in de perioperatieve zorg (MB van 26 maart 2014)	Als QI.11 = BBT Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Nee
QI.1 3	Indien de verpleegkundige een BBK heeft, welke?	Subvelden: • 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)	Als QI.11 = BBK Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Nee
QI.1 4	Is de verpleegkundige een referentieverpleegkundige?	Meerkeuze:	Als QI.5 ≠ zorgkundige	Ja	Nee

		• Enkel advies voor patiënten binnen de eigen praktijk • Ook advies voor patiënten buiten de eigen praktijk • 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 • Wordt ingeschakeld als verpleegkundig specialist in afwachting van officiële erkenning • Wordt ingeschakeld als verpleegkundig specialist met officiële erkenning	Als QI.5 ≠ zorgkundige	Ja	Nee
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	Als QI.17 ≠ Nee Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Nee

		• QI.19e: Valpreventie • QI.19f: Dementie • QI.19g: Geestelijke gezondheidszorg • QI.19h: Incontinentie • QI.19i: Andere			
QI.20	Hoeveel percent van een VTE is de verpleegkundige binnen de praktijk actief als verpleegkundig specialist?	Natuurlijk getal ≤ 100	Als QI.17 $\neq$ Nee	Ja	Nee
QI.21	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.22	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 • 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	Infobox	Nee	Nee
QI.23	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)	Als QI.2 $< 100\%$ Meerdere antwoorden mogelijk	Ja	Ja

		• 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			
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 • 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)	Meerkeuze: • Helemaal niet akkoord • Niet akkoord • Neutraal • Akkoord • Helemaal akkoord	T _{-3m} piloot +ctrl T ₊₁ ctrl T ₊₂ ctrl

	• 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 • 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	Meerkeuze: • Helemaal niet akkoord • Niet akkoord • Neutraal • Akkoord Helemaal akkoord	T _{-3m} piloot
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	Meerkeuze: • Helemaal niet akkoord • Niet akkoord • Neutraal • Akkoord Helemaal akkoord	T ₊₁ piloot T ₊₂ piloot

	• 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		
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 • 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)	Meerkeuze: • Helemaal niet akkoord • Niet akkoord • Neutraal • Akkoord Helemaal akkoord	T₊₁ piloot T₊₂ piloot

	• 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		
--	---	--	--