

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Naar een geïntegreerd registratie- en classificatiesysteem
in de gezondheids- en welzijnssector?**

Onderzoek naar de bruikbaarheid, raakpunten en mogelijkheden van de
International Classification of Functioning
in de huidige manier van registreren en classificeren
binnen de gezondheids- en de welzijnssector

Charlotte Scheerens
Prof. dr. Jan De Maeseneer
Prof. dr. An De Sutter



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2018/01
SWVG-Rapport 43
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Naar een geïntegreerd registratie- en classificatiesysteem in de gezondheids- en welzijnssector?

Promotor: Prof. dr. Jan De Maeseneer
Co-promotor: Prof. dr. An De Sutter
Onderzoekers: Charlotte Scheerens

Disclaimer: De onderzoeksgegevens werden verzameld in 2014. Het rapport werd geschreven in 2015, en minimaal herwerkt in 2016 en 2017.

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.



Promotoren en Partners van het Steunpunt WVG 2011-2016

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), LUCAS en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 43

Naar een geïntegreerd registratie- en classificatiesysteem in de gezondheids- en welzijnssector?

Onderzoek naar de bruikbaarheid, raakpunten en mogelijkheden van de *International Classification of Functioning* in de huidige manier van registreren en classificeren binnen de gezondheids- en de welzijnssector.

Onderzoeker: Charlotte Scheerens
Promotor: Prof. dr. Jan De Maeseneer
Copromotor: Prof. dr. An De Sutter

Samenvatting

De opzet van deze studie was om de mogelijkheden tot geïntegreerde registratie op basis van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), na te gaan. Dit binnen de eerstelijns van zowel de gezondheids- als de welzijnssector. Het theoretisch begrippenkader van ICF maakt het mogelijk om in de gezondheidszorg, in de welzijnssector en in de aanverwante sectoren dezelfde gemeenschappelijk taal te spreken. ICF wordt niet alleen gebruikt voor classificatie, maar biedt ook een bredere kijk op functioneringsbeperkingen en autonomie via het ICF-denkkader, waardoor men een rijker beeld verkrijgt bij het analyseren en vervolgens begeleiden van een cliënt/patiënt.

Eerst werd een algemeen contextoverzicht gegeven van een selectie uit verschillende registratie- en classificatiemethoden binnen de ziekenhuis- en huisartsensector, met name: CAW, OCMW, CLB, Integrale Jeugdhulp en de diensten maatschappelijk werk van de liberale, socialistische en Christelijke mutualiteiten. Dit overzicht werd vervolgens onderworpen aan een vergelijking met de ICF-classificatie. Hierdoor werd het mogelijk om verschillen en overeenkomsten te extraheren tussen de verschillende systemen en ICF in twee vergelijkende tabellen. Tabel 1 bevat meer algemene, vormelijke en technische vergelijkingen. Tabel 2 is een poging om de semantische interoperabiliteit tussen de ICF-parameters en codes, en de parameters en codes uit de huidige registratiesystemen in kaart te brengen.

Het voornaamste resultaat uit tabel 1 is dat, indien er een geïntegreerde registratie via ICF zal ingevoerd worden, de focus van de huidige registratiesystemen zal moeten verschuiven van het probleem, de diagnose of de hulpvraag, naar het functioneren van een cliënt/patiënt in zijn geheel. Daarnaast is het aan te raden dat de verschillende systemen een meer cross-sectionele aanpak hanteren bij het analyseren en begeleiden van de cliënt/patiënt. Tabel 2 geeft aan dat semantische interoperabiliteit tussen ICF en de huidige systemen niet evident is, gezien er binnen de huidige systemen nog onvoldoende wordt geregistreerd en gecodeerd over de ICF-componenten functies, anatomische eigenschappen, activiteiten & participatie.

Toch kan uit de vergelijking van de registratiesystemen met de ICF-classificatie op ruimer gebied geconcludeerd worden dat beide sectoren over het algemeen dezelfde doelstelling van registratie vooropstellen. Met name om de activiteiten en participatie van hun cliënt/patiënt te verbeteren. Dit wordt niet weergegeven in de registratieparameters, maar eerder in de concrete begeleiding en

uitgevoerde zorg. De ICF-classificatie zou hier een goede insteek kunnen vormen om dit te formaliseren in codes. Het ICF-denkkader kan dan eerder de inhoud van de begeleiding en zorg beter vormgeven.

Een tweede luik resultaten bestond uit een actieonderzoek en diepte-interviews met stakeholders. De data die hieruit voortgekomen is, worden aangehaald om de praktische haalbaarheid van ICF en de concrete implementatie ervan te bekijken. Tevens werden ICF-proefprojecten geanalyseerd en is gekeken naar beleidsmatige en technische zaken die gepaard gaan met geïntegreerd registreren op basis van ICF. Tot slot werd het gebruik van ICF met andere terminologiesystemen zoals SNOMED CT (*Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms*) en BelRAI¹ bekeken.

Uit die resultaten kan geconcludeerd worden dat er mogelijkheden zijn om ICF te implementeren binnen de geanalyseerde huidige registratiesystemen. Doch zal dit niet evident zijn. De praktische obstakels zijn het ontbreken van goede opleiding, financiering, het gebruik van de vele ICF-codes en het gebrek aan uniformiteit binnen de huidige registratiesystemen. Ook is er vanuit de overheid geen duidelijk kader met richtlijnen en doelstellingen voorzien, om met ICF aan de slag te gaan. Tot slot worden ook bedenkingen gemaakt over de privacy van de cliënt/patiënt binnen geïntegreerd registreren, het opkomen van verschillende deelplatforms, waarvan het gebruik niet duidelijk is voor de respondenten, en het gebrek aan gebruiksvriendelijke softwareprogramma's om dit alles mogelijk te maken.

Toch zien veel respondenten ook grote voordelen in een geïntegreerde registratie via ICF. Zo kan het ICF-denkmodel rond het functioneren van een persoon op veel bijval rekenen. Daarnaast zien ze het als een goede manier om betere en meer geïntegreerde zorg en begeleiding te voorzien. Ook zou de communicatie tussen zorg- en hulpverleners door een elektronisch ICF-systeem nog meer verbeterd kunnen worden. Bijvoorbeeld verwijfsbrieven, het (e-)thuiszorgdossier, de (e-) zorgmap, verslagen, het in kaart brengen van het zorgnetwerk, toekomstige sumehrs en multidisciplinair overleg zouden allemaal door ICF-registraties of het ICF-denkkader gefaciliteerd kunnen worden. Daarnaast zien de respondenten ICF als een goede insteek om mee te werken binnen multidisciplinaire teams, of om het toekomstig gedeeld dossier mee vorm te geven. Tot slot ligt een belangrijke toepassing ervan binnen de rapportering van gegevens voor de overheid en extern internationaal beleid.

Een laatste deel van dit blok resultaten bekeek de randvoorwaarden voor geïntegreerde registratie. Zo gaven stakeholders meer toelichting bij het wettelijk kader, de noodzaak aan semantische interoperabiliteit, het gebruik van gepaste ICT en software, de taak van deelplatformen zoals eHealth en vitalink en de toekomstige beheerder van het geïntegreerd registratiedossier. Het toonde aan dat de omkadering nog niet volledig op punt staat om geïntegreerde registratie en daarbij aansluitend een gedeeld dossier tussen gezondheids- en welzijnsinstellingen te ontwikkelen.

De digitalisering en uitwisseling van patiënten-/cliëntendossiers in de zorg- en welzijnssector zal ongetwijfeld een positieve invloed op de efficiëntie en kwaliteit van de zorg- en hulpverlening hebben. Aan de andere zijde van de medaille staat een complex en uitgebreid wettelijk kader. Naarmate de digitalisatie van gegevens toeneemt, wordt de noodzaak van een gedegen beveiligingssysteem ter bescherming van deze informatie en de privacyaspecten almaar groter. De tweestrijd tussen enerzijds de kwaliteit van de zorg- en hulpverlening, dat voordeel haalt uit de efficiënte wijze waarmee gegevens beschikbaar gesteld worden, en anderzijds de strikte bewaking op de beperking van de toegang tot de gegevens met het oog op de bescherming van de betrokken patiënten/cliënten (Van der Laan, 2014), vereist een goed uitgewerkt wettelijk kader om de privacy op alle vlakken te garanderen. In beide sectoren is de wetgeving rond het gedeeld beroepsgeheim uitgewerkt zodat de uitwisseling van

¹ Verzamelnaam voor Belgische vertaling en informatisering van de interRAI instrumenten.

gegevens op een correcte wijze kan gebeuren. Echter, de voorwaarden voor gegevensdeling is enkel voor de gezondheidssector volledig uitgewerkt. De integratie met de welzijnsinstelling vereist op dat vlak nog aanpassingen en overleg.

Tevens is bij het efficiënt delen van gegevens tussen instellingen en zorg- en hulpverleners in de sectoren gezondheidszorg en welzijn het zeer belangrijk dat er een eenheid wordt gecreëerd in de 'taal' waarmee men met elkaar communiceert. De betekenis van de gegevens moet eenduidig zijn. Om dit te bereiken moeten de informatiesystemen in zorg en welzijn zich toeleggen op semantische interoperabiliteit. Het gebruik van terminologie, classificaties en codestelsels vervult hierbij een essentiële rol. Internationale open standaarden, zoals ICF, moeten voorkomen dat men in de ene instelling gegevens anders gaat interpreteren dan men zou doen in een andere instelling (Schat *et al.*, 2010). Tot op heden is aan deze voorwaarde niet volledig voldaan. Ook goed uitgewerkte softwareprogramma's dienen daarop in te spelen om de gebruiksvriendelijkheid te verhogen. Tot slot werd nagegaan hoe bestaande terminologieën zoals SNOMED CT en BelRAI kunnen samengaan met ICF. Een volledig sluitend antwoord daarop werd niet gevonden.

Uit voorgaande conclusies zijn 13 beleidsaanbevelingen geformuleerd, op basis van de bevindingen uit de resultaten deel 1 en deel 2. De aanbevelingen zijn opgesteld met het oog op de verdere uitwerking van een geïntegreerd registratiesysteem in de eerstelijns gezondheids- en welzijnssector, op basis van het denkkader en de classificatie van ICF. De aanbevelingen zijn te onderscheiden in richtlijnen voor implementatie en gebruik van ICF enerzijds en beleidsmatige suggesties rond ICF en geïntegreerd registreren anderzijds. De geformuleerde beleidsaanbevelingen kunnen samengevat worden in vijf prioriteiten:

- Het ICF-denkkader en de ICF-classificatie kunnen verschillende doelen dienen, maar best is om beide aspecten van ICF gezamenlijk toe te passen binnen de gezondheids- en welzijnssector.
- Wetenschappelijk onderzoek naar semantische interoperabiliteit tussen ICF en de huidige systemen in de welzijns- en gezondheidssector is noodzakelijk, vooraleer de ICF-classificatie toegepast kan worden. Dezelfde afstemming is nodig tussen ICF, SNOMED CT en de BelRAI.
- Er is nog meer integratie nodig op beleids- en juridisch vlak alsook binnen de verschillende registratiedossiers van de gezondheids- en welzijnssector, om geïntegreerde registratie op basis van ICF mogelijk te maken.
- Ondersteuning op financieel en niet-financieel gebied (onder de vorm van een handleiding en kenniscentrum) is cruciaal om ICF te implementeren, al dient genoeg autonomie voorzien te worden voor de instellingen en sectoren zelf, tijdens de implementatiefase.
- Een volgende stap op deze studie lijkt het meer in detail nagaan van overeenkomsten tussen ICF en de huidige registratieparameters, en het toepassen van ICF—proefprojecten in bepaalde instellingen en sectoren.

Inhoudstabel

Lijst Figuren	13
Lijst tabellen	14
Lijst met afkortingen	15
Hoofdstuk 1 Inleiding	17
1.1 Onderzoeksprobleem en onderzoeksvragen	18
1.2 Onderzoeksopzet	19
Hoofdstuk 2 Literatuuronderzoek	21
2.1 Wettelijk kader	21
2.2 Platformen voor afstemming en gegevensdeling in de welzijns- en gezondheidssector op federaal en Vlaams niveau	23
2.3 Het eHealth-platform en basisdiensten	24
2.4 Vitalink	26
2.5 Kruispuntbank Sociale Zekerheid	28
2.6 Intersectorale toegangspoort	29
Hoofdstuk 3 Terminologiestelsels	31
3.1 Inleiding	31
3.2 International Classification of Functioning, Disability and Health	32
3.2.1 ICF-denkmodel	33
3.2.2 ICF- classificatie	35
3.2.3 Nut van ICF	36
3.2.4 Implementatie van ICF	38
3.2.5 Onderzoek naar ICF	39
3.3 SNOMED CT	41
3.3.1 Wat is SNOMED CT?	41
3.3.2 Gebruik en nut van SNOMED CT	42
3.4 BelRAI - Een uniforme en web based (online) registratie van InterRAI HC-beoordelingsinstrumenten/terminologie	43
Hoofdstuk 4 Methodologie	45
4.1 Onderzoeksmethode	45
4.2 Documentanalyse	46
4.3 Actie-onderzoek: semigestructureerde interviews en focusgroepsgesprekken	47
4.3.1 Semigestructureerde interviews	48

4.3.2	Focusgroepen	48
4.3.3	Respondentenverdeling	49
4.4	Diepte-interviews met stakeholders	50
4.5	Rapport met beleidsaanbevelingen	51
4.6	Verwerking data	51
4.6.1	De documentanalyse	51
4.6.2	Interviews en focusgroepen	51
Hoofdstuk 5	Contextinformatie: Registratie en classificatie in de welzijns- en gezondheidssector	53
5.1	Gezondheidssector	53
5.1.1	Patiëntendossiers in de gezondheidszorg	53
5.1.2	ICD-10	54
5.1.3	ICPC-2	54
5.2	Welzijnssector	55
5.2.1	Cliëntvolgsystemen in de welzijnssector	55
5.2.2	Centra voor Algemeen Welzijnswerk	56
5.2.3	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn	58
5.2.4	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	62
5.2.5	Integrale jeugdhulp	64
5.2.6	Centra voor leerlingenbegeleiding	68
5.2.7	De sociale diensten van de mutualiteiten	68
5.2.8	Onafhankelijke/liberale/neutrale mutualiteiten	76
5.2.9	Christelijke mutualiteiten	77
5.2.10	Socialistische mutualiteiten	79
Hoofdstuk 6	Resultaten documentanalyse	83
6.1	Inleiding	83
6.2	Tabel 1 Vergelijking van de algemene karakteristieken van de registratie- of classificatiesystemen in zorg en welzijnssector tegenover ICF	85
6.3	Reflecties uit tabel 1	88
6.3.1	Vrije tekst/coderingen	88
6.3.2	Koppeling via een platform	88
6.3.3	Focus	90
6.4	Tabel 2 Vergelijking registratie- en classificatiesystemen met de zes componenten van ICF	91
6.5	Reflecties uit tabel 2	103
6.5.1	ICD-10	103
6.5.2	ICPC-2	104
6.5.3	CAW	105
6.5.4	OCMW	106
6.5.5	VAPH	107
6.5.6	Integrale Jeugdhulp	107

6.5.7	CLB	108
6.5.8	Diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten	109
6.5.9	Liberaal/afhankelijke/Vlaamse mutualiteit en de Christelijke mutualiteiten	110
6.5.10	Socialistische mutualiteiten	110
6.5.11	Besluit	112
Hoofdstuk 7 Resultaten actieonderzoek en diepte-interviews met stakeholders		113
7.1	Haalbaarheid ICF	113
7.1.1	Opleiding nodig	113
7.1.2	Financieel haalbaar	115
7.1.3	ICF als classificatie: voordelen, maar ook hinderpalen	115
7.1.4	ICF als inhoudelijk model van functioneren: duidelijke meerwaarde	118
7.1.5	Praktisch gebruik van ICF	119
7.1.6	Uniforme registratiesystemen: haalbaar?	121
7.1.7	Privacy cliënt: veel bedenkingen	122
7.2	Concrete implementatie van ICF	124
7.2.1	Micro: (Elektronisch) Thuiszorgdossier	125
7.2.2	Micro: (E-)zorgplan	130
7.2.3	Micro: Multidisciplinair overleg	132
7.2.4	Meso: Als gedeeld dossier	133
7.2.5	Meso: Multidisciplinaire teams	135
7.2.6	Meso: Als verwijfsbrief tussen zorg- en hulpverleners	136
7.2.7	Meso: Sociaal netwerk klant	138
7.2.8	Macro: Intern en externe beleidsinformatie	138
7.2.9	Macro: Internationaal uitwisselen van gegevens	139
7.3	ICF-(proef)projecten	140
7.3.1	Indiceringsinstrument VDAB	140
7.3.2	CLB	144
7.3.3	Revalidatiecentrum UZ Gent	147
7.4	Randvoorwaarden geïntegreerde registratie op basis van ICF	151
7.4.1	Wettelijk kader	151
7.4.2	Beheerder van het geïntegreerd registratiedossier	153
7.4.3	Semantische interoperabiliteit tussen ICF en de huidige systemen en softwarevoorwaarden	154
7.4.4	Platformen	156
7.4.5	Betrokkenheid en privacy van de patiënt/cliënt	159
7.5	ICF en andere terminologiesystemen	160
7.5.1	Gebruik van ICF en SNOMED CT	160
7.5.2	Gebruik van ICF met BelRAI	163
Hoofdstuk 8 Beleidsaanbevelingen		167
8.1	Maak in de keuze van implementatie van ICF een onderscheid tussen ICF als denkkader en ICF als classificatie voor functioneren	167

8.1.1	Concrete toepassingen van ICF als denkmodel voor functioneren: meer-waarde	167
8.1.2	Toepassingen van ICF als classificatie bieden veel voordelen, maar ook bedenkingen	169
8.2	Zorg voor meer uniformiteit in structuur en inhoud van de registratiesystemen	172
8.3	Ontwikkel een handleiding of duidelijk denkkader om ICF als geïntegreerde registratie toe te passen binnen het werkkterrein en voor beleidskwesties	174
8.4	Ontwikkel een centraal kennis- of terminologiecentrum die de toepassing van ICF en bij uitbreiding de combinatie ervan met andere terminologieën kan faciliteren. Dit als kader voor interne en externe kwaliteitsbewaking	176
8.5	Voer wetenschappelijk onderzoek uit naar de semantische interoperabiliteit tussen de systemen om de ICF-concepten te integreren in de huidige registratiesystemen	177
8.6	Werk proefprojecten rond ICF uit om innovatie na te gaan	177
8.7	Voorzie binnen relevante opleidingen aan hogescholen en universiteiten, cursussen waarin ICF wordt toegelicht.	178
8.8	Voorzie in financiële ondersteuning en subsidies om een geïntegreerde registratie via ICF te ontwikkelen	178
8.9	Bouw niet-financiële ondersteuning voor de gezondheids- en welzijnssector uit	179
8.10	Laat voldoende autonomie voor de gezondheidssector om de toepassing van ICF in het eigen systeem uit te werken	180
8.11	Herbekijk het wettelijk kader rond de privacy van de zorggebruiker, het statuut van de welzijnswerker binnen het 'gedeeld beroepsgeheim', en de deling van de soort gegevens, in het kader van geïntegreerde registratie	181
8.12	Zorg voor meer integratie binnen het Vlaamse beleidskader wat betreft de gezondheids- en welzijnsinstellingen	181
8.13	Samenvatting	182
Hoofdstuk 9	Conclusie en discussie	183
	Bronnenlijst	187

BIJLAGEN	195
Bijlage 1: Informatie wettelijk kader	197
Bijlage 2: Beknopte werkwijze van SNOMED CT	207
Bijlage 3: Planning van de studie	209
Bijlage 4: Resultaat mailing als voorbereiding telefonische interviews	211
Bijlage 5: Vragenlijst telefonische bevraging	213
Bijlage 6: Lijst met geanalyseerde documenten	215
Bijlage 7: Vragenlijst exploratieve fase	217
Bijlage 8: Powerpoint ICF-workshop	219
Bijlage 9: Vragenlijst reflectieve fase	247
Bijlage 10: Respondenten semigestructureerde interviews regio Gent/Brussel	249
Bijlage 11: Respondenten gemengde focusgroepen	251
Bijlage 12: Vragenlijst diepte-interview stakeholders	253
Bijlage 13: Stakeholders diepte-interviews	255
Bijlage 14: Indiceringsinstrument VDAB	257
Bijlage 15: Casus Jonas (ICF-proefproject CLB)	267
Bijlage 16 : Actiepunten rond gegevensdeling binnen de eerstelijns en de ziekenhuizen	273

Lijst Figuren

Figuur 1	De basisarchitectuur van het eHealth-platform (Robben, 2010).	25
Figuur 2	Onderverdeling van de verschillende terminologiesystemen	32
Figuur 3	De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren volgens het ICF-model (Bron: World Health Organization, 2001).	34
Figuur 4	Definities ICF-componenten.	34
Figuur 5	Visuele weergave van het cross-sectioneel uitgangspunt van ICF	37
Figuur 6	Mogelijkheden waar ICF de klinische praktijken en diensten kan vooruithelpen, geïdentificeerd door de respondenten van een klinisch multidisciplinair team.	40
Figuur 7	Aanbevelingen om ICF te introduceren binnen een klinische setting	40
Figuur 8	Schematische voorstelling methodologie.	45
Figuur 9	Schermafbeelding van het hoofdscherm waarbij de opbouw van de Regas-software geïllustreerd wordt.	57
Figuur 10	Ambulante CASUS CAW-systeem	57
Figuur 11	Schermafbeelding van het hoofdscherm Insisto® voor de aanvraag van het A-document.	65
Figuur 12	Schermafbeelding Binc: illustratie van de tabbladen.	67
Figuur 13	Systematiek CAP-J classificatie.	67
Figuur 14	Thesaurus intermutualistische typemodulering	71
Figuur 15	Criteria van zorgbehoefte van de cliënten	80
Figuur 16	Levensdomeinen voor begeleiding	82
Figuur 17	Criteria voor kansarmoede, volgens respectievelijk het Sociaal Impulsfonds (SIF) en Kind & Gezin	111
Figuur 18	Score inzake zorgbehoevendheid (WECKX)	126
Figuur 19	Checklist Sociale Financiële voorzieningen	128
Figuur 20	Vorbereiding van het zorgplan.	131
Figuur 21	Verwijsbrief naar diabetoloog	137
Figuur 22	Indiceringscategorie met operationele definitie en gedragsindicatoren.	141
Figuur 23	Indiceringscategorie met operationele definitie en gedragsindicatoren.	141
Figuur 24	indiceringscategorieën VDAB	142
Figuur 25	Instrument voor de detectie van onderwijsbehoeften, CLB.	145
Figuur 26	Instrument voor de detectie van onderwijsbehoeften, CLB.	146

Figuur 27	ICF in de revalidatiecyclus van het Revalidatiecentrum UZ Gent	148
Figuur 28	ICF-classificatie en eindverantwoordelijken	149
Figuur 29	Weergave van ICF categorieën en qualifiers in het EPD	149
Figuur 30	Weergave van codes uit de ICF-component Externe factoren, en Persoonlijke factoren	150
Figuur 31A	Het welzijnsuniversum	151
Figuur 31B	Architectuur van elektronisch patiëntendossier vertrekkend vanuit de levensdoelen van de patiënt, gebruikmaken van ICD, ICPC en ICF op een geïntegreerde manier (Tange et al, 2017)	154
Figuur 32	Conceptueel model ICF	168

Lijst tabellen

Tabel 1	Vergelijking van de algemene karakteristieken van de registratie- of classificatiesystemen in zorg en welzijnssector tegenover ICF	85
Tabel 2	Vergelijking registratie- en classificatiesystemen met de zes componenten van ICF	91

Lijst met afkortingen

A.D.L.	Activities of Daily Life
BelRAI	Verzamelnaam voor Belgische vertaling en informatisering van de interRAI-instrumenten
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
EMD	Elektronisch medisch dossier
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GMD	Globaal Medisch Dossier
ICD-10	International Classification of Diseases- 10 th revision
ICD-10 CM	International Classification of Diseases-10 th revision Clinical Modification
ICF	International Classification of Functioning
ICPC-2	International Classification of Primary Care- 2 nd revision
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IHTSDO	International Health Terminology Standards Development Organization
INSISTO	Het informatiesysteem van de intersectorale toegangspoort voor de jeugdzorg
InterRAI HC	InterRAI Home Care
KSZ	Kruispuntbank Sociale Zekerheid
MDT	Multidisciplinair team
MDO	Multidisciplinair overleg
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
Refset	Reference set
SEL	Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms
Sumehr	Summarized electronic health record
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
WHO	World Health Organization
WICC	The WONCA International Classification Committee
WONCA	The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Hoofdstuk 1

Inleiding

De verklaring van Alma-Mata door de Wereldgezondheidsorganisatie in 1978 stelt dat sociale determinanten mee dienen betrokken te worden vanuit de gezondheidszorg en dat er grote nood is aan intersectorale samenwerking om gezondheid voor iedereen te voorzien. Vanuit dit standpunt wordt geopperd om een biopsychosociaal model op te stellen, dat het medisch en sociaal model integreert. Hierbij lijkt het logisch dat de welzijns- en gezondheidssector samenwerkt om dit te realiseren. Dit gebeurt al in behoorlijke mate binnen de Vlaamse en Belgische context.

Toch zien we op bepaalde vlakken dat er ruimte voor verbetering is. Een eerste reden hiervoor is dat beide sectoren vertrekken vanuit verschillende modellen. De gezondheidszorg hanteert daarbij het medische model met medische behandeling als hoofdremediëring. De welzijnssector vindt zich meer in een sociaal model, die context gebonden factoren integreert als hoofdoorzaak van de gezondheidstoestand. Intussen is de gezondheidssector tot de vaststelling gekomen dat het focussen op contextfactoren ook zinvol is voor het diagnosticeren van hun patiënten.

Eveneens op institutioneel vlak is de toenadering tussen beide sectoren niet evident. De welzijnszorg is sedert 1980 overgedragen aan de gemeenschappen, terwijl de gezondheidszorg grotendeels onder het federale niveau valt. Op die manier wordt de patiënt/cliënt vanuit verschillende hoeken aangestuurd, wat een efficiënte samenwerking niet bevordert.

Structureel gezien merken we ook een verschillende aanpak. Waar de welzijnssector zich alsmaar meer richt op specifieke subgroepen en hun problematieken, werkt de gezondheidszorg eerder verticaal en ziektegericht en is er te weinig zicht op de onderliggende bepalende sociale determinanten. Op die manier is het niet evident om beide sectoren en problematieken te verbinden. Tot slot is er enige overlap te vinden binnen de welzijnssector (Flanders' Care, 2014).

Om aan bovenstaande redenen tegemoet te komen, richtte De Vlaamse overheid in 2009 een 'Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin' op, met de focus op de ontmoeting tussen de gezondheids- en welzijnssector. Dit leidde intussen tot interessante resultaten (De Maeseneer, 2013). Zo ontstond meer multidisciplinaire samenwerking in zorg en welzijn enerzijds en de opkomst van de elektronische patiëntendossiers anderzijds. Deze evoluties geven de noodzaak en de voordelen van uitwisseling van gezondheids- en welzijnsgegevens duidelijk aan. Om de patiënt/cliënt een kwaliteitsvolle zorgverlening aan te bieden is een goed uitgebouwd communicatiesysteem een vereiste. Veelal wordt de informatie die nodig is om de gepaste zorg toe te dienen, bewaard in een dossier dat toebehoort aan een specifieke zorg- of hulpverstrekker of een specifieke instelling. Patiënten/cliënten die hulp zoeken in verschillende sectoren of instellingen krijgen hierdoor vaak te maken met versnipperde of met dubbele dossiers.

Een hogere afstemming en geïntegreerde registratie kan hieraan tegemoet komen. Om een geïntegreerd systeem te kunnen verwezenlijken moeten gezondheids- en welzijnssectoren echter benaderd worden als gelijke actoren. Dit zou kunnen door een geïntegreerd systeem op te zetten op basis van de *International Classification of Functioning (ICF)*, een classificatie en denkkader opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2002). Deze gedachte vormt het uitgangspunt van dit rapport.

1.1 Onderzoeksprobleem en onderzoeksvragen

In dit rapport wordt nagaan hoe op heden het landschap rond registratie- en classificatiesystemen in gezondheids- en welzijnssector eruit ziet en of er via ICF een betere integratie mogelijk kan zijn. Men wil in dit onderzoek nagaan of de mogelijkheid bestaat om één classificatiesysteem, dat gebaseerd is op ICF, met de huidige registratiesystemen van beide sectoren te integreren. De vraag die zich stelt is of het gebruik van ICF, bij het registreren en classificeren, een meerwaarde kan bieden in de samenwerking en de uitwisseling van gegevens tussen de sectoren welzijn, volksgezondheid en gezin. De ICF-codes, die gericht zijn op gezondheid en functioneren, voornamelijk binnen klinische praktijken, lijken namelijk ook erg bruikbaar in welzijnswerk, jongerenwelzijn en zorg voor personen met een handicap.

- Onderzoeksvraag (1) Welke registratiesystemen worden gebruikt in de gezondheids- en welzijnszorg op de eerstelijns in Vlaanderen; en is er een harmonisering en integratie mogelijk, met aandacht voor internationale vergelijkbaarheid?
 - (1.a) Zijn de gebruikte systemen ook classificaties?
 - (1.b) Welke platformen worden gebruikt?
 - (1.c) Wordt er episodegericht geregistreerd?
 - (1.d) Wat is de focus van de huidige systemen?
- Onderzoeksvraag (2) Zijn er overeenkomsten tussen de gebruikte registratie- en classificatiesystemen en ICF?
 - (2.a) Komen de algemene concepten van ICF voor in de huidige systemen?
 - (2.b) Kunnen de ICF-codes gelinkt worden aan de registratieparameters uit de huidige registratiesystemen, door semantische interoperabiliteit²?
- Onderzoeksvraag (3) Hoe staat de gezondheid- en welzijnszorgsector tegenover een harmonisering en integratie van ICF in de bestaande systemen?
 - (3.a) Wat ziet het werkveld en de stakeholders als de belangrijkste positieve elementen en belemmeringen?
 - (3.b) Waar kan ICF concreet toegepast worden binnen de huidige registratiecontext?
- Onderzoeksvraag (4) Hoe kan het 'functioneel' perspectief (ICF) op praktisch vlak geïntegreerd worden in de bestaande systemen?
 - (4.a) Zijn er belemmeringen op juridisch gebied?
 - (4.b.) Is er semantische interoperabiliteit mogelijk tussen ICF en de huidige registratiesystemen?
 - (4.c.) Hoe kan dit softwarematig verlopen?
 - (4.d) Wat is het belang van de huidige platformen op Federaal en Vlaams niveau?
 - (4.e) Is er integratie mogelijk tussen ICF en SNOMED CT³ en/of BelRAI⁴?

Onderzoeksvraag 1 en 2 werd onderzocht door middel van het analyseren van de verschillende registratie- en classificatiesystemen uit de gezondheids- en welzijnssector. Dit gebeurde aan de hand

² Semantische interoperabiliteit is de mate waarin systemen gebruik maken van dezelfde begrippen en codes om bijvoorbeeld diagnoses, behandelingen, medicatie, ... te registreren (Flanders' Care, 2014).

³ Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms.

⁴ Verzamelnaam voor Belgische vertaling en informatisering van de interRAI instrumenten.

van telefonische bevraging, emailcontact of het raadplegen van hun website, waarbij documenten zijn verkregen over de huidige systemen. Omwille van de korte tijdsperiode waarin dit onderzoek werd uitgevoerd, was het niet mogelijk om alle bestaande welzijns- en gezondheidsorganisaties te bevragen. Voor de gezondheidssector is bijgevolg gekozen om enkel de systemen te analyseren die de huisartsen en de ziekenhuizen gebruiken, respectievelijk ICPC-2 en ICD-9/ICD-10. Binnen de welzijnssector hebben we ons beperkt tot de grootste actoren binnen de sector, zijnde: CAW, OCMW, VAPH en de grootste mutualiteiten. De jeugdsector is meegenomen in het onderzoek naar semantische interoperabiliteit tussen ICF en de registratiesystemen, te zien in de resultaten van de documentanalyse.

In resultaten deel 1 is een onderdeel contextinformatie voorzien, waarin deze systemen beschreven worden. De bevindingen uit deze beschrijvende fase worden vervolgens getoetst aan de componenten waaruit ICF is opgebouwd. De bedoeling is om na te gaan in welke mate de registratie- en classificatiesystemen in zorg- en welzijn gelijkenissen vertonen met het ICF-model. In twee vergelijkende tabellen worden deze raakvlakken en dwarsverbindingen tussen de huidige systemen en ICF blootgelegd. Op deze manier wordt een beeld geschept over de mogelijkheid om de bestaande systemen te integreren op basis van ICF.

Onderzoeksvraag 3 en 4 werd uitgewerkt door huisartsen, sociaal verplegers en maatschappelijk assistenten te bevragen over de werking van de huidige systemen. Diezelfde groep kreeg ook een ICF-workshop en formuleerde tijdens een evaluatiemoment hun visie op dit systeem, met opmerkingen en bedenkingen over de gepercipieerde voor- en nadelen van ICF. Daarnaast zijn stakeholders uit beide sectoren ondervraagd om beleidskwesties te bespreken over het implementeren van ICF en de mogelijke alternatieven die er zijn.

1.2 Onderzoeksopzet

Dit onderzoeksrapport werd uitgevoerd door de Vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent en gaat uit van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het zeer diverse registratie- en classificatielandschap in de gezondheids- en welzijnssector in Vlaanderen geeft de aanzet om het gebruik van de verschillende systemen op een kwalitatieve manier in kaart te brengen. De beschrijving en inventarisering van de verschillende registratie- en classificatiesystemen in de gezondheids- en welzijnssector en het vergelijken ervan met de ICF-classificering in twee tabellen aan de hand van een literatuuroverzicht en documentanalyse vormt een belangrijk eerste deel van dit onderzoek. Een tweede deel bevat meer informatie uit interviews en focusgroeps gesprekken met mensen uit het werkveld van beide sectoren. Zij geven hun visie op de huidige registratiecultuur en het inhoudelijk model van ICF. Informatie van interviews met stakeholders biedt meer zicht op de beleidsmatige component van de ICF-classificatie. Dit wordt aangevuld met een overzicht van ICF-(proef)projecten die al lopende zijn binnen beide sector. Tot slot wordt het wettelijk kader, software en het gebruik van ICT en de platformen voor gegevensdeling over (geïntegreerde) registratie kort toegelicht zodat de context over deze materie duidelijk is.

Hoofdstuk 2

Literatuuronderzoek

2.1 Wettelijk kader

Een overzicht van het huidige Vlaamse wettelijk kader rond informatiedeling en registreren binnen de gezondheids- en welzijnssector, wordt in volgende paragrafen kort toegelicht. Cruciale onderdelen zijn daarbij privacy van gegevens, het toegangsbeheer, gegevensdeling, gebruik van ICT (informatie- en communicatietechnologie) voor gegevensdeling en de rechten van de patiënt/cliënt. Met het toegangsbeheer kan men garanderen dat enkel gemachtigde personen toegang krijgen tot enkel die gegevens waartoe ze toegang mogen hebben.

Zorg en welzijn hebben veel raakvlakken met elkaar en daarom heeft men ervoor gekozen een gezamenlijk decreet voor de uitwisseling van gegevens op te maken voor beide sectoren.

De Vlaamse Regering keurde definitief het ontwerp van het decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor gegevensdeling tussen actoren in de zorg goed. Het ontwerp werd hierbij aangepast aan de opmerkingen van de SAR WGG, de Privacycommissie(s), de Raad van State en diverse beroeps- en belangengroepen. Op 11 maart 2014 werd het nieuw ontwerp toegelicht in de Commissie Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoede van het Vlaams Parlement. Op 25 maart 2014 werd het daar besproken⁵. Op 25 april 2014 werd het nieuwe decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg bekrachtigd door de Vlaamse Regering. In hoofdstuk 4 van dit decreet wordt een extern verzelfstandigd agentschap "Vlaams Agentschap voor Samenwerking rond gegevensindeling tussen Actoren in de Zorg opgericht (VASGAZ).

Dit decreet de juridische verankering van de correcte en vooral veilige manier voor de deling van zorg- en welzijnsgegevens. De zorggebruiker wordt volledig centraal geplaatst en dient in de eerste plaats toestemming te geven voor de uitwisseling van zijn of haar gegevens. Ook heeft de zorggebruiker een duidelijk zicht over wie zijn of haar gegevens bijhoudt en wie ze raadpleegt (Vlaams Parlement, Decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, 2014).

Wel dient hierbij vermeld te worden dat het decreet "geen afbreuk kan doen aan de wet Verwerking Persoonsgegevens, aan de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, aan de wettelijke en reglementaire bepalingen met betrekking tot de uitoefening van de geneeskunde, aan het decreet van 18 juli 2008 betreffende het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer, aan het decreet van 13 juli 2012 houdende de oprichting en organisatie van een *Vlaamse dienstenintegrator en aan de wettelijke en reglementaire bepalingen met betrekking tot het beroepsgeheim, met inbegrip van artikel 458 van het Strafwetboek*"⁶.

Wat betreft het concreet uitwisselen van gegevens tussen zorg- en welzijnswerkers verwijzen we naar Art. 10: "Met behoud van de toepassing van artikel 16, § 4, van de wet Verwerking Persoonsgegevens, bepalen de voorzieningen en, in voorkomend geval, de zorgverleners of de hulpverleners in welke mate

⁵ Vandeurzen, J. (2012). ICT Plan: van een visietekst naar een (e)zorgzaam Vlaanderen.

⁶ Art. 9. Decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor gegevensdeling tussen actoren in de zorg (25 april 2014)

en op welke wijze de gegevens in individuele dossiers toegankelijk zijn voor personen die bij hun activiteiten in het kader van de zorg betrokken zijn, rekening houdend met de functie van die personen, de aard van de gegevens en de potentiële risico's die eraan verbonden zijn, alsook met de bepalingen van dit decreet. De voorzieningen nemen die regeling op in het veiligheidsbeleid, vermeld in artikel 11, § 2. De Vlaamse Regering bepaalt, na positief advies van het Agentschap, hoe de zorgverleners en de hulpverleners hun werkwijze documenteren”⁷.

Artikel 18 biedt hierbij verdere uitleg: *“Iedere zorgverlener en iedere hulpverlener, die al dan niet verbonden is aan een voorziening, stelt via het netwerk de elektronisch deelbare dossiers ter beschikking die door hem beheerd worden, rekening houdend met de toestemming van de zorggebruiker, vermeld in artikel 22, het gebruikers- en toegangsbeheer, vermeld in artikel 25, 2°, en het verwijzingsrepertorium, vermeld in artikel 25, 3° Die elektronisch deelbare dossiers kunnen geraadpleegd worden door andere zorgverleners en hulpverleners, die al dan niet verbonden zijn aan een voorziening, die een zorgrelatie hebben met de zorggebruiker, rekening houdend met de toestemming van de zorggebruiker, vermeld in artikel 22, het gebruikers- en toegangsbeheer, vermeld in artikel 25, 2°, en het verwijzingsrepertorium, vermeld in artikel 25, 3°⁸.*

Artikel 18 legt uit dat de zorggebruiker toestemming zal geven vooraleer zorg- en hulpverleners de elektronische deelbare dossiers kunnen inkijken. De zorggebruiker zal daarvoor schriftelijke of elektronische toestemming geven. De manier van toestemming moet daarbij voldoen aan de voorwaarden van wet op de Bescherming op de persoonlijke levenssfeer en de wet Verwerking Persoonsgegevens. De zorggebruiker wordt daarbij actief geïnformeerd over zijn rechten. Voor gegevens worden gedeeld in individuele elektronische dossiers, wordt ook rekening gehouden met het gebruikers- en toegangsbeheer. Het netwerk van zorgverleners die toegang zal krijgen tot de gedeelde dossiers, moeten eerst door de afdeling Gezondheid van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid een machtiging verkrijgen. Dit is in samenspraak met de dienstenintegratoren en met vertegenwoordigers van de zorgverleners, hulpverleners, de voorzieningen en de gebruikers. Tot slot is ook het verwijzingsrepertorium van belang alvorens gedeeld wordt. In dat repertorium wordt aangeduid welke zorgverleners, hulpverleners en voorzieningen welk type van gegevens bewaren over welke zorggebruiker. Ook hier is dezelfde machtiging als bij het gebruikers- en toegangsbeheer.

De Vlaamse overheid zal in haar kwaliteitsbeleid wat betreft de zorgvoorzieningen geen expliciete bepalingen opnemen over het gebruik van ICT voor gegevensdeling in de zorg. Die werden al opgenomen in het ontwerp van decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor gegevensdeling tussen actoren in de zorg⁹. Met de goedkeuring van het actieplan eGezondheid¹⁰ werd daarnaast duidelijk dat de (internationale) standaarden, zoals ICF, via het eHealth-platform¹¹ beheerd zullen worden. Het Agentschap is opgericht door de Vlaamse Overheid om relevante stakeholders (zoals de voorzieningen, de zorgverleners, de ziekenfondsen) het netwerk vorm te geven. De raad van bestuur bestaat uit de stakeholders. Het agentschap houdt zich bijvoorbeeld bezig met de uitwisselbaarheid van

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Ibid.

10 Ronde Tafel eHealth. (2012). Actieplan e-GEZONDHEID 2013-2018.

11 Meer uitleg over het eHealth-platform is te vinden onder volgend deel van deze studie: Platformen voor afstemming en gegevensdeling in de welzijns- en gezondheidssector op federaal en Vlaams niveau

zorggegevens of om het gebruik van het netwerk om de sociale bescherming en de zorgverzekering te automatiseren¹².

In bijlage 1 is uitgebreide informatie te vinden, wat betreft de wetgeving over patiënten rechten in de gezondheidszorg, gebruikersrechten in de welzijnssector, het beroepsgeheim, het gedeeld beroepsgeheim en het gemeenschappelijk beroepsgeheim. Ook verwijzen we naar het SWVG-rapport 1A1: 'Towards monitoring the use of social care: een studie naar de haalbaarheid en meerwaarde van het koppelen van registratiedata om meervoudig zorggebruik in de jeugdhulp te detecteren'¹³.

In de beleidsbrief 2017-2018 "Welzijn, Volksgezondheid en Gezin" operationaliseert minister J. Vandeuren een aantal aspecten van het agentschap¹⁴. Het Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg (VASGAZ) realiseert volop de basisprincipes om gegevensdeling mogelijk te maken zoals verankert in het decreet. De belangrijkste thema's in 2017 en 2018 zijn het inkantelen van Vitalink in VASGAZ, het inschatten en in toepassing brengen (van de impact) van de Europese algemene verordening gegevensdeling (GDPR) en het opstellen van een eerste ondernemingsplan voor het Agentschap. Dit kadert in de 5^e strategische doelstelling van de beleidsbrief die focust op de instrumenten die de kwaliteit van zorg stimuleren en sociaal ondernemerschap kansen geven. Het VASGAZ zal hierin een centrale rol spelen en werkt daarvoor samen met de federale overheid aan een nationaal terminologiebestand. Op 8 mei 2017 werd een participatieforum over de nieuwe Europese richtlijn rond gegevensdeling georganiseerd.

2.2 Platformen voor afstemming en gegevensdeling in de welzijns- en gezondheidssector op federaal en Vlaams niveau

Zowel de zorgsector als de welzijnssector staan voor enkele grote uitdagingen. Onder andere de toenemende vergrijzing van de zorggebruiker en multimorbiditeit leidt tot een groeiende zorgvraag. De nood aan kwalitatieve zorg en minder tijdrovende administratieve processen komt op die manier op. Daarenboven is multidisciplinaire samenwerking in zorg en welzijn niet meer weg te denken. Op Vlaams niveau is men ervan overtuigd dat informatie- en communicatietechnologie (ICT) deze uitdagingen tegemoet kan komen door het creëren van een goede en veilige manier van multidisciplinaire gegevensdelingen communicatie (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2014). Administratieve gegevens moeten op deze manier slechts eenmaal worden opgevraagd en kunnen vervolgens gedeeld worden met die personen en organisaties die in het kader van hun diensten deze gegevens nuttig achten. De continuïteit van zorg kan beter worden gegarandeerd als het multidisciplinair samenwerken wordt ondersteund door een platform waarbij men op elk moment en in eender welke organisatie toegang heeft tot de relevante informatie aangaande de zorg en het welzijn van de patiënt/cliënt. Het bewaren en delen van zorggegevens via ICT-toepassingen leidt tot een effectievere, efficiëntere, veiligere en meer patiëntgerichte dienstverlening (Vandeuren, 2012).

12 Decreet van 24 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor gegevensdeling tussen de actoren in de zorg
(<http://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1024441&datum=&geanoteerd=false&print=false>).pdf

13 Jasper De Witte, Koen Hermans (2014).

14 Jo Van Deuren: Beleidsbrief 2017-2018: Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Brussel, Vlaamse Regering, 2017.

Met de visietekst (e)Zorgzaam Vlaanderen opgesteld door Flanders' Care wil de Vlaamse Regering een duidelijke visie bieden over de blijvende garanties voor de burger op vlak van een kwaliteitsvol en efficiënt welzijns- en zorgaanbod in een nieuwe omgeving waarin informatietechnologie een essentiële ondersteuning biedt. Het gebruik van ICT voor de opslag en het delen van zorggegevens, zowel op inter- als op intra-sectoraal niveau, leidt tot een efficiëntere, effectievere, veiligere en een meer patiëntgerichte manier van zorg verlenen. Om van deze voordelen te kunnen genieten hebben de gezondheids- en welzijnssector inspanningen geleverd om te informatiseren en, in bepaalde gevallen, deling van gegevens mogelijk te maken tussen verschillende zorgverleners, tussen verschillende instellingen en een schakel te maken naar overheid.

Als gevolg van deze beweging is er, zowel op federaal, regionaal als op lokaal vlak, een brede waaier van verschillende informatiesystemen ontstaan. Er ontstonden hierdoor enkele problemen die de kwaliteit en de efficiëntie in de zorg in de weg staat, zoals het dubbel bijhouden van informatie over zowel hulpvrager als hulpverlener dooreen gebrek aan compatibiliteit tussen de verschillende systemen. Er is een hoge nood aan afstemming tussen de gebruikte systemen zodat de werking van zorg en welzijn op elkaar kunnen aansluiten op technisch, beleidsmatig, organisatorisch, maatschappelijk, juridisch en financieel vlak. Overleg tussen de betrokken sectoren is hierbij cruciaal¹⁵.

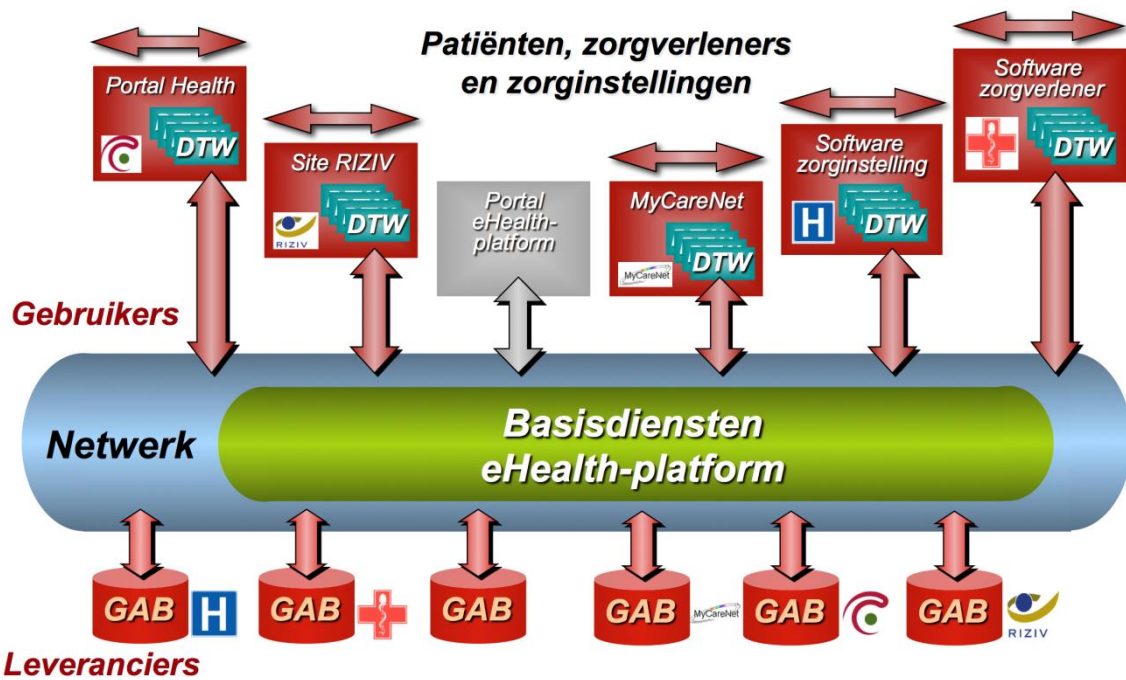
Daarboven zoekt de Vlaamse overheid ook afstemming met het federale niveau. Zo werken beide niveaus samen aan een federale *roadmap*¹⁶ over de informatisering in de gezondheidszorg. Dit werd goedgekeurd op 29 april 2013 door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid en wordt nu uitgevoerd. In wat volgt worden de vier voornaamste platformen voor gegevensdeling die intussen opgericht zijn, kort uitgelegd. eHealth, vitalink, de Kruispuntbank Sociale Zekerheid en de Integrale toegangspoort worden besproken.

2.3 Het eHealth-platform en basisdiensten

Het eHealth-platform is een federaal platform voor de informatisering van de gezondheidszorg in België. Het hoofddoel van het eHealth-platform is om de uitwisseling van informatie tussen artsen, apothekers, ziekenhuizen, patiënten, en anderen te ondersteunen en hierbij het respect voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het medisch beroepsgeheim voorop te plaatsen. Zodoende wil men optimalisatie van de kwaliteit van de zorg bereiken en de administratieve werklast reduceren. Het is niet de bedoeling dat het platform fungeert als een database voor de opslag van gegevens. eHealth slaat zelf geen gegevens op, maar maakt gebruik van authentieke bronnen om de gevraagde gegevens te tonen. Vitalink zal hierop wel een uitzondering zijn. De betreffende arts, apotheker, ziekenhuis of mutualiteit zal nog steeds de gegevens van hun patiënt/cliënt zelf bewaren (Robben, 2010; Vlaams Patiëntenplatform, 2011).

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ronde Tafel eHealth. (2012). *Actieplan e-GEZONDHEID 2013-2018*.



Figuur 1 De basisarchitectuur van het eHealth-platform (Robben, 2010).

Het eHealth-platform kan visueel voorgesteld worden alsof het zou bestaan uit 3 lagen. De eerste laag bestaat uit de gegevens die worden aangeleverd door de zogenaamde Gevalideerde Authentieke Bronnen (GAB's), de leveranciers. Dit kunnen onder meer verzekeringsinstellingen, verstrekkers, het FOD Sociale Zaken of het RIZIV zijn (Messiaen, 2013).

De tweede laag omvat een aantal basisdiensten van het platform. Om de leesbaarheid van dit werk te bewaken, worden enkel de belangrijke gezondheidsdiensten in deze laag geëxploreerd. De eerste belangrijke basisdienst is (1) **beheer van de log-ins**. Omdat de informatie die via eHealth passeert vaak uiterst gevoelig en persoonlijk van aard is, moet het gebruik en de toegang tot het beheer worden onderworpen aan een controle.

Het eHealth-platform biedt een beveiligde elektronische brievenbus, de zogenaamde **eHealthbox**(2) aan. Dat is een berichtendienst voor beveiligde elektronische communicatie tussen actoren in de gezondheidszorg om op een uiterst veilige manier informatie (bijvoorbeeld verwijsbrieven) door te sturen naar een andere zorgverlener. Het betreft hier geadresseerde communicatie, van één persoon aan één of meerdere anderen. Toestemming van de patiënt en therapeutische relaties zijn niet van toepassing. Vlaanderen wil de eHealth-box hanteren, onder andere voor de melding van infectieziekten aan de diensten Toezicht Volksgezondheid. De toepassing werd begin 2014 afgerond, en wordt nu in gebruik genomen binnen het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid¹⁷. Voor niet-geadresseerde boodschappen heeft eHealth de *tools* 'codering, anonimisering *entrusted third party*¹⁸ ontwikkeld. Zo zijn de gegevens van de gebruikers als het ware achter een code verborgen zodat er geen schending is van de wetgeving betreffende het beroepsgeheim, de persoonlijke levenssfeer en de patiënten rechten.

¹⁷ Naar een (e)zorgzaam Vlaanderen. Status maart 2014. (Vlaamse Overheid).

¹⁸ Een *Trusted Third Party* is een derde onafhankelijke partij die instaat voor de betrouwbaarheid van de privacybescherming bij het verzamelen, uitwisselen of verwerken van gegevens. Het eHealth-Platform is in het TDI-registratieproject een *Trusted Third Party* die instaat voor de betrouwbaarheid van de privacybescherming bij het uitwisselen van gegevens.

De derde basisdienst **geïntegreerde gebruikers en toegangsbeheer (3)** zorgt ervoor dat enkel de bevoegde zorgverleners/-instellingen toegang kunnen verkrijgen tot persoonlijke informatie die enkel zij mogen raadplegen. eHealth biedt ook de mogelijkheid om de rijksregisters en de kruispuntbankregisters te raadplegen. Verschillende WVG-toepassingen gebruiken deze basisdienst. Voor INSISTO (het informatiesysteem van de intersectorale toegangspoort voor de jeugdzorg), werd bijvoorbeeld een link tussen het toegangsbeheer van eHealth en de Vlaamse Dienstenintegrator¹⁹ gemaakt, zodat geïdentificeerde gebruikers door beide erkend kunnen worden. Er wordt samen met eHealth voortdurend gewerkt om de knelpunten van de INSISTO werking te verbeteren²⁰. Voor de gegevensdeling in de zorg worden de Vlaamse zorgvoorzieningen geïdentificeerd met CoBRHA. CoBRHA is een grote databank met identificatiegegevens over erkende zorgvoorzieningen en –verleners. Het wordt gebruikt om het toegangsbeheer van eHealth veilig te maken²¹

Tot slot is er de **eHealthConsent-toepassing (4)** waardoor de patiënt/cliënt zijn of haar geïnformeerde toestemming voor de elektronische uitwisseling en registratie van zijn of haar gezondheidsgegevens kan geven en terug kan intrekken (Robben, 2013)

De laatste laag binnen het eHealth-schema wordt bezet door de eHealth-gebruikers, dit kunnen zowel patiënten/cliënten, zorg-/hulpverlener of zorg-/welzijnsinstellingen zijn. Omdat het eHealth-platform draait rond de uitwisseling van gegevens kunnen de gebruikers dezelfde instanties zijn als de GAB's. Gebruikers kunnen gegevens zelf verder gebruiken en ze kunnen er eventueel een toegevoegde waarde aan geven (Messiaen, 2013). Voor meer informatie over eHealth wordt doorverwezen naar hun website²².

2.4 Vitalink

De Vlaamse Overheid heeft het digitaal platform vitalink opgericht om een beveiligde toegang en gegevensdeling te voorzien voor zorgverleners uit zowel de eerstelijnsgezondheidszorg als de welzijnssector, om informatie inzake de medische toestand en de zorg van hun cliënt/patiënt te kunnen raadplegen (Vitalink, 2013). Vitalink moet een bijkomende basisdienst op het eHealth-platform worden en de garantie op een uniforme manier van gegevensdeling binnen de eerstelijnszorg bieden (Vandeurzen, 2012). Het wordt gefaciliteerd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) en ging begin januari 2013 van start.

De algemene visie van vitalink is om met behulp van ICT-toepassingen en -netwerken de zorg en hulpverlening te ondersteunen en te faciliteren. Vitalink wil op efficiënte wijze gegevens over de cliënt delen en de kwaliteit en de beschikbaarheid van de gegevens verhogen, ongeacht de locatie van de zorg- en/of hulpbehoevende. Hierdoor wordt de administratielast gereduceerd en wordt de samenwerking

19 De DAB Informatie Vlaanderen vervult de functie van Vlaamse Dienstenintegrator om gegevensuitwisseling te vereenvoudigen en te optimaliseren tussen de instanties onderling enerzijds en tussen de instanties en de andere dienstenintegratoren en externe overheden anderzijds (Decreet houdende de oprichting en organisatie van een Vlaamse dienstenintegrator, 13/07/2012)

20 Naar een (e)zorgzaam Vlaanderen. Status maart 2014. (Vlaamse Overheid)

21 Meer informatie hierover is te vinden op de weblink:
<http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/data/cobrha/Paginas/default.aspx>

22 <https://www.ehealth.fgov.be>

van verschillende zorgactoren rond de patiënt ondersteund waardoor de kwaliteit van de zorg stijgt (Vandeurzen, 2012).

Het specifieke doel van het vitalink project is om de patiënt/cliënt de best mogelijke zorg te bieden, door de juiste informatie over de patiënt ter beschikking te stellen aan alle actoren die hem of haar verzorgen. Hierbij is er een focus op de eerstelijnsgezondheidszorg en alle daarin actieve zorgactoren, ook welzijnsinstellingen. De persoon die de informatie aanlevert, weet niet aan wie deze informatie ter beschikking gesteld wordt. Het zijn niet-geadresseerde boodschappen. De zorgverlener deelt de informatie over de patiënt/cliënt op een beveiligde locatie. De patiënt bepaalt mee wie toegang krijgt tot zijn of haar gegevens d.m.v. het aanmaken van therapeutische relaties en (in de toekomst) door op elektronische wijze zijn/haar geïnformeerde toestemming en het eventueel kenbaar maken van uitsluitingen van specifieke actoren, te geven.

Vitalink maakt gebruik van het eHealth platform voor de identificatie van zowel zorg- en hulpverleners als patiënten/cliënten. Wanneer iemand zich aanmeldt op het vitalink-platform worden deze gegevens voor identificatie doorgestuurd naar het eHealth-platform. Indien de aanmelder een zorgverlener is, dan moet de aanmelding gebeuren via een eHealth-certificaat en gaat het eHealth-platform na of deze gebruiker weldegelijk gekend staat als zorgverlener. Zowel vitalink als eHealth beschikken over de mogelijkheid om bepaalde instellingen te herkennen die toegang hebben tot bepaalde informatie zonder dat de gebruiker hier specifiek toegang moet voor verlenen (Vitalink, 2013).

Ook als de patiënt/cliënt zich aanmeldt op het vitalink-platform, wordt zijn identificatie gecontroleerd door eHealth. De patiënt/cliënt kan via het eHealth-platform zelf de gegevensdeling tussen zorg- en hulpverleners bepalen. Zorg- en hulpverleners worden daarbij binnen een therapeutische of een zorgrelatie gezien met de patiënt/cliënt. Bijvoorbeeld, de huisarts die het globaal medisch dossier beheert van de patiënt, heeft volgens het systeem automatisch een therapeutische relatie met de patiënt/cliënt.

Vitalink gebruikt zelf nog een aantal andere basisdiensten van het eHealth-platform zoals de dienst eHealthConsent en het geïntegreerd gebruikers- en toegangsbeheer. Vitalink kan ook vergeleken worden met de eHealthbox, met het grote verschil dat vitalink werkt met niet-geadresseerde boodschappen, terwijl de eHealthbox geadresseerde boodschappen verwerkt²³. Niet-geadresseerde boodschappen bevatten informatie over de patiënt/cliënt die een zorg- of hulpverlener parkeert op een server, zonder specifiek te weten wie dit zal consulteren. Tot slot wordt vitalink gekoppeld met het federale meta-hub project, dat onder de voorzieningen van eHealth valt. Het voorziet de mogelijkheid van gegevensdeling tussen ziekenhuizen, alsook met extramurale artsen. Op die manier kan vitalink ook gegevensdeling tussen de eerste en de tweede lijn verwezenlijken (Flanders' Care, 2014).

Het Hub/MetaHub systeem laat zorgverleners toe om niet-geadresseerde boodschappen die binnen ziekenhuizen beschikbaar zijn te consulteren, onafhankelijk van waar deze informatie zich bevindt. In België zijn er vijf hubs (Antwerpen, Gent, Leuven, Brussel en Wallonië). Artsen en ziekenhuis-medewerkers kunnen via een dergelijke hub informatie opvragen over een patiënt. Huisartsen kunnen dit op termijn doen via hun elektronische medisch dossier (EMD). Dit is immers één van de nieuwe homologatiecriteria voor de EMD's. Ook sumehrs en ontslagbrieven kunnen via deze weg gebeuren. Via

23 Vitalink. Over Vitalink. Opgehaald op 7 oktober 2014 van <http://www.Vitalink.be/Vitalink/Burgers/Over-Vitalink/Andere-e-healthprojecten/>

de centrale metahub worden alle hubs gecontacteerd waarbinnen de patiënt gekend is. Zo kan een arts via het raadplegen van één hub, de informatie uit alle vijf de hubs bekijken²⁴.

De eerstelijns beschikt niet over die infrastructuur om efficiënte gegevensdeling mogelijk te maken. De gegevens van gezondheidswerkers en welzijnswerkers op lokale pc's of server zijn namelijk niet continue extern toegankelijk. Daarom dienen hun dossiers en softwarepakketten gekoppeld te worden met een server in een extern datacenter. Het datacenter moet een basisset aan geëncrypteerde gegevens bevatten, die toegankelijk zijn voor alle geautoriseerde gebruikers. Dat was trouwens ook de insteek om vitalink op te richten. Vitalink is daarmee de uitzondering op de regel dat de data op de plaats blijven waar ze zijn verzameld²⁵.

Verder krijgen softwareproducenten, met als doelgroep de zorggebruikers, hulp- en zorgverleners en de zorginstellingen, de mogelijkheid om vitalink in hun software te integreren. Vitalink controleert deze implementatie door acceptatietesten op te leggen waarin nagegaan wordt of de communicatie met vitalink voldoet aan de nodige technische vereisten en of het softwareprogramma gebruiksvriendelijk genoeg is. Enkel wanneer de software wordt goedgekeurd, wordt een code uitgereikt die de communicatie met vitalink mogelijk maakt (Vitalink, 2013).

Tot slot sommen we enkele voorbeelden van linken en toepassingen tussen zorg- en welzijnsactoren in vitalink op:

- Medicatieschema: overzicht van alle medicatie die door de patiënt op een bepaald moment wordt genomen.
- Vaccinatiegegevens op basis van de gegevens uit Vaccinnet (Vlaams bestel- en registratiesysteem voor vaccins)
- Sumehr (*summarized electronic health record*), een beknopt gezondheidsdossier dat uitwisselbaar is tussen artsen.
- Het elektronisch medisch kinddossier van Kind en Gezin voor de preventieve zorgverlening
- Het e-dossier van het CAW zal gebruik maken van vitalink zodat hulpverleners in de sector online hun dossiers kunnen beheren²⁶.

2.5 Kruispuntbank Sociale Zekerheid

De kruispuntbank Sociale Zekerheid (KSZ) is een elektronisch netwerk tussen de instellingen van de sociale zekerheid en het rijksregister (Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, 2014). Het KSZ biedt verschillende welzijnsinstellingen toegang tot de informatie die reeds door verschillende sociale instellingen (Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering der Zelfstandigen, de mutualiteiten, ...) opgeslagen werd. De wet van 15 januari 1990 inzake de oprichting en de organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid bepaalt onder artikel 14 dat de

²⁴ Health Connect. Opgehaald op 1 december 2014 van <https://www.healthconnect.be/nl/blog/alles-op-een-rijtje-ehealthbox-vitalink-en-hubs>

²⁵ (Flander's care, 2012).

²⁶ Meer informatie over gegevensdeling tussen zorgactoren met vitalink is te vinden in het document (e)zorgzaam Vlaanderen (Flanders' Care, 2014).

mededeling van persoonlijke gegevens van sociale aard door of aan sociale instellingen (zoals het OCMW) gebeurt met tussenkomst van het KSZ²⁷.

De kruispuntbank zelf is geen databank. De KSZ kan gezien worden als *routingstool* ter sturing van de elektronische boodschappen. Daar zijn twee tabellen beschikbaar: het 'verwijsrepertorium' van de KSZ is een lijst met rijksregisternummers met daaraan gekoppeld de verschillende instellingen waar dit nummer gekend is (en met welke hoedanigheidscode). Daarnaast is er een machtigingstabel die aangeeft welke gegevens door wie kunnen en mogen geraadpleegd worden.

Het is de bedoeling dat gegevens maar één keer bij de burgers ingezameld worden en dat iedere instelling, als authentieke bron van bepaalde gegevens, verantwoordelijk is voor de juistheid ervan. Zo zullen de OCMW's verantwoordelijk zijn voor de gegevens inzake de verleende hulp. Om rechten toe te kennen zullen de instellingen (zoals bijvoorbeeld de mutualiteiten) vooraf bij elkaar een aantal gegevens kunnen consulteren in plaats van ze opnieuw op te vragen bij de klant. Dit zal op termijn leiden tot het automatisch toekennen van rechten aan mensen. Zo moeten werklozen sinds twee jaar het pensioen niet meer zelf aanvragen maar wordt de werkloosheidsuitkering automatisch vervangen door het pensioen. De instellingen die verbonden zijn aan de kruispuntbank zijn ook verplicht bepaalde informatie door te geven. De OCMW's moeten bijvoorbeeld het attest, dienstig voor de toekenning van verhoogde terugbetalingen in de ziekteverzekering en het recht op sociale franchise, automatisch (binnen de zeven dagen na de beslissing), elektronisch doorsturen aan de mutualiteit²⁸.

Instellingen zoals OCMW en de sociale diensten van de mutualiteiten consulteren ook de Kruispuntbank sociale zekerheid (KSZ) voor informatie-uitwisseling van demografische kenmerken in de sociale zekerheid. De KSZ is informatica-technisch volledig gescheiden van het eHealth-platform (eHealth, 2014)²⁹.

2.6 Intersectorale toegangspoort

Om de toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp te centraliseren, is een intersectorale toegangspoort opgericht. Voorbeelden van dit soort jeugdhulp zijn onder andere een begeleidings-tehuis, een pleeggezin of een internaat voor kinderen met een handicap. Het aantal plaatsen in deze vormen van jeugdhulp is beperkt.

De intersectorale toegangspoort vervangt de vroegere aparte toegangspoorten in de bijzondere jeugdzorg en in de zorg voor personen met een handicap. De installatie van de toegangspoort maakt een eenvormige en transparante werking mogelijk, én biedt de mogelijkheid om hulp uit verschillende sectoren te combineren. Doordat alle aanvragen via één toegangspoort gaan, blijft de meest ingrijpende hulp voorbehouden voor wie deze het hardste nodig heeft. De toegangspoort heeft steeds een duidelijk

²⁷ Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. (2011). *Informatieveiligheid bij de integratie-oefening OCMW gemeente*. Opgehaald op 28 juli 2014, van https://www.ksz.fgov.be/binaries/documentation/nl/securite/policies/isms_043_ocmw_cpas_gemeente_commune_nl.pdf

²⁸ Ibid.

²⁹ Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. (2014). *OCMW's*. Opgehaald op 28 juli 2014, van https://www.kszbcss.fgov.be/nl/bcss/services/content/websites/belgium/services/service_citizen/service_public_welfarecentres.html

zicht op de vraag en het aanbod in de jeugdhulp, zo kan de overheid zo nodig bijsturen³⁰. Voor meer informatie over de werkingsprocessen van de toegangspoort verwijzen we door naar verdere documenten.³¹

³⁰ WVG Vlaanderen. Intersectorale toegangspoort. Opgehaald op 16 oktober 2014 van <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/jeugdhulp/intersectorale-toegangspoort/> (Geraadpleegd op 16/10/2014).

³¹ WVG Vlaanderen. Werkingsprocessen jeugdhulp aanbieden. Opgehaald op 17 oktober 2014 van <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/professionelen/assets/docs/jeugdhulpaanbieders/itp/werkingsproces-en-itp.pdf>

Hoofdstuk 3

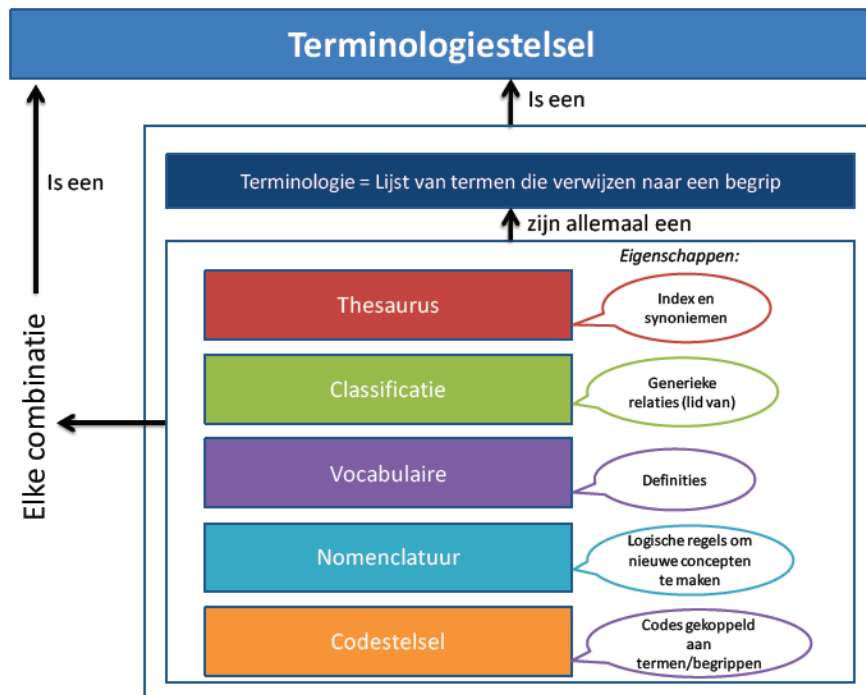
Terminologiestelsels

3.1 Inleiding

Vooraleer ICF wordt toegelicht, is het noodzakelijk om de overkoepelende concepten waaronder classificatiesystemen zoals ICF vallen te beschrijven. Een typologie voor terminologiestelsels vinden we terug bij De Keizer et al (2000). Zij beschrijven een terminologiestelsel als een overkoepelende term voor alle stelsels die terminologie bevatten. Terminologie definieert zich als “een lijst met termen uit een bepaald domein, waarbij de termen verwijzen naar een begrip”. Bijvoorbeeld de termen 'pneumonie' en 'longontsteking' verwijzen naar hetzelfde begrip, de betekenis is immers hetzelfde (van Puijvelde – de Groot, 2014). Een terminologiestelsel dient principieel een bepaald doel, bestrijkt een bepaald domein en gaat tot in zeker mate in detail. Voorbeelden van verschillende soorten terminologiestelsels zijn:

- Thesaurus: de termen zijn systematisch of alfabetisch geordend en de begrippen worden beschreven door meerdere termen (synoniemen).
- Classificatie: de begrippen waarnaar de termen verwijzen hebben een hiërarchische relatie met elkaar, waardoor elk begrip ingedeeld is in een groep (een klasse) met dezelfde eigenschappen. Bijvoorbeeld een fiets en auto horen in de groep ‘vervoersmiddel’ of een fiets is een vervoermiddel. Alle begrippen in een classificatie zijn onderling exclusief.
- Vocabulaire: de begrippen hebben een definitie.
- Nomenclatuur: nieuwe begrippen kunnen worden gevormd door concepten in de terminologie aan elkaar te koppelen met behulp van logische regels.
- Codestelsel: elk begrip en/of elke term is gekoppeld aan een code (van Puijvelde – de Groot, 2014).

Op dit moment gebruiken welzijns- en zorgverleners voornamelijk hun eigen jargon. Van Puijvelde – de Groot (2014) vinden echter dat voor interdisciplinair overleg of wanneer voor onderzoek informatie uitgewisseld wordt, het belangrijk is dat de hulp- of zorgverlener die informatie ontvangt, die op de juiste manier interpreteert. Het is essentieel dat het begrip eenduidig gedefinieerd wordt omdat er anders niet met deze gegevens gewerkt kan worden. Om dit te realiseren spelen terminologiestelsels een onmisbare rol. Figuur 2 geeft in schematisch vorm een terminologiestelsel weer:



Figuur 2 Onderverdeling van de verschillende terminologiesystemen³²

3.2 International Classification of Functioning, Disability and Health

De *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) is een gestandaardiseerd begrippenapparaat voor het beschrijven van menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden (WHO, 2011). De voorloper ervan is een classificatie, gecreëerd in 1980 door de WHO. Het droeg de naam *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, en bevatte een geïntegreerd raamwerk om de gezondheidscomponenten van functioneren en disfunctioneren te classificeren³³.

ICF vult de International Classification of Diseases-10th Revision (ICD-10) aan die informatie bevat over diagnose en gezondheidstoestand, maar niet over de functionele status van een individu. ICD-10 en ICF maken deel uit van de kernclassificaties binnen de *WHO Family of International Classifications* (WHO-FIC). Het doel van ICF is tweeledig. Enerzijds wil men een bredere basis leggen voor een gemeenschappelijke taal die intersectoraal gehanteerd kan worden. Anderzijds is ICF als classificatiesysteem opgesteld om, in tegenstelling tot de huidige classificaties zoals ICD en ICPC die eerder focussen op het probleem of de hulpvraag, de patiënt/cliënt als individu centraal te plaatsen.

Intersectoraal gebruik is mogelijk omdat ICF het medisch en sociaal model integreert tot een biopsychosociaal model van functioneren en disfunctioneren. Het medische model ziet het menselijk functioneren als een persoonlijke kwestie, waarbij problemen een gevolg zijn van ziekte, trauma of een andere aandoening. Hierbij is medische zorg door beroepsbeoefenaren vereist en wordt dit gezien als hoofdzaak van de behandeling. Het sociale model legt de nadruk op de sociale aspecten van het

³² (de Keizer et al, 2000)

³³ ICF verschilt in belangrijke mate van het model uit 1980 wat betreft de manier waarop de onderlinge relaties tussen de componenten van het functioneren worden afgebeeld (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2001).

menselijk functioneren, waarbij individuen volledig geïntegreerd worden in de samenleving, waarbij een verzameling van elementen uit de samenleving grotendeels als oorzaak voor de aandoening van het individu gezien wordt. Oplossing voor problemen zijn in dit opzicht veelal gericht op de sociale omgeving. Hierbij wordt de samenleving als verantwoordelijk gezien voor het oplossen van de problemen. Het ICF gaat uit van een integratie van het medische en het sociale model, met een biopsychosociale benadering. Daarbij wordt het menselijk functioneren gezien als een geheel met meerdere dimensies op biologische, individuele en sociale niveaus (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2001).

3.2.1 ICF-denkmodel

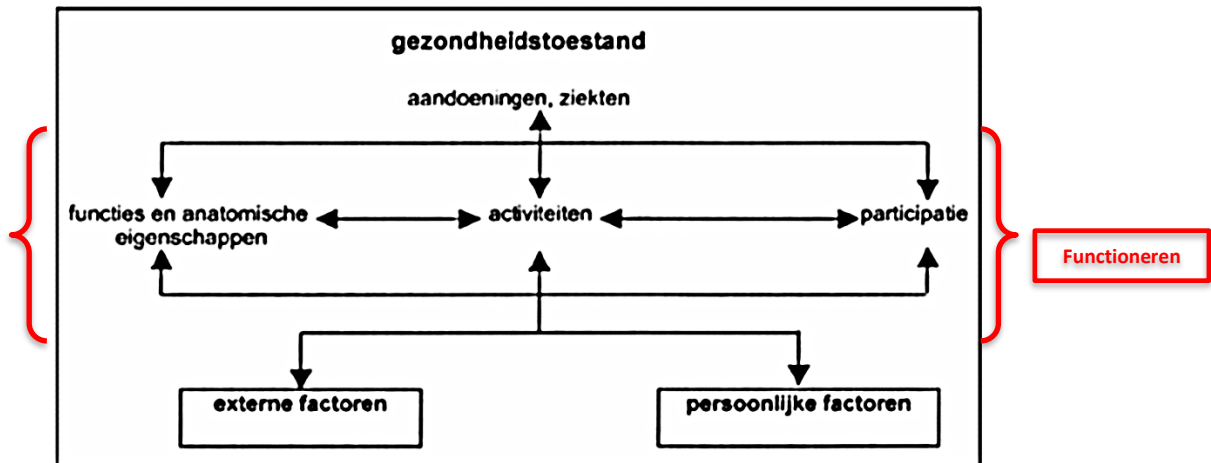
De ICF-classificatie wordt opgesteld aan de hand van een model (zie figuur 3). Ziekten, aandoeningen en letsels die bovenaan het ICF-model staan, worden geclassificeerd met ICD-10. De gevolgen van een ziekte, aandoening of letsel op het functioneren van de mens wordt aangeduid met ICF-termen. Die termen worden opgedeeld in twee delen:

Het eerste deel is het **functioneren** met de componenten (A) **Functies en anatomische eigenschappen**: grotendeels geordend volgens orgaansystemen; en (B) **Activiteiten en participatie** vanuit het perspectief van het menselijk handelen en van deelname aan het maatschappelijk leven.

Het tweede deel is bevat de component (A) **Externe factoren**: de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven en de component (B) **Persoonlijke factoren**: de individuele achtergrond van het leven van het individu.

De combinatie van de gegevens over de ziekte met de gegevens over het menselijk functioneren in wisselwerking met zijn externe en persoonlijke factoren leidt tot een veel breder en zinvoller beeld van de gezondheidssituatie van een individu. Hierbij is het belangrijk om in te zien dat twee personen met dezelfde ziekte van elkaar kunnen verschillen in de wijze waarop ze functioneren en omgekeerd, twee personen met dezelfde functioneringsproblemen hebben niet noodzakelijk hetzelfde gezondheidsprobleem.

Het functioneren van een individu binnen een specifieke setting reflecteert een interactie tussen de gezondheidstoestand en de contextfactoren (externe en persoonlijke). De relatie tussen die entiteiten is complex, dynamisch en in vele gevallen onvoorspelbaar. Eveneens verloopt de interactie in twee richtingen, zoals geïllustreerd in figuur nummer 3. Eenvoudige lineaire relaties tussen twee entiteiten maken is niet correct. Het is wel belangrijk om op onafhankelijke wijze data uit de verschillende entiteiten te verzamelen, en pas erna op empirische wijze associaties te zoeken tussen de entiteiten (WHO, 2013)



Figuur 3 De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren volgens het ICF-model (Bron: World Health Organization, 200134).

Gezondheidstoestand: een paraplueterm voor ziekte, trauma/ongeluk, veroudering, stress, zwangerschap, congenitale anomalie, genetische predispositie. Binnen ICF wordt dit gecodeerd volgens ICPC-2 of ICD10.

Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme

Anatomische eigenschappen: positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam.

Activiteiten: onderdelen van iemands handelen bij de uitvoering van een taak of actie. Beperkingen hierbij zijn moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.

Participatie: deelname van een persoon aan het maatschappelijke leven, zijn of haar sociale en maatschappelijke rol. Participatieproblemen zijn problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijke leven.

Externe factoren: iemands fysieke en/of sociale omgeving waarin een persoon leeft en zijn/haar leven leidt. Dit kan ondersteunend of belemmerend zijn voor de persoon als lid van de maatschappij. Eveneens kan het een invloed hebben op de capaciteit om acties of taken uit te voeren, of op de lichaamsfuncties of –structuren.

Persoonlijke factoren: de individuele achtergrond van een persoon. Dit kan een ondersteunende of belemmerende factor zijn en betreft de individuele achtergrond van het leven van het individu. Deze persoonlijke factoren zijn nog niet geclassificeerd in ICF vanwege de grote sociale en culturele verschillen die erin voorkomen.

Figuur 4 Definities ICF-componenten³⁵.

³⁴ Opgemerkt moet worden dat elk schema waarschijnlijk onvolledig is en de zaken niet helemaal juist zal weergeven. Dit is omdat de relaties in een multidimensionaal schema erg ingewikkeld kunnen zijn. Alternatieve schema's die andere aspecten van het proces benadrukken, zijn zeker mogelijk. De relaties tussen de componenten zijn op verschillende manieren te interpreteren (Nederlands WHO-FIC, 2001: p. 19).

³⁵ (Nederlands WHO-FIC: p. 212-213).

3.2.2 ICF- classificatie

ICF is een classificatie van het menselijk functioneren. Die is systematisch geordend in gezondheids-domeinen en met gezondheid verband houdende domeinen. Gezondheid is daarbij: een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken (World Health Organization, 2006). ICF classificeert niet alle componenten. Zo wordt de gezondheidstoestand niet opgenomen in de ICF-classificatie. Men verwijst daarvoor naar de WHO-classificatie ICD-10 om ziektes en aandoeningen te classificeren. Tevens bevat de component persoonlijke factoren ook geen classificatie. Deze persoonlijke factoren zijn (nog) niet geclassificeerd in de ICF vanwege de grote sociale en culturele verschillen die erin voorkomen (Nederlands WHO-FIC, 2001; WHO, 2010). De componenten die wel een classificatie bevatten zijn functies, anatomische eigenschappen, activiteiten & participatie (is samengevoegd tot één classificatie), en externe factoren.

Op elk niveau zijn deze componenten verder gegroepeerd in hoofdstukken en deelhoofdstukken op grond van gemeenschappelijke kenmerken. Zo ontstaat een hiërarchische opbouw met vier niveaus die telkens meer gedetailleerde codes bevatten (van Puijvelde – de Groot, 2014). Op een aantal plaatsen zijn de hoofdstukken van een bepaalde component niet hiërarchisch, maar op gelijk niveau geordend.

De codes onder de ICF-componenten hangen samen met een term en bevatten elk een begrijpbare operationele definitie. Tevens is het mogelijk om bij de ICF-code en het probleem die daarmee wordt bedoeld, een mate van ernst (licht, matig, ernstig of volledig) weer te geven.

De codes worden samengesteld aan de hand van een alfanumeriek systeem. De letters 'B', 'S', 'D' en 'E' worden respectievelijk gebruikt voor het aanduiden van de componenten functies (code B), anatomische eigenschappen (code S), activiteiten & participatie (code D) en externe factoren (code E). Vervolgens wordt de code vervolledigd door na de letter het cijfer van het betreffende hoofdstuk te plaatsen (één cijfer), gevolgd door twee cijfers voor het tweede niveau, en tenslotte telkens één cijfer voor het derde en vierde niveau. Op die manier wordt een term in verschillende niveaus meer in detail besproken.

Een voorbeeld van een code en term is b21001: 'Monoculaire gezichtsscherpte bij vertezien'. De operationele definitie hierbij is 'het met alleen het rechteroog of alleen het linkeroog waarnemen van grootte, vorm en contour van ver weg gelegen objecten'. De code b21001 is als volgt opgebouwd:

B = Functies (de component)

B2 = Sensorische functies en pijn (het hoofdstuk)

B210 = Visuele functies (tweede niveau)

B2100 = Gezichtsscherpte (derde niveau)

B21001 = Monoculaire gezichtsscherpte bij vertezien
(vierde niveau)

Een ander voorbeeld is e5500: 'Juridische voorzieningen'.

E = Externe factoren

E5 = Diensten, systemen en beleid

E550 = Voorzieningen, systemen en beleid met betrekking tot
Juridische zaken

E5500 = Juridische voorzieningen

De aard van iemands functioneren kan worden vastgelegd door middel van een reeks codes in elk van de domeinen. Deze kunnen onafhankelijk van elkaar of onderling met elkaar in verband staan.

De ICF-codes zijn pas compleet indien voorzien van een typering, een zogenaamde *qualifier*. Daarmee wordt de mate van gezondheid weergegeven door bijvoorbeeld de ernst van een probleem te scoren. Een probleem kan zijn een stoornis, beperking, participatieprobleem of belemmerende factor, afhankelijk van de categorie. Dit wordt gecodeerd met één, twee of meer cijfers achter de decimale punt. Bij elk gebruik van een code moet minimaal één van deze typeringen worden ingevuld, anders zijn de codes betekenisloos. In geval van externe factoren kan de typering ook gebruikt worden voor de meting van positieve aspecten in de omgeving, i.c. de ondersteunende factoren, of de invloed van de negatieve factoren, i.c. de belemmerende factoren (WHO, 2010; WHO, 2011).

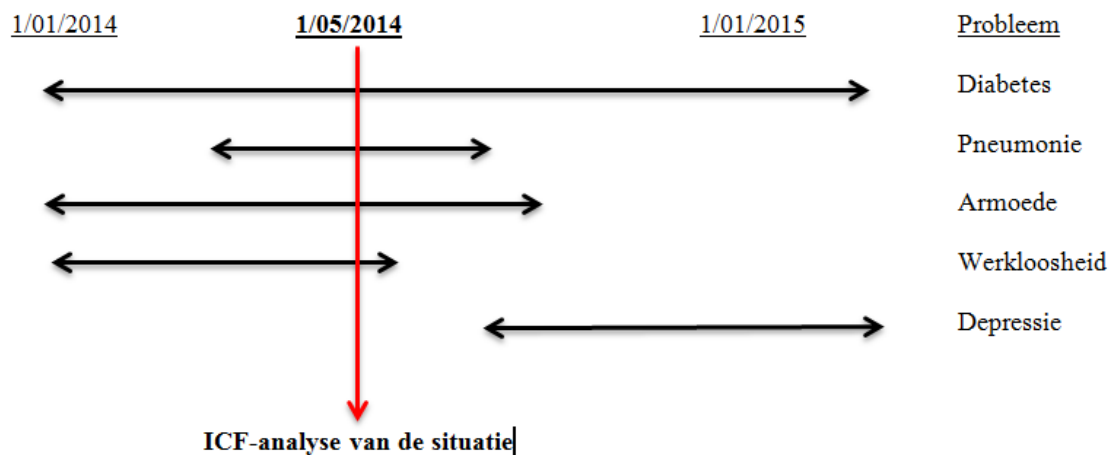
Een voorbeeld van de typering gaat als volgt:

0 – 4	%	xxx.0 GEEN probleem	(geen, afwezig, verwaarloosbaar...)
5 – 24	%	xxx.1 LICHT probleem	(gering, laag...)
25 – 49	%	xxx.2 MATIG probleem	(tamelijk...)
50 – 95	%	xxx.3 ERNSTIG probleem	(aanzienlijk, hoog, sterk...)
96 – 100	%	xxx.4 VOLLEDIG probleem	(totaal...)
		xxx.8 niet gespecificeerd	
		xxx.9 niet van toepassing	

3.2.3 Nut van ICF

ICF heeft betrekking op gezondheid en gezondheidszorg, maar gaat uit van een biopsychosociaal model. Met de focus op het functioneren van een persoon in zijn geheel tracht ICF een zo compleet mogelijk beeld te vormen van de persoonlijke situatie van een individu, meer dan alleen de medische component. Daarom kan het ook gebruikt worden in sectoren die een raakvlak met de gezondheidszorg hebben, alsook de welzijnssector. De Verenigde Naties hebben omwille van deze reden ICF aanvaard als een van haar classificaties in de sociale sector (Nederlands WHO-FIC, 2001). Verder schept ICF een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van iemands functioneren, hetgeen onlosmakelijk de communicatie tussen zorgprofessionals binnen en tussen sectoren kan bevorderen. Dit gebruik wijst op de relevantie van ICF voor registratiesystemen op micro- en mesoniveau. ICF kan men zien als een taal: elke gebruiker kan ermee zijn eigen teksten opstellen, afhankelijk van zijn/haar creativiteit en wetenschappelijke achtergrond (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2001).

De ICF-classificatie verschaft geen informatie over hoe het functioneren zich in de loop van de tijd ontwikkelt. Het wordt wel gebruikt om dat proces te beschrijven, in die zin dat ICF de middelen verschaft om het verloop van het proces van verschillende problemen, met de componenten die daarbij betrokken zijn, cross-sectioneel in kaart te brengen op één moment in de tijd. Dit is enkel mogelijk als gegevens op verschillende momenten in de tijd worden verzameld. Om dit te verduidelijken is een visuele weergave van dit uitgangspunt te zien in figuur 5.

Probleemsituatie: Persoon A

Figuur 5 Visuele weergave van het cross-sectioneel uitgangspunt van ICF36

Het gebruik van de codes is meerzijdig. Ondanks het grote aantal codes die op een persoon toepasbaar kunnen zijn, zal in werkelijkheid met een beperktere set van codes al efficiënt gewerkt worden, op het eerste tot derde niveau. Een beperkte set van codes over een bepaald probleem wordt door ICF in een *coreset* samengebracht. Zo bestaat er een *coreset* over slaap, met specifieke codes gerelateerd aan slaap. Het meer gedetailleerde vierde niveau is voornamelijk bedoeld voor specialistische zorg (zoals bijvoorbeeld de resultaten van revalidatie, geriatrie of geestelijke gezondheidszorg).

De classificatie van het tweede niveau kan gebruikt worden voor meer beleidsmatige en wetenschappelijke doeleinden zoals o.a. *surveys* en de beoordeling van gezondheidsuitkomsten. Op die manier is een universeel gebruik van ICF mogelijk, waarbij vanuit verschillende vakgebieden, landen en sectoren met elkaar vergelijkbaar zijn. Zo is ICF en de bijbehorende classificatie zeer relevant op beleidsvlak en macroniveau. Verder zijn volgende redenen om ICF toe te passen, beschreven in de *Practical Manual* van ICF. Het is gebaseerd op ervaringen met ICF uit verschillende landen (WHO, 2013):

- ICF wordt beschouwd als de standaard inzake de conceptualisatie en classificatie van functioneren en disfunctioneren, volgens de *World Health Assembly* in 2001. Het is vrij toegankelijke en de referentie op internationaal vlak wat betreft informatie over gezondheid en disfunctioneren.
- ICF steunt beleid dat op rechten gebaseerd is³⁷ en voorziet een kader en model dat planning en communicatie faciliteert.
- ICF voorziet een gemeenschappelijke taal, termen en concepten voor gebruik bij mensen met disfunctioneringsproblemen, het voorzien van relevante diensten, of voor gebruik van data rond disfunctioneren. Dit is belangrijk aangezien mensen met functioneringsproblemen in aanraking komen met verscheidene zorg- en welzijnswerkers en -systemen, zoals binnen de sectoren gezondheid, onderwijs en welzijn. De communicatie en organisatie verlopen meer efficiënt indien al deze sectoren hun beleid, communicatie en diensten op dezelfde taal en

³⁶ Visualisatie opgesteld door de onderzoekers van deze studie.

³⁷ Bickenbach, 2009) & United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. (2006). Opgehaald op 25 oktober 2014 van <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>

concepten baseren. Voornamelijk bij mensen met chronische ziektes en condities. Een gemeenschappelijke taal is essentieel om geïntegreerde zorg te voorzien.

- ICF voorziet een datastructuur die informatiesystemen kan onderbouwen binnen verschillende beleidsgebieden en diensten. Het is ook bruikbaar voor beleidsrelevante bevolkingscijfers. Indien onderzoek, statistieken en codes over functioneren en disfunctioneren gebaseerd zijn op het ICF-model, zullen ze efficiënter bijdragen tot een coherent nationaal en internationaal begrip van (dis)functioneren en wordt data op die manier vergelijkbaar.
- Tot slot is ICF een multifunctionele *tool* die gebruikt kan worden voor diverse zaken, zoals in volgende paragraaf besproken wordt. Het kan gezien worden als een metataal om de relatie tussen data, informatie en kennis te verduidelijken, en om een gedeeld begrip en interpretatie van de concepten op te bouwen. Dit is voornamelijk belangrijk als men op consistente wijze ICF zal implementeren binnen de gezondheids-, onderwijs- en welzijnssector (WHO, 2013).

3.2.4 Implementatie van ICF

ICF kan op verschillende manieren gebruikt worden binnen verscheidene toepassingsvelden. De voornaamste worden hieronder opgesomd:

- Klinische praktijk: ICF is relevant voor vele activiteiten binnen de klinische praktijk. Voorbeelden hiervan zijn het registreren van gezondheid en functioneren, het stellen van doelen, resultaten van behandelingen evalueren, communiceren met collega's of de patiënt in kwestie. ICF voorziet in een gemeenschappelijke taal over verschillende klinische disciplines heen met patiënten of cliënten. ICF is complementair met ICD, en wanneer beide classificaties samen worden gebruikt, komt men tot een compleet beeld van de gezondheidstoestand van een individu.
- Ondersteunende diensten en inkomensondersteuning: Het ICF-model en de classificatie kunnen volgende zaken ondersteunen: de inschatting van de autonomie en het functioneren van een persoon, het planning van zorg en hulp om het functioneren van een persoon te verbeteren. Voornamelijk de focus op omgevingsfactoren maakt het mogelijk om duidelijk te bepalen of de noden van een individu, eerder gericht zijn op externe of persoonlijke steun.
- Bevolkingscijfers: Classificatiesystemen zijn de bouwstenen van statistische informatie en gegevens³⁸. Wanneer gegevens over de bevolking via enquêtes en administratieve diensten beschikbaar zijn, kan goed uitgebouwde en geïntegreerde informatie over de bevolking ontwikkeld worden op nationaal niveau. Die bron van informatie kan gebruikt worden om het aantal mensen dat nood heeft aan bepaalde diensten te vergelijken met het aantal die dit al ontvangen. Ook kan het een indicatie geven welke domeinen van de sociale omgeving het hinderlijkst zijn voor mensen met functioneringsproblemen.
- Opleiding: dezelfde algemene voordelen zijn toepasbaar binnen onderwijs en andere beleidsdomeinen. ICF als gemeenschappelijke taal kan dienen om perspectieven van het kind, het gezin, de school en ondersteunende diensten te integreren.
- Beleid en beleidsprogramma's: ICF ondersteunt duidelijk conceptueel denken over beleidskwesties over disfunctioneren en gezondheid. Als ICF gebruikt kan worden voor al deze beleidsdoeleinden alsook voor bevolkingscijfers, kan coherente data (nationaals en

³⁸ Madden, R.C., Sykes, C., Ustun, T.B. (2007). World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose.

internationaal) over functioneren en disfunctioneren verzameld worden. Dit zal de planning, management, financiering, bronallocatie en het monitoren van beleidsprogramma's faciliteren.

- Belangenbehartiging en *empowerment*: Belangenbehartiging kan zowel voor eigen rekening of voor iemand anders zijn. Evengoed kan het een brede belangenbehartiging zijn met als doel beleidsverandering. ICF als conceptueel kader voor functioneren en disfunctioneren is gerelateerd aan het VN-verdrag betreffende de Rechten van Personen met een Handicap. Daarom ondersteunt het de argumenten die gebaseerd zijn op internationale standaarden.

3.2.5 Onderzoek naar ICF

Er is sinds de ontwikkeling van ICF continu onderzoek verricht naar toepassing en gebruik ervan. Daarom heeft de WHO een handleiding geschreven die de uitkomsten van dat wetenschappelijk onderzoek bundelt. Dit is hierboven in 3.1.3 en 3.1.4 besproken. Het valt op dat er voornamelijk onderzoek verschijnt, specifiek gericht op gebruik van ICF binnen de klinische praktijk. Wat betreft de implementatie van ICF binnen welzijnsinstellingen en de rapportering van ICF-gegevens naar de overheden toe, is weinig wetenschappelijk onderzoek beschikbaar.

Het werk van Tempest (2012, 2013) is interessant om meer in detail te bespreken. In haar artikel '*To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England*', kijkt Tempest naar mogelijkheden om ICF te gebruiken binnen een multidisciplinair team in een ziekenhuissetting. De resultaten geven twee voorwaarden voor goede toepassing van de ICF-classificatie in de klinische sector: (a) er is nood om ICF toe te passen conform de lokale noden van de diensten. Daarbij wordt ICF een praktische *tool* om prioriteiten in de dienstverlening te bepalen, om een verslag van een multidisciplinair team te structureren, etc. (b) de taal, terminologie en het format van ICF moet worden aangepast om het bruikbaar te maken voor klinici. Een andere aanbeveling is om klinici eerst knelpunten binnen hun werkomgeving te laten identificeren, waar ruimte is voor verbetering. Vervolgens wordt ICF aangewend als oplossing voor deze noden. Dit geeft het werkveld een beter zicht op de meerwaarde van ICF. Figuur 6 representeert een lijst met noden waarop ICF kan inspelen.

1. To help define what the service is able to offer in its acute capacity.
2. To communicate a patient's rehab agenda when referring on.
3. To structure a multidisciplinary team transfer of care report.
4. To identify gaps in the current service provision and target areas for development either within the team or, to see who else can/does offer a particular service to meet a patient's needs.
5. To guide areas for care planning and goal setting.
6. As a flow chart to guide decision making when referring on.
7. To use in the multidisciplinary team meeting to enhance the structure and provide a written record.
8. As a laminated prompt at the front of the multidisciplinary notes to use as a ready reference.
9. To use as language within the multidisciplinary notes.
10. For a structure in care booklets (as a checklist to see everything is covered) e.g. when a person is being transferred to a nursing home for long term care.
11. To help define which professionals take the lead in different areas of care to assist organizing the patient journey.
12. As a "one stop" record of the multidisciplinary team plan.

13. To structure an induction booklet for new staff and students.

14. As a pocket guide for staff to use as a ready reference

Figuur 6 Mogelijkheden waar ICF de klinische praktijken en diensten kan vooruithelpen, geïdentificeerd door de respondenten van een klinisch multidisciplinair team³⁹.

Een volgend artikel *'Enhanced clarity and holism: the outcome of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England'* (Tempest et al, 2013) geeft de resultaten van de ICF-implementatie weer. Zo blijkt dat ICF heldere communicatie en een duidelijke omschrijving van de functies binnen het team verbetert. Dit geldt ook voor de communicatie en rollen tussen het multidisciplinair team en andere clinici, patiënten en hun familieleden. ICF daagt de clinici uit om meer holistisch te denken, waarbij ze leren verder te denken dan enkel binnen hun eigen vakgebied. Tot slot geeft Tempest aanbevelingen, te zien in figuur 7, voor gebruik van ICF binnen een klinische setting.

Be prepared to pilot, pilot, pilot!

Don't worry about just having a go – you can change things from doing this.

Pick projects that are practical and the majority of people would like to change in your team.

Have one person to facilitate the project e.g. a stroke coordinator, although an external person is better as they avoid the day to day politics and often see something with fresh eyes.

Be prepared that the project will take time.

Share what you are doing with everyone in the team – even if they don't want a big role.

Share what you are doing with people outside of the team – external feedback is useful and can also be motivating and nice.

Expect peaks and troughs throughout the project.

Don't give up if you run into problems – find a way around them.

At the start, do a team analysis of the potential driving forces and restraining forces that may occur during the project – embrace the positives and think about ways to manage the negatives.

Figuur 7 Aanbevelingen om ICF te introduceren binnen een klinische setting⁴⁰.

Moeilijkheden met bepaalde componenten werden ook al onderzocht. Van de Velde (2012) bekeek de ICF-component 'Participatie' als doel en uitkomstmaat van het revalidatieproces. Als conclusie stelt de auteur dat *"Participatie een persoonlijke ervaring is van betrokkenheid in een levenssituatie, door actieve activiteiten uit te voeren en/of deel uit te maken van de context; participatie is niet op een objectieve manier te karakteriseren door de frequentie van het aantal uitgevoerde activiteiten, maar wel als een subjectief, intern negotiatie-proces waarbij gestreefd wordt naar balans tussen persoonlijke en maatschappelijke waarden"*.

39 Tempest et al. (2012)

40 Tempest et al (2013).

3.3 SNOMED CT

Aangezien SNOMED CT naast ICD-10 CM⁴¹ door de federale overheid is aangekocht om als mogelijk thesaurus/terminologie te gebruiken binnen de gezondheidssector wordt dit systeem mee besproken in het onderzoeksrapport. Eveneens staat in het Actieplan e-Gezondheid 2013-2018⁴² onder actiepunt 13 'Realisatie van een nationaal terminologiebeleid'. Men wil dit bereiken door op basis van onder andere de SNOMED CT-terminologie de medische referentiethesaurus te creëren zodat de interoperabiliteit tussen gegevens in de gezondheidszorg gegarandeerd kan worden (Ronde Tafel eHealth, 2012). Dit Actieplan is goedgekeurd door de Vlaamse Overheid.

Een tweede reden om SNOMED CT in dit rapport te vermelden is het feit dat het beleidsdomein WVG op dit moment een thesaurus ontwikkelt. Eerst was deze enkel voor trefwoorden die relevant waren voor de Toegangspoort Integrale Jeugdhulp. Nu kijkt men naar een set van termen die WVG-breed voorzieningen te kunnen beschrijven. Op de lange termijn kan de thesaurus een gestructureerde, semantische trefwoordenverzameling worden die het hele beleidsdomein omvat⁴³. Ook al is men bezig deze thesaurus te ontwikkelen, het is interessant om na te gaan of SNOMED CT hiervoor deels kan gebruikt worden.

3.3.1 Wat is SNOMED CT?

De '*Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terminology*', of afgekort SNOMED CT, is een internationaal, meertalige medisch terminologiestelsel. Het wordt sinds 2007 beheerd door de IHTSDO, of de '*International Health Terminology Standards Development Organization*'. IHTSDO werkt samen met de grote, wereldwijde organisaties op gebied van terminologie, classificaties en codestelsels (bijvoorbeeld WHO, WONCA, ...), maar is zelf een privébedrijf. Dit betekent dat SNOMED CT niet vrij beschikbaar is en dus moet aangekocht worden (IHTSDO, 2014).

SNOMED CT is te zien als een harmonisatie van verschillende classificaties. Daardoor bevat het 310 000 medische concepten, die geassocieerd kunnen worden met meer dan één miljoen beschrijvingen. Er is een hiërarchische opbouw met circa 1 400 000 relatiemogelijkheden. Het is het breedste terminologiestelsel voor het zorgdomein op dit moment. Op die manier kunnen medische termen vastgelegd worden in het elektronisch patiëntendossier (Benson, 2012; van Puijvelde – de Groot, 2014).

SNOMED CT is een terminologie met classificerende eigenschappen en een coderingschema (Nictiz, 2012). Het verschil met traditionele classificatiestelsels is dat SNOMED CT een multihierarchie heeft, waardoor dat een begrip onder meerdere groepen kan vallen. Bijvoorbeeld longkanker kan onder de groep 'kankers' en onder de groep 'longaandoeningen' vallen. Er is dus een overlap aan klassen, iets wat in een classificatie zoals ICF niet mogelijk is. In een multihierarchische terminologie zoals SNOMED CT worden concepten aan elkaar gerelateerd, gegroepeerd en geanalyseerd door middel van verschillende criteria. Een concept wordt gedefinieerd door deze relatie en heeft op zich geen uitgeschreven definitie (Benson, 2012; van Puijvelde – de Groot, 2014).

Ook is SNOMED CT een thesaurus (alfabetisch geordend en beschreven met synonieme termen). Toch kunnen niet alle eigenschappen van een medisch begrip volledig gedefinieerd worden in SNOMED CT,

⁴¹ International Classification of Diseases-10th revision Clinical Modification

⁴² Ronde Tafel eHealth. (2012). *Actieplan e-GEZONDHEID 2013-2018*.

⁴³ Flanders' Care. (2014). *Naar een (e)Zorgzaam Vlaanderen. Status Maart 2014*. Opgehaald 1, aug, 2014 van http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/2014_03_naar_een_eZorgzaam_Vlaanderen_status.pdf

en maakt men onderscheid tussen primitieve en volledig gedefinieerde begrippen. SNOMED CT is continu in evolutie waarbij termen worden toevoegen en geschrapt.

Tot slot is SNOMED CT deels een nomenclatuur, omdat het regels voorziet die begrippen combineren. De gebruikte termen hebben dus naast hiërarchische relaties, ook definitierelaties. Op die manier kan een lichaamsdeel waar de diagnose op doelt, gerelateerd worden aan de diagnose. Een beknopte en algemene werkwijze van SNOMED CT is te zien in bijlage 2. SNOMED CT is echter een complex systeem dat enkel via behulp van een computer kan worden bekeken.

3.3.2 Gebruik en nut van SNOMED CT

In feite gaat men met het gebruik van SNOMED CT een stap verder dan bij andere terminologieën en classificaties. Waar anderen een antwoord willen geven op de nood aan een gestandaardiseerd elektronisch gezondheidsdossier, voegt SNOMED CT een betekenis toe aan de gezondheidsinformatie. Een classificatie zoals ICD-10 heeft een essentiële bijdrage tot het vormen van een globaal medisch beeld, maar heeft een beperkte waarde aan een individueel elektronisch gezondheidsdossier omdat het maar één dimensie van betekenis vertegenwoordigt. Zo is bijvoorbeeld '*viral pneumonia*' volgens ICD-10 geclassificeerd onder '*respiratory disease*' en niet onder '*viral disease*'. Ook worden er geen linken gelegd met lichaamsplaatsen of oorzaken. '*Viral pneumonia*' is bijvoorbeeld niet gelinkt met de plaats '*lung*', noch met de oorzaak '*virus*'. SNOMED CT voorziet voor elk gecodeerd concept mogelijke linken met andere gerelateerde concepten⁴⁴.

Om de uitwisseling tussen ICT-systemen mogelijk te maken heeft men standaarden en codestelsels ontwikkeld. Voorbeelden van standaarden en codestelsels zijn de ICPC-coderingen voor huisartsen, de ICD-10-classificaties voor specialisten en de ICF-classificatie voor bijvoorbeeld onder andere fysiotherapeuten of kinesitherapeuten. Indien de interoperabiliteit dit toelaat kan men tussen twee of meer systemen informatie uitwisselen, onder de vorm van de toegelaten standaarden of codestelsels die het systeem herkent, en kan men deze informatie gebruiken. Als men hierin een stap verder wil gaan spreken we over semantische interoperabiliteit. Men voegt een betekenis of context toe aan de uitgewisselde gegevens. Om dit mogelijk te maken heeft men een gestandaardiseerd terminologiestelsel zoals SNOMED CT nodig. Dit terminologiestelsel biedt de garantie dat bij uitwisseling van gegevens van professionals uit verschillende domeinen de betekenis van de gegevens niet verloren gaat⁴⁵.

SNOMED CT stelt dat termen in de directe patiëntenzorg gebruikt kunnen worden voor de vastlegging van alle klachten, symptomen, omstandigheden, ziekteprocessen interventies, diagnoses, resultaten en de besluitvorming. Daarnaast is het geschikt om data-analyse te doen voor wetenschappelijk onderzoek of beleidsondersteuning. Op dit moment wordt zowel in Nederland als in België de termen vertaald en gekeken waar dit geïmplementeerd kan worden (van Puijvelde – de Groot, 2014).

Uit de interviews met de stakeholders trachten we meer te weten over het huidig verloop hiervan, het gebruik ervan in combinatie met ICF en de toepasbaarheid binnen de welzijnssector (zie verder).

⁴⁴ Markwell, D. (2014). *Introducing SNOMED CT. The Global Clinical Terminology*. Opgehaald op 11 juli 2014, van <http://SNOMED CT.elearningserver.com/>

⁴⁵ KNGF (2014). *Semantische Interoperabiliteit*. Opgehaald 3 augustus 2014 van http://rgfgg.fysionet.nl/index.php?p=477934&id=KNGF_MAIN_SITE_969553

3.4 BelRAI - Een uniforme en web based (online) registratie van InterRAI HC-beoordelingsinstrumenten/terminologie

Als laatste relevant terminologiestelsel naast ICF wordt BelRAI toegelicht. BelRAI is een pilootproject in opdracht van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu voor de uniforme en *webbased* (online) registratie van cliëntgegevens, eventueel afkomstig uit verschillende zorgsettings, in het InterRAI HC-beoordelingsinstrumentarium. Het *Resident Assessment Instrument* (RAI) werd oorspronkelijk in de Verenigde Staten ontwikkeld als een beoordelingsinstrument om de gezondheids- en welzijnssituatie van ouderen in instellingen op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen met als doel een hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te realiseren. Nadien werden er verscheidene nieuwe InterRAI HC-beoordelingsinstrumenten in verschillende sectoren ontwikkeld.

Om een multidisciplinaire aanpak te bevorderen kunnen in BelRAI alle antwoorden van medici, paramedici en andere professionals op vragen uit de verschillende *items* van het InterRAI HC-beoordelingsinstrument, geregistreerd worden. Na het overlopen, eventueel bespreken en vervolledigen van de antwoorden, kan de vragenlijstverantwoordelijke de resultaten (CAP's, Zorgschalen, ...) door BelRAI laten berekenen. De informatie en zorgrichtlijnen die hieruit voortvloeien, kunnen uiteindelijk op een flexibele manier gebruikt worden door de zorgverleners in de verschillende zorgsettings bij het realiseren van een holistische, hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring.

De toepassing is toegankelijk voor verscheidene zorgverleners en welzijnswerkers. Die kunnen, mits een toegangsverificatie, gebruik maken van BelRAI ter ondersteuning van hun zorgontwikkeling, zorgplanning en kwaliteitsmonitoring. In BelRAI wordt de noodzakelijke informatie aan de gebruikers verschaft via links naar BelRAIWiki. Deze links kunnen ook vrij geconsulteerd worden op <http://wiki.BelRAI.org/nl/>. Voor meer informatie wordt ook naar die website verwezen.

Intussen hebben wetenschappers een aantal stappen gezet om de BelRAI, en meer bepaald de interRAI HC, te koppelen aan de ICF-classificatie. Van de 175 items van de interRAI HC kwamen er 52 overeen met de codes uit de "bodyfunction", 43 met de codes uit "activities and participation" en 34 "environment". 17 items konden niet gecodeerd worden en voor 26 was het niet mogelijk om een correcte codering tot stand te brengen. Op die manier vult de interRAI HC, 43,2% van de codes binnen de "body functions" in en 50,6% binnen de "activities and participation"⁴⁶. Prof. Anja Declercq (LUCAS-KU Leuven) werkt momenteel verder aan de verbinding van BelRAI met ICF.

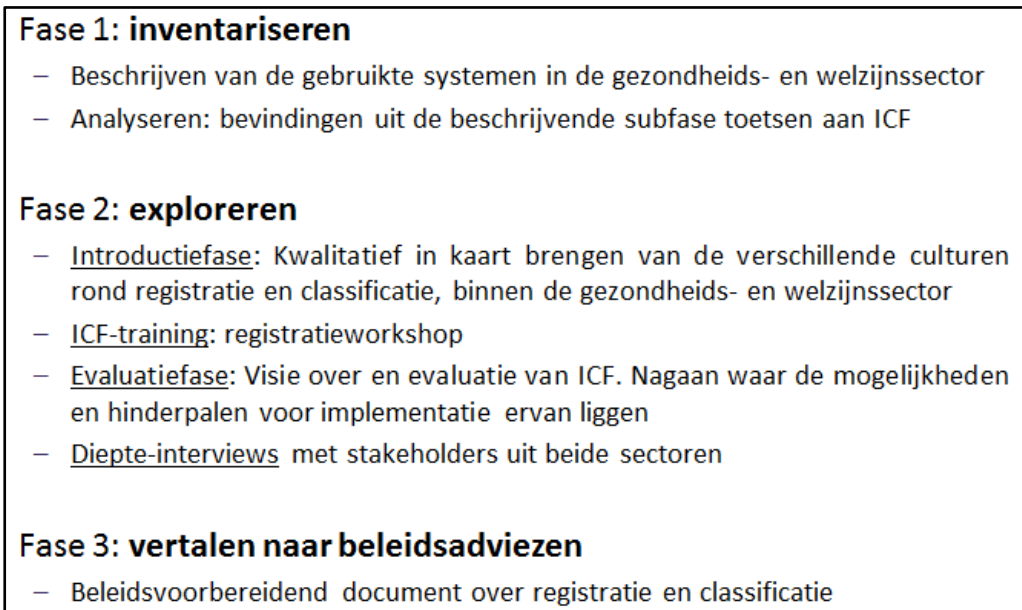
⁴⁶ Berg K, Finne-Soveri H, Gray L, et al. Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. BMC Health Services Research 2009; 9:47-58.

Hoofdstuk 4

Methodologie

4.1 Onderzoeksmethode

Doordat er een beperkt aantal concrete initiatieven rond ICF in België zijn opgestart en weinig wetenschappelijk onderzoek over het gebruik en de implementatie van ICF in Vlaams gezondheids- en welzijnslandschap voorhanden is, is dit rapport eerder exploratief van aard. Het is grotendeels gebaseerd op de ervaringen met de huidige registratiesystemen van mensen uit het werkveld en stakeholders en op hun visie op ICF, na het volgen van een ICF-workshop. Kwalitatieve onderzoeksmethoden bleken de beste keuze om dit na te gaan (Baarda et al, 2005). Een combinatie van een explorerende en beschrijvende documentanalyse, semigestructureerde interviews en focusgroepgesprekken is gekozen om een ruim beeld te schetsen. De data zijn verzameld tussen januari en oktober 2014. Uit de verworven data wordt een beleidsrapport met aanbevelingen samengesteld. Een overzicht van het methodologisch kader is te zien in figuur 8. De verschillende stappen worden in volgende paragrafen uiteengezet. Eveneens is in bijlage 3 een planning weergegeven van het onderzoek.



Figuur 8 Schematische voorstelling methodologie.



Figuur 8b Schematische voorstelling methodologie.

4.2 Documentanalyse

Het eerste deel van de resultaten is een documentanalyse met als doel enkele huidige registratie- en classificatiesystemen binnen de gezondheids- en welzijnssector in Vlaanderen te beschrijven op hun inhoudelijke aspecten. Die bevindingen worden in een tweede fase getoetst aan algemene kenmerken van registratiesystemen en aan de inhoudelijke kenmerken van de ICF-classificatie in twee vergelijkende tabellen.

De keuze om enkel de classificatiesystemen ICD-10 en ICPC-2 te bespreken voor de gezondheidssector wordt onderbouwd door het gebruik van deze systemen binnen bepaalde actoren van de ziekenhuis- en de huisartsendeelsector en het feit dat voornamelijk uitwisseling van gegevens met de welzijnssector via deze deelsectoren verloopt. Het is niet zo dat de meerderheid binnen de gezondheidssector met deze systemen werkt. Wel zijn er toekomstige plannen bij meer actoren binnen deze deelsectoren om met ICD-10 en ICPC-2 te werken. Voor de welzijnssector is de diversiteit op vlak van registratie- en classificatiesysteem nog groter. De keuze viel op het Centra voor Algemeen Welzijn, Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Integrale Jeugdhulp, Centra voor Leerlingen Begeleiding en de sociale diensten van de onafhankelijke, Vlaamse, liberale, Christelijke en socialistische mutualiteiten. De keuze om net deze actoren te betrekken in dit onderzoek is te lezen in 4.3.3 Respondentenverdeling.

Omdat informatie en documentatie over de registratiesystemen binnen de welzijnssector moeilijk vindbaar was op openbare media werd aan de betrokken instellingen gevraagd of men de onderzoekers kon voorzien van de relevante documenten. Deze werden opgevraagd na telefonische interviews bij de betrokken instellingen. Als voorbereiding op deze telefonische interviews werd naar de betrokken organisaties een e-mail gestuurd waarin de opzet van het onderzoek kort werd uitgelegd. Ook werd gepeild naar wie binnen de instelling het best geïnterviewd kon worden, in verband met registratie en

classificatie. Er werden in totaal 32 e-mails gestuurd naar welzijnsorganisaties en hun verschillende vestigingen in Vlaanderen. Zestien instellingen hebben op deze mail geantwoord en stelden een contactpersoon voor waarmee het telefonisch interview afgenomen kon worden. De instellingen die niet geantwoord hebben op de mail werden via het algemeen telefoonnummer gecontacteerd. De contactinformatie van dit deel van het onderzoek werd verzameld in een tabel onder bijlage 4.

Het telefonisch interview zelf bestond uit een ongestructureerde lijst vragen die betrekking had op de manier van registreren en classificeren in de organisatie. Zo werd gevraagd of de instelling een systeem had om zijn cliënten te registreren, of men registreerde via lege velden of via coderingen, of er een softwareprogramma gebruikt wordt, of men geregistreeerde gegevens kan uitwisselen met andere zorgverleners en instellingen en of men het onderzoek kon voorzien van meer documentatie over het systeem waarmee gewerkt wordt. Alle vragen die gesteld werden bij dit telefonisch interview zijn ook na te lezen in bijlage 5.

Omdat ook na telefonisch contact niet alle nodige documentatie over de registratiesystemen kon bemachtigd worden, is tijdens het afnemen van de semigestructureerde interviews in een volgende fase, gevraagd naar extra documentatie. Een lijst met alle geanalyseerde documenten is terug te vinden in bijlage 6. Her en der is de data uit de documenten aangevuld met data uit de semigestructureerde interviews, om een beter beeld te verkrijgen. Tot slot, omdat documentatie over het systeem van de sociale dienst van de socialistische mutualiteit schaars was en ook tijdens de interviews niet genoeg informatie werd ingewonnen over het systeem, werd besloten de nodige informatie via een apart overleg met kaderfiguren van de mutualiteit na te gaan. Voor het systeem van OCMW Leuven heeft men via email ook meer registratieparameters aangeleverd, gezien het gebrek aan duidelijke documenten.

4.3 Actie-onderzoek: semigestructureerde interviews en focusgroepsgesprekken

Het methodologisch raamwerk wat betreft de semigestructureerde interviews en focusgroepsgesprekken kan geplaatst worden binnen een actie-onderzoek benadering. Deze methode is te zien bij verschillende onderzoeken die verandering binnen de gezondheidssector evalueren (Bridges & Meyer, 2007; Munn-Giddings et al, 2008). Er zijn daarbij drie onderscheidende fases die de respondenten doorlopen: exploratief, innovatief en reflectief. De fases worden gekenmerkt door een cyclisch proces van plannen, actie ondernemen, observeren, reflecteren en herplannen (McNiff, 1988). Actie-onderzoek vereist daarnaast participatie van de onderzoeker en dient bij te dragen tot sociale wetenschap (Meyer, J., 2006; Tempest et al, 2012).

De exploratieve fase betrof semigestructureerde interviews met respondenten uit het werkveld van beide sectoren in de regio Gent/Brussel en één gemengd focusgroepsgesprek met respondenten uit beide sectoren in Antwerpen. Tijdens de afname werd nagegaan wat de visie is op de huidige registratiecultuur, en wat er eventueel kan veranderd worden. De lijst met gestelde vragen is te vinden in bijlage 7.

De innovatieve fase betrof het aanleren van ICF aan de hand van concrete casussen tijdens een ICF-workshop aan de respondenten. Men maakte kennis met het ICF-model en de classificatie, er werd uitgelegd wat de voordelen zijn om met dit systeem te werken, en men leerde klasseren in het ICF-schema via casussen. De respondenten uit de regio Gent/Brussel waar semigestructureerde interviews bij afgenomen waren tijdens de exploratieve fase zaten voor deze workshop samen in één focusgroep. De gemengde focusgroep uit Antwerpen kwam hiervoor opnieuw samen, al was de samenstelling van

de groep niet volledig hetzelfde. Een PowerPoint van de workshop is te vinden in bijlage 8. Tot slot sloot de reflectieve fase van het actie-onderzoek direct aan bij de innovatieve fase. Direct aansluitend op de ICF-workshop greep een focusgroepsdiscussie over ICF plaats. Praktische zaken, voor- en nadelen, en toepassingsmogelijkheden binnen de sector kwamen aan bod (Brager & Holloway, 1992). Een lijst met gestelde vragen staat in bijlage 9.

Er werd getracht om de resultaten uit de antwoorden van de interviews te laten spreken. Dit omdat we geen a priori vastgelegd kader wilden behouden. Deze gedachtegang is gebaseerd op de *grounded-theory*-methode waar het cyclisch proces van theorievorming, waarbij analyse en steekproeftrekking elkaar beïnvloeden, centraal staat (Mortelmans, 2009). Na enkele interviews en het focusgesprek uit de exploratieve fase werd de informatie verwerkt en ontstond de mogelijkheid de vragenlijst voor de exploratieve fase te evalueren en aan te passen waar nodig. Zo kon nog ontbrekende relevante informatie bevraagd worden door meer gerichte vragen te stellen tijdens de volgende interviews en zo rijkere aanvullende data te verkrijgen.

4.3.1 Semigestructureerde interviews

Voor de exploratieve fase is gekozen om de respondenten via semigestructureerde interviews te ondervragen. Gezien de respondenten in deze fase een mening geven over de eigen registratiecultuur en de voor- en nadelen van hun registratiesysteem toelichten, leken afzonderlijke interviews beter dan een focusgroep, waarbij het moeilijker is om iedereen apart een volledig verhaal te laten vertellen. Semigestructureerde interviews laten dit wel toe (Rubin & Rubin, 1995). Uiteindelijk zijn 11 interviews afgenomen bij respondenten uit het werkveld regio Gent/Brussel, van ongeveer 60 minuten. Een lijst hiervan is te vinden in bijlage 10.

Aan het begin van elk interview werd het onderzoeksonderwerp en het onderzoeksdoel duidelijk gemaakt en werd gevraagd naar de toestemming van de respondenten om het interview op band op te nemen, via een *informed consent*. Er werden enkel individuen geïnterviewd die gemotiveerd waren om deel te nemen aan dit onderzoek⁴⁷.

4.3.2 Focusgroepen

Focusgroepen bieden de mogelijkheid om een groepsdiscussie te creëren die interessante informatie kan opleveren, meer dan bij individuele interviews⁴⁸. Volgens Krueger (1994) is het aan te raden dat deelnemers van focusgroepen bepaalde eigenschappen delen, om zo een homogene groep te vormen. Op die manier komt volgens hem het debat beter tot zijn recht, gezien de deelnemers zich kunnen relateren aan de anderen en elkaar zo gerichte vragen kunnen stellen. Alle deelnemers van de focusgroepen waren mensen uit het werkveld, die effectief de registratiedossiers invullen. Gezien de focus van dit rapport geïntegreerde intersectorale registratie is, waren groepen samengesteld met mensen uit het werkveld van beide sectoren. Een ander voordeel van een focusgroep is dat bij complexe

⁴⁷ British Sociological Association. (2004). Statement of Ethical Practice for The British Sociological Association. Opgehaald op 5 september 2014 van <<http://www.britisoc.co.uk/NR/rdonlyres/801B9A62-5CD3-4BC2-93E1F470FF10256/0/StatementofEthicalPractice.pdf>>

⁴⁸ Focusgroepen zijn zorgvuldig geplande gesprekken en discussies om rijke data en informatie in een korte tijdspanne te verkrijgen. Het groepsgebeuren speelt hierbij een belangrijke rol, gezien de dynamiek van de gesprekken belangrijk zal zijn om de verzamelde data en visies te analyseren (Morgan, 1996).

thema's het mogelijk is dat de vragen en suggesties van de deelnemers onder elkaar naar inzichten leiden, die de onderzoeker kan gebruiken ter aanvulling van zijn eigen vragenlijst of als verrijking voor de verworven data (Kitzinger, 1994). Dit is ook zo gebleken tijdens dit onderzoek.

Krueger (1994) stelt dat het ideaal aantal deelnemers per focusgroep tussen 5 en 12 ligt. Indien de groep te groot is bestaat de kans dat het uiteen valt. Bij te kleine groepen krijgen dominante personen vaker de bovenhand of komt het gesprek net moeilijk op gang. Een optimaal aantal groepen ligt tussen 3 en 5. Te weinig groepen maakt analyse moeilijker, te veel groepen kan voor teveel data zorgen, en een verkwisting van geld en middelen. Uiteindelijk hebben we drie focusgroepen gehouden met respectievelijk 10, 9 en 6 deelnemers: één focusgroeps gesprek in de exploratieve fase en twee in de reflectieve fase. In Antwerpen waren we immers mee betrokken in een werkgroep 'Samenwerking eerstelijns-welzijn in 2060', georganiseerd door het OCMW Antwerpen (Departement Gezondheid, Wonen, Welzijn en Senioren - Afdeling Gezondheid). Het actie-onderzoek met de groep Antwerpen werd georganiseerd tijdens hun bijeenkomsten. Zo is daar de exploratieve sessie ook via een focusgroep verlopen. In bijlage 21 is een lijst met deelnemers te vinden van de drie focusgroepen.

Tijdens de focusgesprekken, geleid door een moderator, werden nota's bijgehouden door de onderzoeker over de antwoorden van de deelnemers. Toestemming om de gesprekken op te nemen gebruik makend van een digitale opnemer, is gevraagd aan alle deelnemers. Alle data werd getranscribeerd en werd als kopie opgestuurd naar de deelnemers om de transparantie en correctheid van de onderzoeksmethode aan te tonen (Zubler-Skerritt & Fletcher, 2007).

4.3.3 Respondentenverdeling

De respondenten uit de gezondheidssector zijn huisartsen uit één solopraktijk en verschillende wijkgezondheidscentra in voornamelijk Gent, maar ook Brussel en Antwerpen. De focus op voornamelijk wijkgezondheidscentra is samengesteld omwille van hun ervaring met sociale problematiek. Dit omdat ICF rekening houdt met (sociale) contextfactoren en het hierbij interessant is om huisartsen te bevragen die gemiddeld genomen meer in contact komen met patiënten die zich in een moeilijke sociale context bevinden. Huisartsen uit deze centra hebben vaak contact met andere zorg- en hulpverleners van een patiënt, wat heel relevant is voor dit rapport. Er kan immers aangenomen worden dat deze huisartsen meer nood hebben aan overleg met de welzijnssector, juist omwille van deze redenen. Sociaal verpleegkundigen werkzaam binnen OCMW Antwerpen en wijkgezondheidscentrum De Regent in Antwerpen, die zich op de grens tussen gezondheids- en welzijnssector bevinden zijn ook meegenomen in het onderzoek.

De welzijnssector wordt gerepresenteerd door maatschappelijk werkers uit de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn van Gent en Antwerpen, Centrum Algemeen Welzijnswerk, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en de grootste mutualiteiten binnen Vlaanderen, met name de liberale, Christelijke en socialistische. Dit zijn de grootste welzijnsinstellingen en zijn gekozen omwille van het veelvuldig contact dat ze met elkaar hebben, alsook met verschillende actoren binnen de gezondheidssector. Dat maakte de selectie het meest relevant voor dit onderzoek. Tevens is deze specifieke selectie van actoren overeengekomen tijdens bijeenkomsten van de thematische stuurgroep van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin. Er is geopteerd geen instellingen te betrekken die specifiek focussen op kinderen en jeugd, gezien de dit deel van de welzijnssector extra wetten & regelingen met zich meebrengen, wat een belemmering kon vormen op het exploratief karakter van dit onderzoek.

Er is gekozen om twee groepen respondenten te ondervragen uit enerzijds de regio's Gent/Brussel en anderzijds de regio Antwerpen. Zoals te zien in figuur 8b leggen beide groepen hetzelfde parcours af binnen het actie-onderzoek. Door de korte tijdspanne van onderzoek waren we genoodzaakt om ons hiertoe te beperken, evenals bij de keuze om niet het hele gezondheids- en welzijnslandschap mee te betrekken in het onderzoek. Dit kan een invloed hebben op de resultaten. Dit wordt uitgebreid toegelicht in de discussie en conclusie van dit rapport.

Tot slot dient vermeld te worden dat de focus ligt op actoren binnen de eerste lijn van de gezondheids- en welzijnssector. Het VAPH is hier een uitzondering op. De keuze om deze actor toch mee te nemen, ligt in het feit dat het agentschap reeds ervaring heeft met het gebruik van ICF, het feit dat ze veelvuldig in contact komen met actoren uit de eerste lijn, zowel in de gezondheids- als de welzijnssector. Tevens is het opnemen van het VAPH in dit onderzoek specifiek overeengekomen met de thematische stuurgroep van het Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn & Gezin. Daarnaast is Integrale Jeugdhulp, ook een instelling die niet behoort tot de eerste lijn, opgenomen in de documentenanalyse. Dit omdat deze instelling een belangrijke actor is binnen de jeugdsector en daarom zeer relevant is om te analyseren wat betreft comptabiliteit met ICF.

4.4 Diepte-interviews met stakeholders

Om de afstemming van registratiemethoden in de gezondheids- en welzijnssector met de ICF-classificatie na te gaan op beleidsvlak werden 19 diepte-interviews afgenomen met stakeholders in het domein van (medische) registratie en met stakeholders uit de instellingen van de welzijnssector die deelnamen aan het actie-onderzoek. Een diepte-interview is een goede methode om een beter zicht te krijgen op de visies van beide sectoren, gezien de respondenten vrijuit kunnen spreken over hoe zij de huidige en toekomstige registratiesystemen zien (Rubin & Rubin, 1995). Omwille van de specifieke expertise van elke stakeholder waren individuele interviews te verkiezen boven een focusgroep. Eveneens werd overleg gepleegd met een contactpersoon van de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), het Centrum voor Leerlingen Begeleiding en het Revalidatiecentrum UZ Gent. Zij werken op dit moment met zelfontwikkelde (proef-)projecten rond ICF. Hun ervaringen zijn opgenomen in dit rapport.

De interviews namen elk ongeveer anderhalf uur in beslag, afhankelijk van de antwoorden. De volgorde van de opgestelde vragen werd niet strikt gehanteerd. Er werd gepeild naar het gebruik en nut van de huidige classificaties, de link tussen classificaties en beleidsmatig gebruik ervan, hun visie op ICF (indien men dit systeem nog niet kende, werd het kort voorgesteld tijdens het interview), en andere classificaties/terminologieën. De lijst met richtvragen is terug te vinden in bijlage 12, alsook de ondervraagde respondenten (bijlage 13).

4.5 Rapport met beleidsaanbevelingen

De data uit de documentanalyse, het actie-onderzoek en de interviews met de stakeholders leidt uiteindelijk tot een beleidsrapport met concrete aanbevelingen naar het gebruik van ICF als inhoudelijk model en ICF als classificatie in de huidige registratiesystemen. Ook wordt advies gegeven wat betreft de semantische interoperabiliteit van de huidige systemen en ICF, het gebruik van ICT- en softwareprogramma's en de deelplatforms, en de link tussen ICF en SNOMED CT en BeIRAI. Na het opstellen van de aanbevelingen, wordt dit doorgestuurd naar de betrokken stakeholders van deze studie, die hun feedback, bedenkingen en suggesties kunnen formuleren. Dit wordt vervolgens mee opgenomen in het rapport.

De aanbevelingen zijn gebaseerd op:

- Het inzicht in de overeenkomsten tussen de huidige systemen en ICF samengevat in twee vergelijkende tabellen.
- De visie en bedenkingen die de respondenten formuleerden over het praktisch gebruik van ICF en implementatiemogelijkheden.
- De visie en bedenkingen die de stakeholders formuleerden met betrekking tot beleidskwesties
- Informatie uit de ICF-(proef)projecten, voor aanbevelingen omtrent de concrete toepassing van ICF.

4.6 Verwerking data

De verwerking van de data voor de documentanalyse en de interviews/focusgroepen wordt in volgende paragrafen besproken.

4.6.1 De documentanalyse

De documenten werden zorgvuldig geanalyseerd waarbij voornamelijk gekeken werd naar de opbouw van de registratiesystemen, de gebruikte parameters in de huidige registratiedossiers, en de connectie ervan met de deelplatformen. De bevindingen worden samengevat in een deel 'contextinformatie'. De betrokken instellingen zijn ook gecontacteerd om de bevindingen te controleren op correctheid.

Als gevolg van de beschrijvende contextinformatie worden twee vergelijkende tabellen opgemaakt, waarin alle onderzochte registratie- en classificatiesystemen tegenover het ICF-systeem worden geplaatst. Op basis van de bevindingen uit de tabellen kunnen uitspraken gedaan worden over algemene kenmerken van registratiesystemen en de aan- of afwezigheid van de ICF-componenten in elk van de vooropgestelde systemen.

4.6.2 Interviews en focusgroepen

De verworven data uit de interviews en focusgroepen is verwerkt met Nvivo10, gezien het grote volume van gegevens. Een model van '*immersion and crystallization*' werd gehanteerd. Daarbij neemt de onderzoeker tijdens de dataverwerking een reflectieve houding aan. Nadat er een deel informatie gecodeerd is met Nvivo10 (e.g. *immersion*), stopt de onderzoeker om dat deel te analyseren en al bepaalde patronen in de verschillende visies van de respondenten op registreren en op ICF te identificeren (e.g. *crystallization*). Met die kennis in de achtergrond herhaalt het proces zich enkele keren tot alle data afgehandeld is (Borkan, 1999).

Het coderen is als volgt verlopen. Eerst werden alle datasets (de uitgetypte interviews en focusgesprekken) tweemaal grondig doorlezen. Vervolgens werd een eerste groep data in subthema's gecodeerd, gerelateerd aan de interviewvragen. Data die nieuwe informatie, niet gerelateerd aan de interviewvragen, bevatten, werden onder andere subthema's gecodeerd. De subthema's omvatten bedenkingen bij de huidige registratiesystemen, voor- en nadelen van het implementeren van ICF als classificatie en inhoudelijk model, meer praktische zaken rond software en *mapping* en het gebruik van de platforms. Uit de grote groep subthema's werden de overkoepelende thema's gedistilleerd. Op die manier ontstond een duidelijke structuur van overkoepelende thema's met daaronder de relevante subthema's. Het coderen, het bepalen van de thema's en de focus van analyse werd grondig afgetoetst bij andere ervaren onderzoekers. Dit verhoogde de betrouwbaarheid van de analyse en zorgde voor de nodige transparantie (Spencer et al, 2006)

De vermelding van citaten uit de interviews en focusgroepen wordt altijd anoniem weergegeven. De respondenten krijgen een willekeurig nummer, waarmee de citaten worden benoemd. Enkel de onderzoeker weet welk nummer bij welke persoon uit het werkveld of stakeholder hoort. Bijgevolg is er geen link tussen de nummering van respondenten en stakeholders in de respondententabellen, die te zien zijn in de bijlages. De respondenten uit het werkveld en de stakeholders hebben elke een aparte nummering

Hoofdstuk 5

Contextinformatie: Registratie en classificatie in de welzijns- en gezondheidssector

De contextinformatie bevat antwoorden op het eerste deel van de onderzoeksvraag: **“Welke registratiesystemen worden gebruikt in de gezondheids- en welzijnszorg binnen de eerstelijns in Vlaanderen?”** Wat volgt is een beperkte selectie uit de vele systemen die gebruikt worden binnen de gezondheids- en welzijnssector. Voor de eerstgenoemde beperken we ons tot ziekenhuizen en de huisartsen. Laatstgenoemde sector wordt gerepresenteerd door de grootste organisatie, met name het Centrum Algemeen Welzijn, Openbaar Centrum Maatschappelijk Werk, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Integrale Jeugdzorg, Centra voor Leerlingenbegeleiding en de sociale diensten van de mutualiteiten (Liberale/Vlaamse/neutrale, Christelijke en socialistische mutualiteit). Dit overzicht representeert bijgevolg niet het volledige gezondheids- en welzijnslandschap. We beschrijven de systemen in detail opdat de lezer een goede indruk krijgt over de verschillen in de systemen en over welk soort gegevens door de verschillende sectoren op dit moment worden geregistreerd. De gegevens uit dit blok contextinformatie worden in deel 1 van de resultaten, aangewend om de vergelijkende tabellen 1 en 2 op te stellen.

Wat volgt is een beschrijving van deze geselecteerde organisaties in 2014, het moment waarop dit deel van het rapport geschreven werd. Het is mogelijk dat de gebruikte systemen intussen veranderd of aangepast zijn. Bijgevolg verwijzen we in onderstaand hoofdstuk per systeem naar een weblink waar up-to-date informatie kan geraadpleegd worden.

5.1 Gezondheidssector

5.1.1 Patiëntendossiers in de gezondheidszorg

De evoluties in de gezondheidszorg zijn duidelijk. Men krijgt te maken met meer chronische zorg en zorg op afstand. Zorg wordt meer en meer transmuraal en geïntegreerd opgevat. De patiënt staat centraler in het zorgproces en men erkent de voordelen van patiënt-empowerment. Zorgverleners hebben steeds meer administratieve taken en het gezondheidszorgbeleid en –onderzoek eisen degelijke, geïntegreerde en geanonimiseerde data. Al deze uitdagingen staan tegenover de nood aan kostenbeheersing (Robben, 2010). Het gebruik van elektronische patiëntendossiers, die via platforms uitgewisseld kunnen worden, geeft een antwoord op veel van deze uitdagingen. Een van de belangrijkste voordelen van een elektronisch patiëntendossier is de beschikbaarheid van informatie. Medische dossiers hebben een gecontroleerde toegang en maken het opvragen van gegevens een stuk gemakkelijker en minder tijdrovend. De inhoud van het elektronisch patiëntendossier wordt alsmear meer gevormd door terminologieën en classificaties. Ze vormen de basis van de rapportage betreffende gezondheids-

informatie en zijn een maatstaf voor de geleverde kwaliteit omdat de data met elkaar vergelijkbaar zou zijn⁴⁹.

In volgende paragrafen wordt er een beeld geschetst over de manier waarop er, de dag van vandaag, geregistreerd en geclassificeerd wordt in de gezondheids- en welzijnssector.

5.1.2 ICD-10

Up-to-date informatie: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/icd-10-be>

Het classificeren van diagnoses binnen de ziekenhuissector gebeurt aan de hand van de ICD-10, deze afkorting staat voor de meest recente revisie van de '*International Classification of Diseases*'. Initieel ontstond deze classificatie-methode rond 1850 en is ze op het eenvoudigst te definiëren als de classificatie van de problemen die verband houden met de gezondheid. De Wereldgezondheidsorganisatie beheert de ICD en gebruikt de classificatie voor het bijhouden van nationale mortaliteits- en morbiditeitsstatistieken. De classificatie werd ondertussen in meer dan 40 talen vertaald zodat het kan dienen als een taalonafhankelijk raamwerk. Door zorgverleners wordt ICD gebruikt om problemen met de gezondheid van de patiënt te registreren in het medisch dossier van de patiënt (Nictiz, 2012).

De ICD-10 classificatie is opgebouwd uit drie delen. Het eerste deel is de eigenlijke classificatie en omvat een alfanumerieke indeling van codes die gecategoriseerd zijn. De categorieën staan voor de verschillende afdelingen waaronder diagnoses kunnen worden ingedeeld, zoals ziekten, uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging, symptomen, afwijkende klinische bevindingen, laboratoriumuitslagen, factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg. Dit vereenvoudigt de classificatie en heeft ook positieve implicaties voor statistische doeleinden, bijvoorbeeld het opvragen van een bepaalde categorie, subcategorie of een speciale lijst voor een statistische studie. Het tweede deel is de gebruikershandleiding van ICD-10. Dit omvat naast de inleiding tot classificeren en de geschiedenis van ICD ook de certificatie- en classificatieregels. Omdat het gebruik van het eerste deel voor classificatie tijdrovend is en de kans op het maken van fouten bij het toewijzen van diagnoses aan de categorieën groot is, heeft men nog een derde gedeelte aan de ICD-10 classificatie toegevoegd. Dit derde deel is een alfabetische lijst van ziekten en aandoeningen en de bijhorende code in de schematische lijst. Met deze lijst is het mogelijk om met behulp van klinische termen, waarmee ziekten en andere aandoeningen worden beschreven, de gebruikerscategorieën en bijbehorende codes te selecteren (Nictiz, 2012; World Health Organization, 2011).

5.1.3 ICPC-2

Up-to-date informatie:

De ICPC-2 classificatie (International Classification of Primary Care) wordt sinds 1987 beheerd door de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). Het is ontwikkeld en ge-update door de WICC (Wonca International Classification Committee) in opdracht van de WONCA. De tweede versie van de ICPC-

⁴⁹ AHIMA & AMIA. (2007). *Healthcare Terminologies and Classifications: Essential Keys to Interoperability*. Opgehaald 3 augustus 2014 van http://www.amia.org/sites/amia.org/files/Classifications_and_terminology_Interoperability.pdf

classificatie of ICPC-2 is sinds 1998 uitgegeven. Op internationaal niveau is dit het meest gebruikte instrument voor het classificeren van klinische informatie binnen de eerstelijnszorg en huisartsgeneeskunde. Het wordt voorgesteld als een begrijpbare classificatiemethode waarbij vertrokken wordt van een schema waarin de beschrijving en de meting van zowel de inhoud als het proces van de eerstelijnszorg in ambulante en gemeenschapsinstellingen in ondergebracht kan worden.

ICPC levert een methode om met één classificatie drie belangrijke elementen van gezondheidsconsultaties te registreren, deze zijn: de reden voor consultatie, de diagnoses of de (gezondheids-)problemen en het proces van de zorg. Op deze manier kan het natuurlijk verloop van episodes vastgelegd worden door de huisarts. Een episode van zorg wordt gedefinieerd als een gezondheidsprobleem of aandoening dat voorkomt in de loop van de tijd vanaf het moment van de eerste consultatie met een zorgverlener, tot de voltooiing van de laatste consultatie voor hetzelfde gezondheidsprobleem of dezelfde aandoening (Hofmans-Okkes & Lamberts, 1996; WONCA International Classification Committee, 2005).

De ICPC-classificatie is opgebouwd uit 17 hoofdstukken. Elk hoofdstuk is een verzameling van codes die beginnen met één letter, eigen aan het hoofdstuk, en die verwijzen naar een bepaalde plaats in het lichaam. Verder bestaat elk hoofdstuk uit componenten die worden voorgesteld door twee cijfers en waarmee men kan aangeven of het over een klacht, een diagnose of een administratieve handeling gaat. Zo is bijvoorbeeld de letter 'R' eigen aan het hoofdstuk 'Luchtwegen' en is de code 'R96' de code voor de diagnose van 'Astma'.

Huisartsen ervaren vaak dat contacten niet direct te benoemen zijn met een diagnose of een ziekte. ICPC vereist daarom geen directe koppeling van klachten of symptomen aan een ziekte of een diagnose. Dat wil zeggen dat er een symptoomdiagnose kan worden gesteld. Bijvoorbeeld, indien een klacht bij een patiënt koorts is, zal de diagnose ook koorts zijn, ook als er geen duidelijk vast te stellen verklaring te vinden is op dat moment. ICPC-2 biedt de huisarts de mogelijkheid om veelvoorkomende acties in de eerste lijn te coderen zoals diagnostiek, behandelingen, onderzoeksresultaten, verwijzingen en preventieve en administratieve verrichtingen (Nictiz, 2012).

ICPC-2 is onderschrijft episodegericht registreren. Episodegericht registreren vereist algemeen gezien dat de zorg- of hulpverlener alle gegevens van een patiënt/cliënt verzamelt binnen een episode. Op die manier biedt een episode inzicht in het beloop van één gezondheidsprobleem. Bij een episode worden de relevante gezondheidsgegevens over één gezondheidsprobleem in chronologische volgorde samengebracht (Westerhof & Van Althuis, 1998). Een episode duurt zolang de hulp- of zorgverlener begeleiding of zorg biedt aan de cliënt/patiënt voor één bepaald gezondheidsprobleem.

5.2 Welzijnssector

5.2.1 Cliëntvolgsystemen in de welzijnssector

In zijn proefschrift *'In de ban van het getal'* uit 1996 formuleert Steyaert⁵⁰ een definitie voor cliëntopvolgsystemen in de welzijnssector als *"een informatie-instrument dat systematische getalsmatige informatie over verschillende aspecten van de welzijnszorg kan verzamelen, verwerken en benutten"*. Het is een informatie-instrument over cliënten, hun problemen, de aangeboden

⁵⁰ Steyaert, J. (1996). *In de ban van het getal*. Opgehaald 10, aug, 2014 van <http://www.steyaert.org/jan/proefschrift/>

hulpverlening en het effect ervan. Cliëntvolgsystemen hebben implicaties voor verdere beleidsontwikkelingen en de ondersteuning van organisaties en het werkveld zelf.

De welzijnssector wordt gekenmerkt door een grote diversiteit op gebied van instellingen, voorzieningen, vertegenwoordigde beroepsgroepen, doelgroepen, problematiek en diensten. Daarom heeft elke welzijnsinstelling voor zichzelf moeten bepalen welke gegevens men wou registreren en welke niet. Daarbij komt dat de overheid enkele instellingen in de welzijnssector verplicht om bepaalde gegevens te registreren en te classificeren, dit geldt onder andere voor de mutualiteiten en het OCMW. Dit heeft vooral in de welzijnssector voor een zeer divers registratie- en classificatielandschap gezorgd⁵¹.

In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de verschillende registratiesystemen die men hanteert in bepaalde instellingen van de welzijnssector in Vlaanderen. Dit overzicht heeft de bedoeling een globaal beeld te geven, maar dit is geen volledig beeld die de hele sector representeert.

5.2.2 Centra voor Algemeen Welzijnswerk

Up-to-date informatie: <http://www.caw.be/organisatie>

In het voorjaar van 2014 is het Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) overgeschakeld naar het registreren in de zogenaamde 'Webbased Elektronische cliëntendossiers' of de We-dossiers ontwikkeld door het Nederlandse softwarebedrijf Regas. De benaming 'We-dossier' staat voor meerdere betekenissen, de 'w' van welzijn; de 'e' van elektronisch en de 'we' verwijst naar hulpverlener én cliënt. Dit elektronisch dossier wil hulpverleners de mogelijkheid bieden om op een overzichtelijke en uniforme manier een cliëntdossier bij te houden. Het biedt een kader om de systematiek in de hulpverlening te verbeteren. Gegevens kunnen mits toestemming van de cliënt op een veilige manier elektronisch doorgegeven worden aan andere betrokken hulpverleners binnen de CAW's, rekening houdend met privacy en het beroepsgeheim. Wanneer het decreet gegevensdeling in voege treedt biedt het dossier ook de mogelijkheid om gegevens veilig uit te wisselen met andere diensten voor zover er sprake is van gedeeld beroepsgeheim.

Het e-dossier is een gedeeld instrument van zowel de cliënt als de hulpverlener en sluit aan bij de hulpverleningspraktijk. Het ondersteunt vraaggericht en contextgericht werken⁵². Het expliciteert beslissingen en het stimuleert het werken met evalueerbare doelstellingen en de discussie over de effectiviteit van de hulpverlening. Het e-dossier levert informatie aan voor het intern beleid van het CAW: prioriteiten, kwaliteit, caseload en management. Daarnaast maakt het e-dossier het mogelijk om op alle niveaus de sectorale doelstellingen en de kwaliteit te evalueren, op basis van resultaatgerichte indicatoren. Op macroniveau is het e-dossier in staat om anonieme en verwerkte gegevens te verstrekken aan de opdrachtgevers of financiers: Vlaamse, provinciale en lokale overheden, federale overheid en internationale instellingen⁵³.

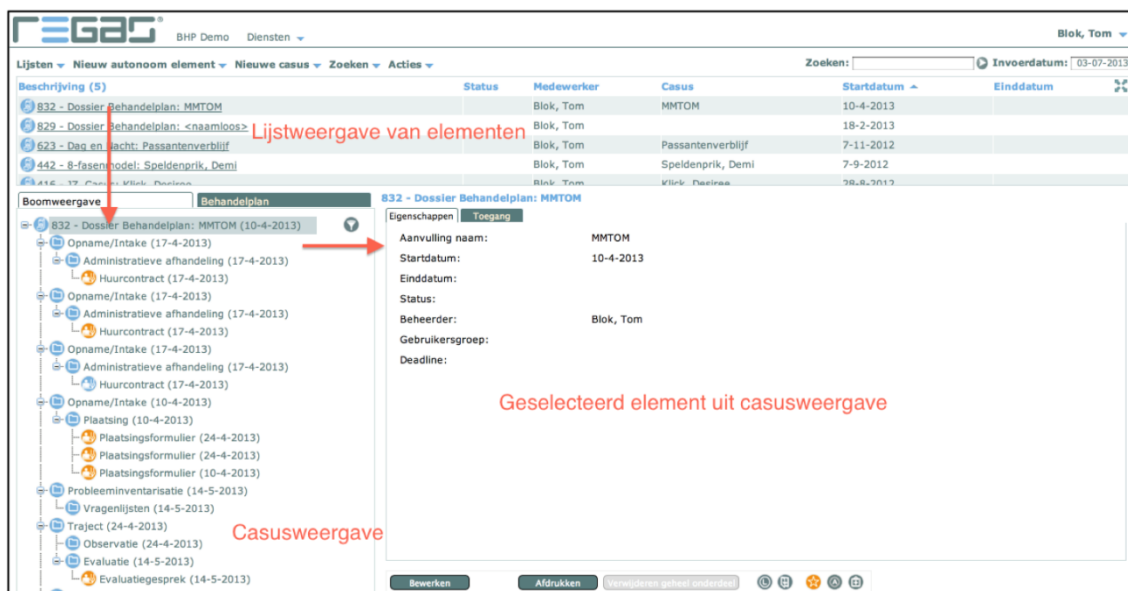
Regas werkt met casussen waarbij een boomstructuur gebruikt wordt om de basis van iedere casus mee op te bouwen. Deze boomstructuur bestaat uit drie elementen: het casusniveau, het mapniveau en het elementniveau. Het casusniveau is het hoofdniveau in de boomstructuur en geeft aan wanneer de casus van start ging en wat de naam en het nummer van de casus is. Een 'casus' in Regas is een bundeling van

51 Flanders' Care (2012). Visietekst (e)Zorgzaam Vlaanderen. Gegevensdeling in de zorg- en welzijnssector.

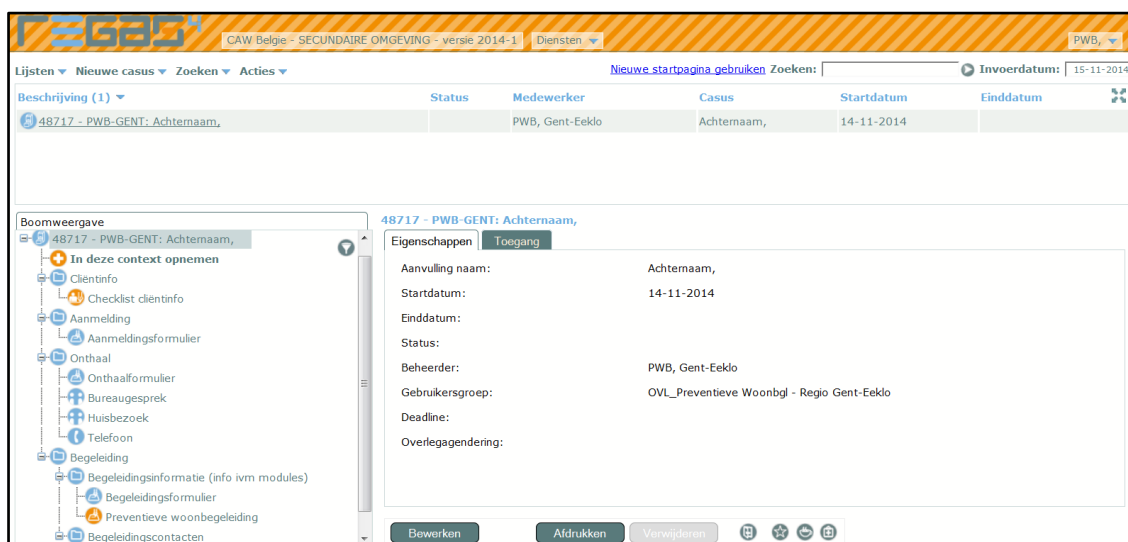
52 Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. REGAS-CAW, het reisdagboek voor hulpverlener en cliënt. Opgevraagd op 14/10/2014 van <http://www.steunpunt.be/public/article/322>

53 Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. (19 maart 2013). Presentatie Kick-off start E-dossier.

relevante informatie (informatie over cliënten en derden, inhoud van gesprekken, algemene informatie zoals bv. verwijzers, problematieken en geboden hulp, doelen, ...). Een casus behandelt zodus één hulpverleningstraject rond een cliënt⁵⁴. In het mapniveau krijgt men de mogelijkheid om met behulp van mappen, een subordening in de casus te brengen. Het elementniveau, waarbij elementen staan voor activiteiten, laat toe dat men een activiteit kan plaatsen onder de casus of onder een map. Onder activiteiten verstaat men onder meer brieven, verslagen, registratieformulieren en dergelijke meer.



Figuur 9 Schermafbeelding van het hoofdscherm waarbij de opbouw van de Regas-software geïllustreerd wordt⁵⁵.



Figuur 10 Ambulante CASUS CAW-system⁵⁶

⁵⁴ Centrum Algemeen Welzijn. Definitieboek WeDossier.

⁵⁵ Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. (2013). Handleiding Regas. Berchem

⁵⁶ Printscreen ambulante casus CAW (Verkregen tijdens interview met CAW-medewerker op 22/05/2014)

Het We-dossier bestaat uit verschillende subdossiers. In deze dossiers kan men informatie over de cliënt invullen aan de hand van meerkeuzelijsten, vrije tekstvakken en het aanvinken van bepaalde opties. Het softwareprogramma bevat ook enkele verplichte vragen, deze hebben de bedoeling om op uniforme wijze een aantal zaken te registreren die voor het CAW van belang zijn (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2013; CAW Limburg, 2013).

Er wordt een lijst met demografische gegevens ingevuld. Afhankelijk van de fase in de hulpverlening zijn er meer demografische gegevens gekend en worden er meer gegevens in gevuld. Naast demografische gegevens worden er ook registratiegegevens met betrekking tot de hulpverlening geregistreerd: geboden hulp, problematiek van de cliënt, doorverwijzing en samenwerking met andere diensten. De gebruikte parameters bij het in kaart brengen van de problematiek zijn 'materieel en financieel', 'lichamelijke gezondheid', 'vermoeden van handicap', 'partnerrelatie, seksualiteit en geboorte', 'gezin en opvoeding', 'intra familiaal geweld', 'sociale situatie', 'onderwijs', 'opleiding en tewerkstelling', 'etnisch en cultureel', 'administratie en hulpverlening' tot 'gerechtelijk en juridisch', 'geestelijk welzijn' en 'geestelijke gezondheid'.

5.2.3 Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

Up-to-date informatie: https://www.belgium.be/nl/familie/sociale_steen/ocmw

De sociale diensten van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) werken met verschillende softwarepakketten voor de verwerking van hun cliëntengegevens. Het ligt buiten het bereik van dit onderzoek om van alle OCMW's het gebruikte softwarepakket in kaart te brengen. Alle OCMW's dienen wel dezelfde informatie te verzamelen om de formulieren in te vullen voor de terugvordering van de kosten van maatschappelijke integratie zoals de wet betreffende het recht op maatschappelijke integratie van 26 mei 2002 oplegt. Sinds 1 januari 2006 zijn alle 589 Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) tevens aangesloten op de Kruispuntbank Sociale Zekerheid (KSZ), om persoonlijke gegevens te kunnen opvragen en informatie door te geven aan de POD Maatschappelijke Integratie en andere Sociale Zekerheidsinstellingen.

Om de werking van een cliëntvolgsysteem binnen de sociale dienst van het OCMW te illustreren nemen we een voorbeeld aan het softwarepakket, ontwikkeld door Cevi/Logins, voor het cliëntonthaal en de trajectopvolging van het OCMW Leuven. Bij aanmelding van de cliënt aan het onthaal wordt het dossier van de cliënt automatisch vernieuwd met zijn gegevens uit de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ), via de elektronische identiteitskaart, of door manuele invoering van de gegevens. Wanneer de cliënt zich aanmeldt kan er direct achterhaald worden als hij of zij al gekend is bij een maatschappelijk werker. Vanaf hier kan men ofwel een hulpaanvraag van de cliënt registreren of een begeleidingstraject opstarten. Trajectbegeleiding is een extra dienstverlening die de maatschappelijk werker nodig acht vanuit zijn kennis over de huidige situatie van de cliënt. Dit staat soms los van de aanmeldingsvraag van de cliënt, indien er achterliggende problemen zijn. Voorbeelden van trajecten zijn onder andere de integratietrajecten leefloon, het traject budgetbeheer, traject arbeidsbegeleiding en het traject poetsdienst aan huis. Verder dient de problematiek van de cliënt ondergebracht te worden in een sociaal verslag (Cevi/Logins, 2012). De volgende gegevensvelden worden geregistreerd⁵⁷:

⁵⁷ Emailcontact met stafmedewerker, coördinatie Sociale Dienst, OCMW Leuven (3 december 2014).

Op niveau van het individueel dossier (per gezinslid):

- Sociaal dossier nummer
- Individueel dossiernummer
- Naam
- Voornaam
- Verblijfsadres
- Domicilieadres
- Telefoon/GSM/FAX
- E-mailadres
- Dossierbehandelaar
- Insz-nummer
- Geboorteplaats
- Geboortedatum
- Datum overlijden
- Nationaliteit
- Burgerlijke staat (ev. partner)
- Feitelijke staat
- Afstamming
- Recuperatiecode wet 65
- Inschrijving gemeenteregister
- Verwantschapscode
- Bankrekeningnummer
- Inkomsten
- Uitgaven
- Bezittingen
- Schulden
- Ziekenfondsgegevens (ziekenfonds, hoedanigheid, verzekerbaarheidsperiode)
- Derden registratie (naam, adres, bankrekeningnummer, telefoon, KBO-nummer)
- Contactregistratie (aard contact, tijdstip, inhoud)
- Aanvraagregistratie (aard aanvraag, datum aanvraag, KSZ-consultatiegegevens, verslag maatschappelijk werker)
- Voorstellen en beslissingen (aard hulp, beslissingsgegevens, looptijd, uitvoering)
- Trajectregistratie (aard traject, datum start en stop, reden einde, trajectplan)
- Klantenrekening (betalingen en terugvordering)
- Subsidieadministratie (formulieren terugvordering POD-MI)
- Schuldhulpverleningsadministratie (inventaris inkomsten uitgaven schulden tegoeden, betalingsplannen en -opdrachten, uittreksels)

Voor het sociaal verslag bij een aanvraag voor financiële hulp is de situatieschets als volgt gestructureerd (het sjabloon verschilt naargelang de aard van de aanvraag):

- GEZINSTOESTAND
- BEKNOPT VOORGESCHIEDENIS
- VERBLIJFSSTATUUT

Hoedanigheid:

Verblijfsdocument:

Geldig tot:

- BUDGET (zie inventaris)
 - Opmerkingen bij inkomsten
 - Opmerkingen bij uitgaven
 - Opmerkingen bij schulden
 - Schulden bij OCMW Leuven (schuldstand, regelmaat afbetaling)
 - Opmerkingen bij tegoeden
 - Schuldhelpverlening

- ENERGIE
 - Woonisolatie:
 - dakisolatie, zoldervloerisolatie, muurisolatie
 - beglazing: enkel - dubbel – hoog rendementsglas
 - Verwarmingswijze: aardgas - stookolie - elektriciteit
 - Verwarmingsketel plaatsingsjaar (indien geweten):
 - Sanitair warm water:
 - via verwarmingsketel
 - via aparte boiler op elektriciteit/gas
 - via doorstroomgeiser
 - Bouwjaar toestellen (bij benadering):
 - Koelkast:
 - Diepvries:
 - Wasmachine:
 - Droogkast:
 - Vaatwasmachine:
 - TV:
 - Verlichting (spaarlampen?)
 - Gasverbruik (kWh per jaar)
 - Elektriciteitsverbruik (kWh per jaar)
 - dag
 - avond/weekend
 - uitsluitend nacht
 - Energieprijs (sociaal maximumtarief? V-test?)
 - Tweevoudig uurtarief:
 - Energiebewustzijn
 - Energiescan
 - Energie-assistent

- GEZONDHEID
 - Lichamelijke gezondheid
 - Geestelijke gezondheid
 - Handicap
 - Verslavingsindicatie
 - Arbeidsgeschiktheid
 - Vaste huisarts
 - Lopende behandelingen
 - Ziekteverzekeringstoestand

- OPLEIDING/COMPETENTIES
- HUIDIGE STUDIE
- WERKERVARING (periode, soort werk, bedrijf, arbeidscontract, reden stopzetting)
- HUIDIGE TEWERKSTELLING
 - Werkgever
 - Soort werk
 - Arbeidscontract
 - Aanvang tewerkstelling
 - Werkbereidheid
- INSCHRIJVING ALS WERKZOEKENDE VDAB
 - Datum inschrijving:
 - Indien niet ingeschreven: redenen:
 - Inschrijving als werkzoekende VDAB
- MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE
 - Mobiliteit
 - Dagbezigheid
 - Vrije tijd
 - Sport
 - Cultuur
- JURIDISCH
 - Blanco strafregister?
 - Echtscheiding
 - Voorlopige maatregelen
 - Lopend rechtsgeding
- SOCIAAL/RELATIONEEL
 - Relatie met (ex-) partner
 - Relatie met ouders
 - Relatie met broers/zussen
 - Onderhoudsplicht?
- KINDEREN
 - Hoede- en bezoekrecht
 - Studieverloop
 - Kinderopvang
 - Maatschappelijke participatie
 - Opvoedingsondersteuning
 - Schoolfacturen

- **RECHTENONDERZOEK**
 - Werkloosheidsuitkering
 - Ziekte-uitkering
 - Kinderbijslag
 - Pensioen/inkomensgarantie ouderen
 - Tegemoetkoming persoon handicap
 - Arbeidsongevallenuitkering
 - Beroepsziektenuitkering
 - Studiebeurs
 - Onderhoudsgeld
 - Verhoogde tegemoetkoming ziekteverzekering
 - Sociaal maximumtarief energie
 - Stooklietoelage
 - Vervoergarantie De Lijn
 - Huurpremie Vlaamse Gemeenschap
 - Zorgverzekering
 - Recht op maatschappelijke integratie
 - Recht op maatschappelijke dienstverlening

- **BASISRICHTLIJN**
 - Richtbedrag inkomen nodig volgens gezinssamenstelling:
 - Totaal inkomen gezin:
 - Tussenkost woonkosten volgens richtlijn:
 - Voorwaarden richtlijntoepassing vervuld?
 - actieve medewerking met de OCMW-begeleiding
 - werkbereidheid tonen (tenzij gezondheids- of billijkheidsredenen)
 - bewijs maandelijkse betaling huishuur en energie
 - keuze voor goedkope energieleveringen
 - bij hoge huishuur inschrijving sociale huisvesting met weinig voorwaarden (locatie, grootte)
 - Motivering afwijking

- **HULPVERLENINGSPLAN**
 - Doel - beoogde resultaat
 - Stappen
 - Betrokken hulpverleners/-organisaties
 - Voortgang

- **GPMI (Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie)**

5.2.4 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Up-to-date informatie: <https://www.vaph.be/>

Vanaf 1 februari 2005 werkt het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) met het softwareprogramma Griffioen. Via dit programma kunnen verslagen worden opgemaakt door een multidisciplinair team (CLB's, mutualiteiten, revalidatiecentra, en dergelijke) waardoor de cliënt een

aanvraag kan doen voor het verkrijgen van de gepaste ondersteuning van het VAPH. Men spreekt hier ook wel van de A.002-verslagen en de PAB-inschalingsverslagen.

A.002-verslag

Het A.002-verslag heeft als bedoeling om met een multidisciplinair team een beeld te schetsen over het functioneren van de cliënt. Hierbij wordt rekening gehouden met alle levensdomeinen, zijn mogelijkheden, zijn beperkingen en zijn vraag tot ondersteuning. Het eerste deel van het verslag bevat de persoonsgegevens van zowel de klant als de leden van het multidisciplinair team. Het tweede deel van het verslag bestaat uit drie registratiebladen A, B en C die een beleidsondersteunend doel hebben en dus niet bezorgd worden aan de beoordelingscommissie.

Het registratieblad A bevat volgende rubrieken:

- *Stoorniscodes*. In deze rubriek kunnen codes geselecteerd worden uit een lijst. De registratielijst bevat onder meer een selectie van codes uit ICD-10 en de DSM IV (*Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*). Deze codes geven een nauwkeurige aanduiding van de stoornis. Zo zijn er aparte codes voor licht, matig, ernstig en diep verstandelijke handicaps. Het is hierbij de bedoeling om prioriteit te geven aan enkel die codes die het meest ingrijpen op de sociale integratiemogelijkheden van de cliënt.
- *Aard van de handicap*. De aard van de handicap wordt bepaald door de zogenaamde handicapcodes. De handicapcodes sluiten aan bij internationale erkende codes (zoals ICF). Bij het toekennen van de codes wordt eerder rekening gehouden met de beperkingen die de cliënt ervaart en niet zozeer met de stoornis zelf.
- *Motorische beperkingen*. In dit deel wordt de eventuele motorische handicap van de cliënt besproken. De aard en de ernst kunnen aangeduid worden aan de hand van een meerkeuzelijst.
- *Barthelscore*. De Barthelindex is de som van de scores die de klant haalt op een 'Activiteiten Dagelijkse Leven' (ADL)-schaal. De score ontstaat door punten te geven op vragen die betrekking hebben op mobiliteit, zelfzorg en incontinentie.
- *Intelligentie*. In dit gedeelte wordt recent een relevant intelligentiequotiënt (IQ) genoteerd.
- *Beperkingen in het psychosociaal functioneren*. In deze rubriek kan men het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren scoren volgens een hypothetisch continuüm van geestelijke gezondheid tot psychische stoornis.

In het registratieblad B wordt informatie over de sociale context, leefsituatie en de gevolgde schoolopleiding verzameld. De registraties gebeuren door een keuze te maken uit de vooropgestelde mogelijkheden uit een lijst.

Het registratieblad C betreft een opvraging van informatie met betrekking tot de gevolgde beroepsopleiding, de beroepsloopbaan, een inschatting van de tewerkstellingsmogelijkheden en een inschatting van de zorgbehoefte.

In het derde deel wordt in het syntheseblad 1 het functioneren van de cliënt en zijn of haar hulpvraag beschreven. Belangrijke elementen hierbij zijn het beschrijven van de stoornis, de medische antecedenten, de beschrijving van de mobiliteit, het cognitief en communicatief functioneren, het gedrag, de sociale anamnese, de school-, beroepsloopbaan en arbeidsvaardigheden. Het multidisciplinair team dient hun voorstel tot ondersteuning te beschrijven en te motiveren in het syntheseblad 2.

PAB-verslag

Het PAB-verslag of het Persoonlijk Assistentiebudget-verslag heeft als doel het individueel budget te bepalen waarmee de persoon met een handicap zelf de nodige ondersteuning kan realiseren in zijn eigen thuis-, werk-, school- of vrijetijdsomgeving. Aan de hand van het PAB-verslag kan het VAPH op een eenvormige en gestructureerde wijze relevante informatie verzamelen over de persoonlijkheid van de cliënt (inclusief zijn of haar netwerk), het functioneren, het niveau van ondersteuning, wat de hulpvraag is van de persoon en wat er voor de persoon zou veranderen indien zijn vraag effectief wordt beantwoord⁵⁸. Wanneer het VAPH de verslagen ontvangt, worden deze opgeslagen in het dossierbeheerprogramma Fenniks. Vanuit dit programma is het mogelijk om beslissingen te maken en om eventuele betalingen van een individueel budget op te starten.

Wanneer een persoon met een handicap de goedkeuring van het VAPH verkrijgt voor betaling (zoals in bovenstaande paragraaf weergegeven wordt), of voor een opname in een voorziening of een ambulante begeleiding, moet deze persoon zich eerst laten registreren op de Centrale Registratie voor Zorgvragen (CRZ) door een contactpersoon van de Zorgregie alvorens er gebruik kan gemaakt worden van de ondersteuning. In deze web-applicatie worden de hulpvragen van de klant geregistreerd waardoor het CRZ een oplossing kan zoeken voor de hulpvraag in de vorm van begeleiding of een opname in de gepaste instelling⁵⁹.

5.2.5 Integrale jeugdhulp

Up-to-date informatie: <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/kinderen/integrale-jeugdhulpverlening>

Integrale Jeugdhulp (IJH) zet zich in voor de optimalisatie van de Vlaamse jeugdhulp. Vlaanderen heeft een zeer divers aanbod wat betreft jeugdhulp. De organisatie van het jeugdhulpaanbod steunt in belangrijke mate op zes sectoren (Agentschap Jongerenwelzijn, Algemeen Welzijnswerk, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Centra voor Leerlingenbegeleiding, Kind en Gezin, Centra voor Integrale Gezinszorg en het VAPH). Enerzijds kan de aangeboden hulp laagdrempelig, weinig ingrijpend, kortdurend en rechtstreeks toegankelijk zijn. Anderzijds is er ook de erg intensieve, ingrijpende en niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Dit type hulpverlening kan enkel ingezet worden met het akkoord en de tussenkomst van de intersectorale toegangspoort⁶⁰.

Het jeugdhulpverleningsaanbod in Vlaanderen is gemoduleerd. Modules zijn zogenaamde ‘pakketten van jeugdhulp’, met daarin het aanbod jeugdhulp van een voorziening jeugdhulp aan minderjarigen en hun ouders. Op deze manier wordt het hulpaanbod van de verschillende hulpverleningsinstellingen op dezelfde manier omschreven waardoor ze vergelijkbaar is.

A-document

Vanaf 1 januari 2014 fungeert de intersectorale toegangspoort als overgang tussen de rechtstreeks en de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Om van deze intersectorale toegangspoort gebruik te maken dient een hulpverlener een digitaal aanvraagdocument of A-document op te maken en in te dienen via het ‘Informatiesysteem voor de Intersectorale Toegangspoort’ of INSISTO. Als

⁵⁸ VAPH. (2013a). Griffioen 1.1.13. Handleiding. Brussel.

⁵⁹ VAPH. (2013b). Handleiding Contactpersoon Web-applicatie Zorgregie, Versie 2.0. Brussel.

⁶⁰ Steunpunt Jeugdhulp & Jongeren Welzijn. (2012). Binc Handleiding. Brussel
Krols, N. (2014). Vlaanderen heeft een integrale jeugdhulp. Opgehaald op 9 augustus 2014 van <http://www.weliswaar.be/nieuws/p/detail/vlaanderen-heeft-een-integrale-jeugdhulp>

jeugdhulpaanbieder moet men zich wel eerst registreren in het eHealth-kadaster om gebruik te kunnen moeten van deze toepassing⁶¹. Het A-document wordt enkel voorzien van gegevens die noodzakelijk en relevant zijn voor het motiveren van de vraag naar niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp⁶².

Figuur 11 Schermafbeelding van het hoofdscherm Insisto® voor de aanvraag van het A-document⁶³.

Het A-document is opgebouwd uit zeven tabbladen: 'identificatie', 'vraagverheldering', 'diagnostiek', 'bijkomende informatie', 'indicatiestelling', 'jeugdhulpregie' en 'historiek'. 'Identificatie' en 'vraagverheldering' wordt voornamelijk ingevuld door de aanmelder of jeugdhulpverlener. De drie volgende tabbladen worden ingevuld door het multidisciplinair team, die betrokken is bij de casus⁶⁴.

Binc 2.0

In de private voorzieningen van de Bijzondere Jeugdzorg (BJZ) gebruikt men het registratiesysteem Binc, een afkorting die staat voor 'Begeleiding in cijfers'. In de ontwerpnota van 14 januari 2014 wordt Binc 2.0 voorgesteld als een zuiver registratiesysteem dat verschillende processen van de private organisaties van de bijzondere jeugdbijstand bevat. Binc 2.0 zal compatibel zijn met de bestaande systemen. Voor wat de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp betreft kan Binc 2.0 gezien worden als het vervolg op INSISTO, waarbij het eindpunt van INSISTO, namelijk de jeugdhulpbeslissing, het beginpunt van een nieuw Binc-dossier is. Voor rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp wordt er manueel een Binc-dossier opgeemaakt. Men plant dat men vanaf 1 januari 2015 operationeel van start kan gaan met Binc 2.0

⁶¹ GiVi Group & Jongeren Welzijn. (2013). Handleiding Insisto. Nederlandse versie.

⁶² Vorming Jeugdhulp. (2014). Het werken met en het gebruiken van het A-document. Opgehaald op 9 augustus 2014 van <http://www.vormingjeugdhulp.be/documentatie>

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Ibid.

(Agentschap Jongerenwelzijn & Steunpunt Jeugdhulp vzw, 2014). In 2013 is men van start gegaan met de productie van de Moduledatabank 2.0, waardoor de jeugdhulpaanbieders centraal kunnen registreren welke types zorg de jongeren bij hen kunnen krijgen⁶⁵.

Binc heeft twee belangrijke doelen. Ten eerste heeft men het registratiesysteem Binc ontwikkeld om de doelgroep van de BJZ in kaart te kunnen brengen. In Binc worden namelijk een aantal parameters geregistreerd zodat op uniforme en betrouwbare wijze een beeld kan gemaakt worden over de jongeren die hulp krijgen in de private voorzieningen van de BJZ. Aan de hand van het verzamelde cijfermateriaal kan het beleid en de hulpverlening geëvalueerd en bijgestuurd worden. Hieruit vloeit automatisch het tweede doel, men wil namelijk de hulpverlener stimuleren te reflecteren over zijn/haar handelen tijdens de hulpverlening, met het oog op het verhogen van de kwaliteit (Steunpunt Jeugdhulp & Jongeren Welzijn, 2012).

De registratie in Binc gebeurt in vijf aparte tabbladen (Steunpunt Jeugdhulp & Jongeren Welzijn, 2012). Deze zullen hieronder beschreven worden in functie van de relevantie ten opzichte van het onderzoekswerk:

1. *Administratieve gegevens.* In dit tabblad worden de algemene gegevens over de jongere verzameld. Aan de hand van vrije tekst en selectielijsten kan men naam, geboortedatum, geslacht, verblijfsgegevens, verwijzingsinformatie en het type hulpverlening registreren.
2. *Interventiesysteem.* Onder het interventiesysteem wordt het natuurlijke en familiaal milieu bedoeld dat betrokken is binnen de hulpverlening van de jongere. Hier kan men een beschrijving maken van het interventiesysteem aan de hand van de gezinssituatie en het aantal inwonende kinderen. Verder worden een reeks kansarmoede-indicatoren opgevraagd en wordt er gepeild naar de motivatie en het akkoord van het interventiesysteem. Vervolgens vraagt men naar specifieke aspecten van het functioneren van de jongere die volgens het interventiesysteem onder de aandacht moeten komen. Men kan bevragen op niveau van het psychosociaal en sociaal functioneren, de gezondheid en lichamelijke ontwikkeling, de cognitieve ontwikkeling en vaardigheden en de band met het gezin van herkomst.
3. *Jongere.* In dit luik wordt de schoolsituatie, de etnische herkomst, de begeleiding, de steunfiguren buiten het interventiesysteem, de motivatie en akkoord, het functioneren (subjectieve inschatting van de hulpverlener) en de begeleidingsdomeinen geregistreerd.
4. *Begeleiding.* Dit deel van het registratiesysteem is voorbehouden voor het bijhouden van variabelen over de begeleiding zelf (hulpvragen, doelstellingen, samenwerking met andere instanties, tevredenheid, ...).
5. *Eindregistratie.* Bij de eindregistratie worden enkele variabelen opnieuw geregistreerd (functioneren, tevredenheid, begeleidingsdomeinen waaraan gewerkt is) zodoende een evaluatie te kunnen opmaken over de verleende hulp. Verder wordt ook de reden voor het einde van de hulpverlening, de verdere hulpverlening en de nazorg gevraagd.

⁶⁵ Flanders' Care. (2014). *Naar een (e)Zorgzaam Vlaanderen. Status Maart 2014*. Opgehaald 1, aug, 2014 van http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/2014_03_naar_een_eZorgzaam_Vlaanderen_status.pdf

Figuur 12 Schermafbeelding Binc: illustratie van de tabbladen⁶⁶.

CAP-J

Om de problematiek van de jongere in kaart te brengen wordt het Classificatiesysteem Aard van de Problematiek – Jeugd (CAP-J) gebruikt. Dit classificatiesysteem bestaat uit definities van problemen waarmee jongeren zich aanmelden en waarvoor zij begeleiding en behandeling ontvangen. Het is een systeem dat door middel van een boomstructuur is opgebouwd, door middel van assen, groepen en rubrieken. De vijf assen die clusters van problemen weergeven, bestaan elk uit verschillende soorten problemen (groepen) die weer in deelproblemen (rubrieken) te onderscheiden zijn. Een aantal rubrieken zijn nog verder onderverdeeld in 'subrubrieken' (gedetailleerde deelproblemen). Hoe verder men de boomstructuur volgt, hoe specifiek het probleem is.

De vijf assen zijn benoemd met A, B, C, D en E en staan respectievelijk voor (A) het psychosociaal functioneren van de jeugdige, (B) lichamelijke gezondheid, (C) vaardigheden en cognitieve ontwikkeling, (D) gezin en opvoeding en (E) jeugdige en omgeving. Voor de benoeming van de groepen (de problemen) wordt eerst de letter van de betreffende as waaronder de groep valt aangegeven, gevolgd door een honderdtal (bv. A100, A200, B100, ...). Voor de aanduiding van een rubriek of de deelproblemen (nummert men door vanaf het honderdtal waaronder de rubriek valt (vb. A101, A102, B101, ...). Een voorbeeld is te zien in figuur 13.

Voorbeeld systematiek CAP-J		
As A	Psychosociaal functioneren jeugdige	As
A200	Gedragsproblemen	Groep
A201	Druk en impulsief gedrag	Rubriek
A201.01	Aandachtstekortstoornissen met hyperactiviteit	Subrubriek

Figuur 13 Systematiek CAP-J classificatie⁶⁷.

⁶⁶ Steunpunt Jeugdhulp & Jongeren Welzijn. (2012). *Binc Handleiding*. Brussel

⁶⁷ Nederlands Jeugd Instituut. Classificatie Jeugdproblemen. Opgehaald op 9 december 2014 van <http://www.nji.nl/nl/Databanken/Classificatie-Jeugdproblemen/Gebruiksaanwijzing/Systematiek.html>

Rubrieken waar ook een sub-rubriek onder valt eindigen op 'x'. Sub-rubrieken bevatten de voor de jeugdzorg relevante *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) - en ICD-categorieën. Ze hebben in het systeem een eigen CAP-J-code. De DSM- en/of ICD-code is achter de naam van de sub-rubriek tussen haakjes opgenomen. Een voorbeeld: sub-rubriek A201.01 staat voor 'Aandachtstoornis met hyperactiviteit (ADHD)' en tussen haakjes staan zowel de DSM-code (314.xx) als de ICD-code (F90.0, F98.8) (Konijn et al, 2009).

5.2.6 Centra voor leerlingenbegeleiding

Up-to-date informatie: <http://onderwijs.vlaanderen.be/nl/clb>

Met de web-toepassing LARS, afkorting voor 'Leerlingenbegeleiding: Administratie en Registratie Systeem', kunnen medewerkers van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), sinds september 2011, alle leerlinggebonden tussenkomsten invoeren in een elektronisch leerlingendossier. Alle instellingen van het Vlaamse CLB werken met de web-toepassing (Onderwijs Vlaanderen, 2014) waardoor het persoonlijke dossier van de leerling bij het veranderen van school aan de nieuwe school kan doorgegeven worden.

Het registratiesysteem LARS benoemt de opdrachten, die de CLB-medewerker uitvoert, als 'activiteiten'. Bij het registreren van een activiteit is de CLB-medewerker verplicht een selectie te maken uit de nomenclatuurlijst voor wat betreft cliënttype, actor, functie en onderwerp. De cliënt slaat op de leerling of op de school. Onder actoren worden personen verstaan die aanwezig zijn bij de activiteit. LARS voorziet een uitgebreide keuzelijst voor 'actoren'. Vervolgens moet er een 'functie' geselecteerd worden om de kerndoelstelling van de activiteit te verhelderen. Ook hier is een keuze mogelijk uit een uitgebreide lijst van voorkeurfuncties. Voor de aanduiding van het onderwerp is een onderwerpenlijst opgesteld dat opgebouwd is volgens een boomstructuur. Voor het cliënttype 'leerling' zijn 4 CLB-begeleidingsdomeinen te selecteren. Deze domeinen vormen de hoofd niveaus van de genummerde boomstructuur. De problematiek van de jongere kan per domein vervolgens gespecificeerd worden tot maximaal vier niveaus diep. Zo kan men 'ADHD' vindt men onder 'Werkhouding en aandacht' van het domein 'Leren en studeren', meer bepaald 'Aandacht, concentratie, impulsiviteit' (Degraeve, 2013).

Het informaticasysteem CREON biedt de toepassing om vanuit LARS beleidsrelevante informatie over de CLB-werking, op een automatische wijze te delen met de betrokken overheden. Op deze manier worden door het CLB acht items geregistreerd die uitdrukkelijk bedoeld zijn voor deling met het Agentschap Zorg en Gezondheid van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het gaat hier voornamelijk om registraties tijdens de medische consulten. Daarnaast worden er ook negen onderwijsgerelateerde items gedeeld met het Ministerie van Onderwijs en Vorming⁶⁸.

5.2.7 De sociale diensten van de mutualiteiten

De diensten Maatschappelijk Werk van alle mutualiteiten zijn belast met decretale opdrachten, die zich uiten in het uitvoeren van volgende activiteiten⁶⁹:

- Ondersteuning bieden bij het oriënteren van hulp- en zorgvragen van gebruikers of mantelzorgers op basis van vraagverheldering en vraagverduidelijking. Een andere optie is die personen naar de georganiseerde thuiszorg leiden.

⁶⁸ Onderwijs Vlaanderen. (2014). *Gegevensverzameling voor de Overheid*. Opgehaald 22, juli, 2014, van <http://www.ond.vlaanderen.be/clb/CLB-medewerker/Gegevensverzameling.htm>

⁶⁹ Socialistische mutualiteiten. Sjabloon IMO jaarverslag DMW (Geen datum beschikbaar).

- Door informatie, advies, ondersteuning en bemiddeling de gebruikers en mantelzorgers in staat stellen hun rechten maximaal uit te putten en maximaal toegang te hebben tot zorg
- Administratieve en psychosociale ondersteuning aanbieden, als de draagkracht of vaardigheden van de gebruikers of mantelzorgers ontoereikend zijn
- Het zelfzorgvermogen evalueren
- Gebruikers met een indicatie van verminderd zelfzorgvermogen proactief benaderen
- In complexe thuiszorgsituaties of als een wijziging van zorgvorm wenselijk is, de mogelijkheid tot langdurige begeleiding en ondersteuning aanbieden, waarbij de gebruiker in elke fase van zijn persoonlijke zorgtraject een beroep kan doen op een professionele zorgverlener
- Belemmerende factoren beleidsgericht signaleren

Daarnaast is de werking van de dienst Maatschappelijk Werk ook gebaseerd op het decreet betreffende het Vlaams Agentschap voor Personen met een handicap, het decreet betreffende de Vlaamse Zorgverzekering en de wet op de mutualiteiten. De rapportering naar de Vlaamse Overheid is voor alle mutualiteiten hetzelfde, maar de inhoudelijke invulling en op welke manier dit geregistreerd wordt in het elektronisch dossier, is verschillend per mutualiteit. In figuur 14 is het standaard sjabloon te zien dat de diensten gebruiken voor hun jaarrapportage. Hiermee rapporteren ze naar de Vlaamse overheid over hun werking. Dit sjabloon is intermutualistisch uitgewerkt en gevalideerd door de Vlaamse overheid.

De figuur geeft het type hulpaanbod weer van de dienst Maatschappelijk Werk via de hulpverleningsmodule. Dit is te verstaan als een pakket van hulp dat afzonderlijk per cliënt wordt aangeboden. Elke hulpverleningsmodule bestaat uit een set van hulpverleningswijzen. Om dit te illustreren kan men bijvoorbeeld de hulpverleningsmodule 'Psychosociale begeleiding bij verliesverwerking' selecteren waarna men een overzicht krijgt van de verschillende hulpverleningswijzen. Dit begint bij de vraagverheldering, het afstemmen van de verwachtingen en de hulpverleningsafspraken. Daarna kan men overgaan naar de 'psychosociale ondersteuning' en de 'verliesverwerking', en men eindigt met het 'evalueren van de hulpverlening'. Bij elke hulpverleningswijze wordt op gedifferentieerde manier een beschrijving gegeven van de activiteiten die ondernomen worden⁷⁰.

⁷⁰ Christelijke mutualiteiten. (2012). *xRM Thesaurus*.

Hulpverleningsmodule	Functieluiken en acties
1. Directe hulp en ondersteuning	De cliënt in staat stellen om zijn rechten te realiseren. De cliënt wordt wegwijs gemaakt in het bestaande hulpaanbod en ondersteund in de keuze(s) die hij/zij maakt betreffende het aanbod. Op die manier tracht men problemen op psychosociaal en sociaal-administratief vlak te voorkomen en aldus (verdere) sociale desintegratie tegen te gaan.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vraagverheldering <ol style="list-style-type: none"> i. Eerste gesprek ii. Verfijnen van de hulpvraag iii. Peilen naar verwachtingen/wensen/doelstellingen iv. Inschatten probleemoplossend vermogen v. Strategieën verkennen vi. Bevragen steunfiguren en eigen draagvlak vii. Hulpverleningsafspraken viii. Identificatie doorverwijzing 2. Informatie en advies: <ol style="list-style-type: none"> i. Informeren op maat ii. Adviseren op maat iii. Eventueel doorverwijzen 3. Toeleiding: <ol style="list-style-type: none"> i. Cliënt voorbereiden ii. Toeleiden iii. Beschikbaar zijn iv. Opvolging 4. Ondersteuning: <ol style="list-style-type: none"> i. Administratieve, emotionele en psychosociale ondersteuning ii. Betrekken netwerk iii. Doorverwijzing 5. Belangenbehartiging: <ol style="list-style-type: none"> i. Afspraken maken ii. Onderhandelen namens de cliënt iii. Toelichten en opvolgen beslissingen iv. Doorverwijzen
2. Psychosociale begeleiding bij verliesverwerking	Intensief ondersteunen van de cliënt bij aspecten als zelfbeeld, emotionele noden, eigen levensgeschiedenis, relaties, gedragsproblematiek en psychische problematiek, en dit met het oog op het verhogen van het probleemoplossende vermogen van de cliënt.
3. Zorgbegeleiding in complexere thuiszorgsituaties	Het optimaliseren en haalbaar maken van de thuiszorgsituatie.
4. Trajectbegeleiding	Voor specifieke doelgroepen op een planmatige wijze een welomschreven doel bereiken. Dit doel is afhankelijk van de indicaties van de doelgroep.
	<p>⇒ Begeleidingsdossiers vragen meerdere en gedifferentieerde contacten met de gebruiker, die kunnen variëren in duur, frequentie en intensiteit. In elk dossier worden 3 fasen doorlopen. Vooreerst vindt een vraagverheldering plaats, waarin de vraag geëxploreerd wordt. Van daaruit stelt de maatschappelijk werker samen met de cliënt een stappenplan op en volgt dit op. Ten slotte evalueert de maatschappelijk werker samen met de cliënt de verschillende stappen en doelen uit het stappenplan.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Begeleiding: <ol style="list-style-type: none"> i. Vertrouwensrelatie opbouwen ii. Verkennen van het probleemoplossend vermogen van de cliënt iii. Verkennen van verwachtingen iv. Context- en netwerkanalyse v. Planmatig opvolgen vi. Informeren en adviseren vii. Individueel opvolgen van de cliënt viii. Individueel ondersteunen ix. Gevoelens bespreekbaar maken x. Nieuwe situatie helpen aanvaarden xi. Emotionele ondersteuning xii. Omgeving ondersteunen en betrekken xiii. Empowermentgericht werken xiv. Coördinatie en opvolging van het ondersteuningspakket xv. Toeleiding xvi. Doorverwijzing xvii. Evalueren van de hulpverlening xviii. Belangenbehartiging 2. Zorgbemiddeling: <ol style="list-style-type: none"> i. Zorgplan ii. Overleg iii. Zorgbemiddeling iv. Belangenbehartiging
5. Indicatiestelling Zorgverzekering	Opmaken van het zorgbehoefteprofiel in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostiek <ol style="list-style-type: none"> i. Gegevensanalyse ii. Gesprek iii. Informatie en advies iv. Inschalen v. Gegevens verzamelen en afwerken van het dossier vi. Ondersteuning
6. Indicatiestelling VAPH	Toeleiding van de cliënt tot het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en dit voor zijn tussenkomsten en voorzieningen
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostiek: <ol style="list-style-type: none"> i. Bijkomende vraagverheldering ii. Informatie bieden iii. Gegevensverzameling en –analyse iv. Diagnostisch onderzoek v. Multidisciplinariteit vi. Adviseren 2. Belangenbehartiging: <ol style="list-style-type: none"> i. Toelichting beslissing ii. Opvolgen beslissing

Figuur 14 Thesaurus intermutualistische typemodulering⁷¹

⁷¹ Socialistische mutualiteiten. Sjabloon IMO jaarverslag DMW (Geen datum beschikbaar).

De registratie van de indicatiestelling zorgverzekering wat betreft het zorgbehoefteprofiel gebeurt aan de hand van verschillende blokken rond *Activities of Daily Life* (A.D.L.):

- Blok A: Huishoudelijk A.D.L.:

- Onderhoud = onderhoud van de woning in al zijn aspecten gaande van opruimen tot taken waarbij uithouding en kracht vereist zijn.
- Was = gaande van verzamelen en sorteren van de was tot en met het drogen en/of afnemen van de wasdraad.
- Strijk = gaande van opplooien tot en met opbergen in de kast.
- Boodschappen = gaande van opmaken van de boodschappenlijst tot en met het wegbergen van de aangekochte producten.
- Maaltijden bereiden = gaande van het opstellen van het menu tot en met het op tafel zetten van de bereide maaltijd.
- Organisatie huishoudelijk werk = managen van een huishouden, gaande van de planning van al het huishoudelijk werk dat regelmatig of sporadisch moet gebeuren tot en met de controle op de uitvoering ervan.

- Blok B: Lichamelijke A.D.L.:

- Wassen = de eigen lichaamshygiëne verzorgen.
- Kleden = zichzelf kunnen aan- en uitkleden.
- Verplaatsen = zichzelf kunnen verplaatsen, binnen- of buitenhuis
- Toiletbezoek = zich naar het toilet begeven en een gepast gebruik maken van het toilet.
- Incontinentie = het niet voelen van de aandrang tot, het niet kunnen controleren van de lozing van urine of faeces
- Eten = de eigen voedselinname: gaande van het zelf gebruiken van het bestek tot en met het brengen van het voedsel in de mond.

- Blok C: Sociale A.D.L.:

- Sociaal verlies = het opvangen, verwerken van de sociale gevolgen van verlies, m.b.t.: verlies van vertrouwde persoon, verlies van vertrouwde omgeving, verlies van werk, status, verlies van fysieke of geestelijke gezondheid, verlies van andere
- Trouw aan therapie en gezondheidsregels = het nakomen, opvolgen van "gezond verstand"-regels of voorgeschreven regels m.b.t.: medicatiegebruik, therapie, revalidatie, leefregels, diëten, voorkomen van complicaties
- Veiligheid in en om het huis = het zicht hebben op en wegwerken of laten wegwerken van veiligheidsrisico's in en om het huis.
- Administratie = gaande van het opvolgen van de briefwisseling, het schrijven van brieven, het invullen van formulieren tot [het bezoek aan het postkantoor] en de contacten met allerlei instanties.
- Financiële verrichtingen = het uitvoeren van betalingen en financiële opdrachten
- Hygiënische verzorging kinderen = naargelang de leeftijd van de kinderen, gaande van wassen, verschonen, aankleden en eten geven tot het begeleiden van en toezien op de hygiënische verzorging door de ouder(s) of de (het) kind(eren) zelf.
- Opvang kinderen = naargelang de leeftijd van de kinderen, gaande van het letten op de kinderen tot het begeleiden van en toezien op de tijdsbesteding van de (het) kind(eren).

- Blok D: Geestelijke gezondheid:

- Desoriëntatie in tijd = de mate waarin de gebruiker geen juist inzicht (meer) heeft in de tijd. Inzicht in de tijd omvat: het juist aanduiden van de tijd wanneer er om gevraagd wordt, het tijdsbegrip op een gepaste wijze hanteren (uur, voormiddag, namiddag, dag, nacht, week, maand, jaar).
- Desoriëntatie in ruimte = de mate waarin de gebruiker binnen- of buitenshuis de weg niet (meer) vindt, vb.: het toilet niet vinden, verloren lopen, zich in een ander huis wanen, rondlopen.
- Desoriëntatie in personen = de mate waarin de gebruiker personen niet (meer) herkent of niet (meer) met hun juiste naam verbindt, vb.: dochter voor eigen moeder aanzien, kleinkinderen voor eigen kinderen aanzien, verpleging met verkeerde naam aanspreken,
- Niet doelgericht gedrag = de mate waarin de gebruiker gedrag vertoont dat niet zinvol is, niet aan een doel beantwoordt. Dit omvat dwangmatige handelingen (poetsmanie, smetvrees, plukken aan deken, ...), rusteloosheid: psychomotorische agitatie (vluchtgedrag, stapedrag, ...)
- Storend gedrag = de mate waarin de gebruiker zich storend gedraagt in zijn sociale omgeving. Dit omvat alle omgangsproblemen: verbaal storend, onwelvoeglijk, destructief geweld t.o.v. personen, vernielingsdrang.
- Initiatiefloos gedrag = de mate waarin de gebruiker gebrek aan initiatief vertoont en niet uit zichzelf tot actie komt. Dit omvat: geen actie zonder stimulans, moeilijk tot opstarten komen van activiteiten, traag (geen gepaste snelheid) bij het uitvoeren van de activiteiten.
- Neerslachtige stemming = de mate waarin de gebruiker een neerslachtige stemming vertoont (gaande van neiging tot wenen tot depressie) of verwoordt dat hij eraan lijdt.
- Angstige stemming = de mate waarin de gebruiker zich angstig toont of verwoordt dat hij eraan lijdt (gaande van zich zorgen maken over kleine zaken tot slapeloosheid, tot uit angst niet meer adequaat functioneren)⁷².

De mutualiteiten benaderen ten minste 5 verschillende doelgroepen door een aantoonbare proactieve actie. Een doelgroep is een groep waarbij een bepaald relevant kenmerk gemeenschappelijk is. Dat gemeenschappelijke kenmerk kan van uiteenlopende aard zijn. De verschillende doelgroepen kunnen verschillend van grootte zijn. De verschillende doelgroepen zijn:

- **Andere**
- **Kansarmoede:** Een langdurige toestand waarbij mensen onvoldoende kansen hebben op verschillende terreinen, zowel materieel als immaterieel, zoals o.a. huisvesting, opleiding, inkomen en arbeid, gezondheid. *Ook personen die ziek of zorgbehoevend bejaard zijn of een handicap hebben kunnen tot deze groep behoren op voorwaarde dat kansarmoede de doorslaggevende link is met de hulpverlening (in het andere geval zal het armoede-aspect blijken door het aanvinken van armoederisico)*
- **Persoon met handicap:** Persoon die voldoet aan de omschrijving van handicap zoals beschreven in het VAPH-decreet en waarvan de handicap is ontstaan voor de leeftijd van 65 jaar.
- **Ziek:** Betrokkene lijdt aan een al dan niet langdurige fysieke en/of psychische aandoening.

⁷² Handleiding BEL. (2008). Tweede bijlage bij het Ministerieel Besluit van 6 januari 2006 tot regeling van de vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen aan de hand van de BEL-profiel-schaal in het kader van de Vlaamse zorgverzekering

- **Zorgbehoevende bejaarde:** Betrokkene heeft de leeftijdsgrens van 65 jaar bereikt en heeft nood aan hulp om een “normaal” dagelijks leven te kunnen leiden.

In het kader van de verplichte registratie voor de overheid wordt van elke cliënt een cliëntprofiel opgemaakt. Het cliëntprofiel registreert gegevens over:

- Scholingsgraad
- Socio-economische situatie
- Inkomensituatie
- Gezinssituatie: de feitelijke leefsituatie van de persoon
- Culturele achtergrond: allochtoon, vluchteling, autochtoon
- Armoederisico: mensen die door hun financiële situatie dreigen om niet meer in hun basisbehoeften te kunnen voorzien
- Het beperkt sociaal netwerk: (het opbouwen van) relaties met mensen, inclusief de eigen familie of partner
- De zorgbehoefte: de nood aan hulp die de cliënt nodig heeft om een “normaal” dagelijks leven te kunnen leiden, met volgende voorziene waarden:
 - **Afhankelijk van personen en/of hulpmiddelen:** Men heeft een persoon en/of hulpmiddelen nodig voor alle taken in het dagelijks functioneren.
 - **Met moeite zelfredzaam:** Betrokkene heeft moeite om de dagelijkse handelingen uit te voeren.
 - **Nood aan hulp van personen en/of hulpmiddelen:** Men heeft een persoon en/of hulpmiddelen nodig voor een aantal taken in het dagelijks functioneren.
 - **Volledig onvermogen:** De persoon is volledig afhankelijk van anderen en heeft continu toezicht nodig.
 - **Zelfredzaam:** Alle dagelijkse handelingen gebeuren zonder moeilijkheden of beperkingen.
- Gezondheidstoestand:
 - **Dementie:** Aftakelingsproces met symptomen van desoriëntatie op vlak van tijd, ruimte en personen.
 - **Fysieke handicap:** Het gaat om een functiestoornis van motorische of zintuiglijke aard.
 - **Fysiek ziek:** Betrokkene lijdt aan een lichamelijke aandoening.
 - **Gezond en valide:** Cliënt is een persoon zonder gezondheidsproblemen.
 - **Meervoudige handicap/ziekte:** Er is sprake van een combinatie van fysieke, psychische en/of mentale problemen.
 - **Mentale handicap:** Er is sprake van een achterstand in het ontwikkelingsniveau.
 - **Onbekend**
 - **Ouderdomsverschijnselen:** Er zijn beperkingen in het dagelijkse functioneren om wille van het afnemen van lichamelijke en geestelijke mogelijkheden als gevolg van ouderdom.
 - **Psychische problemen:** Er is sprake van een verstoorde geestelijke gezondheid. *Inclusief personen met autisme, alcoholisme of gedragsstoornissen.*

Men registreert de vragen of problemen, waaraan men in de hulpverlening werkt, onder de noemer ‘domein’. Domeinen worden verondersteld gekoppeld te worden met de vraag. Hoewel dit geen verplichting is, biedt het wel meer inzichten en informatie voor de hulpverleners. Op deze manier kunnen bijvoorbeeld relationele problemen met de werkgever gekoppeld worden met het domein arbeidsaangelegenheden.

De lijst met de domeinen is:

- **Arbeidsaangelegenheden:** Alles wat te maken heeft met arbeid en tewerkstelling.
- **Arbeidsongevallen**
- **Beroepsziekten**
- **CMDV:** Diensten of premies uit de CM-diensten en –voordelen.
- **Fonds Hulp aan Zieken: Residuaire aanvraag voor een financiële tussenkomst bij hoge medische, paramedische of medico-sociale uitgaven aan zieken en hun gezin die in een financieel kwetsbare situatie zijn terechtgekomen.**
- **Gezinsbijslag**
- **Huisvestingsproblemen:** Alle vragen die te maken hebben met aangepast en gezond wonen.
- **Inkomen en armoede:** Vragen die te maken hebben met een tekort aan of slecht beheer van financiële middelen.
- **Juridische problemen:** Problemen met/rond rechtspraak en gerechtelijke procedures.
- **Migratie:** Alles wat te maken heeft met aanpassings- en integratieproblemen omwille van migratie.
- **Opleiding:** Alles wat te maken heeft met opleiding en herscholing.
- **Opvangmogelijkheden (andere dan VAPH):** Definitieve en tijdelijke opvangmogelijkheden en woonvormen.
- **Pensioenen**
- **Persoonlijke problemen:** Tijdelijke persoonlijke vragen naar aanleiding van een verwerkingsproces en belevingsproblemen.
- **Psychologische problemen:** Pathologische problemen i.v.m. identiteitsmoeilijkheden, -vragen, emancipatieproces, leermoeilijkheden, spraakstoornissen, gedrags- en karakteriële problemen, verslaving, psychische tekens en symptomen.
- **Relationele problemen:** vragen in het kader van relaties.
- **Seksualiteit:** vragen in het kader van de seksuele voorlichting, geboortebeperving, vragen in de seksuele omgang en aanverwante problemen.
- **Slachtofferhulp:** Vragen en problemen van slachtoffers (o.a. verkeersslachtoffers).
- **Sociale verzekering zelfstandigen**
- **Sociale voorzieningen/snippervoorzieningen:** Alle vrijstellingen, verminderingen en voordelen.
- **Tegemoetkoming aan personen met een handicap:** IT, IVT en THAB
- **Thuiszorg:** Alle vragen in het kader van draagkracht – draaglast die zich vertalen in emotionele, organisatorische en materiële vragen.
- **Tijdsbesteding:** vragen die te maken hebben met zinvolle invulling van tijd.
- **VAPH:** Alle procedures en tegemoetkomingen in het kader van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.
- **ZIV uitkeringen**
- **ZIV verzekering:** Alles wat onder ZIV valt, behalve uitkeringen.
- **Zorgverzekering:** Alle procedures en tegemoetkomingen in het kader van de zorgverzekering⁷³.

⁷³ Christelijke mutualiteiten. (2012). *xRM Thesaurus*.

5.2.8 Onafhankelijke/liberale/neutrale mutualiteiten

Up-to-date informatie: <https://www.oz.be/> ; <http://www.lm.be/Pages/defaultNL.aspx> ;
http://www.neutrale-ziekenfondsen.be/public?set_language=nl

De onafhankelijke, liberale en neutrale mutualiteiten in Vlaanderen hebben het programma Sociaal Klantendossier (SKD) opgericht om de registratiesoftware in het kader van de sociale dienstverlening te ontwikkelen. De software, genaamd AS400, heeft als doel een uniforme manier van registreren te voorzien waardoor er op een snelle en efficiënte manier gegevens over de cliënt gegenereerd kunnen worden. Het SKD is opgesteld met de intermutualistische afspraken uit het GEWIN-decreet als basis. De overheid vraagt daarin zaken te registreren en te verwerken in het jaarverslag. Het SKD is intussen verder aangevuld met zaken rond proactief werken⁷⁴.

Het begin van het contact met de cliënt kan gebeuren vanuit vier oogpunten. Een eerste is vanuit het oogpunt van de cliënt, dat aanleiding geeft tot de vraag. Een tweede optie is vanuit een proactieve actie die plaatsvindt. Voorbeelden hiervan zijn telefoongesprekken met de cliënt, met een externe organisatie of met collega's, schriftelijke afspraken, huisbezoeken, bureelgesprekken met de cliënt, teamgesprekken over de cliënt, enzovoort. Een derde vertrekpunt is vanuit het soort probleem. De problematiek kan handelen over bijvoorbeeld thuiszorg, de zorgverzekering of het VAPH. Als vierde is het mogelijk te vertrekken vanuit het soort hulpverlening. Het gaat in dit geval over de aard van de hulpverlening zoals informatie- of adviesverlening, dienstverlening, bemiddeling, begeleiding en dergelijke meer.

Erna wordt de cliënt opgeroepen in het systeem, alvorens het registreren begint. Via de KSZ kunnen enkele demografische gegevens opgevraagd worden van de cliënt, indien de cliënt daar al gekend is. Indien de cliënt nog niet gekend is, wordt aangegeven hoelang het eerste contact duurde, welk soort contact het was (telefoongesprek, huisbezoek, permanentie) om zo tot het probleem te komen. Eerst wordt het aanmeldingsprobleem opgegeven, vervolgens het behandelde probleem. Dit laatste kan verschillend zijn van het eerste, indien meerdere problemen tijdens het eerste contact worden aangegeven.

Dan maakt men bij de sociale dienst verplicht een sociaal profiel op van de cliënten. Dit sociaal profiel wordt op regelmatige basis geactualiseerd en heeft als doel te fungeren als werkinstrument waaruit nuttige gegevens kunnen gehaald worden om de cliënt te helpen in het beantwoorden van zijn of haar hulpvraag. Het sociaal profiel bestaat uit gegevens over de verwijzing, de gezinssituatie, de bestaanszekerheid, de collectieve schuldenregeling, de inkomensinventarisatie, de etnisch-culturele situatie, de scholingsgraad, de socio-economische situatie, de gezondheidssituatie, de zorgbehoefte-scorevariabelen en vertrouwelijk commentaar⁷⁵.

Vervolgens vindt men een problematiek aan: materieel, zelfredzaam, psychosociale, seksualiteit, relatie, administratief-juridisch, gezinshulp. Na het registreren van het behandelingsprobleem, volgt 'aard van de hulpverlening'. Via een code die daarmee samenhangt, komt men zo op een ander tabblad, waar kan aangegeven worden welke begeleiding opgestart is. Van daaruit kan men kiezen uit informatie geven, advies dienstverlening, bemiddeling, zorgindicatie, toeleiding, begeleiding of verwijzing in multidisciplinair overleg. Daarbij aansluitend kan in een stuk vrije tekst commentaar geschreven worden over

⁷⁴ Proactieve werking is de mutualiteit die zijn aanbod kenbaar maakt aan de cliënten op basis van gekende parameters over de cliënten.

⁷⁵ Werkgroep SKD. (2013). Handleiding Sociaal Klanten Dossier. In het kader van Sociale Dienstverlening.

de vraagbeschrijving en de aansluitende acties. Vervolgens kan teruggegaan worden naar vraagverheldering en doelstellingen.

Het eigen cliënten opvolgsysteem of globaal klantendossier bevat onder meer informatie over de gezinssituatie, de historiek van de persoon, het type zorgverzekering, tegemoetkomingen en arbeidsongeschiktheid. De medische gegevens in dit dossier zijn, omwille van de Privacywet, enkel zichtbaar voor de medische dienst. De maatschappelijk werker kan wel de terugbetaling van doktersbriefjes inzien en dat hieruit medische gegevens kunnen worden afgeleid. De maatschappelijk werkers kunnen niet zien of een persoon van Thuiszorg geniet. Dit geldt ook voor de zorgplannen.

Voor de verplichte rapportering naar de overheid, dient het profiel van de cliënt ook geregistreerd te worden. Dit betreft zaken in verband met de zorgbehoefte. Tot slot dient vermeld te worden dat dit systeem ook door de Vlaamse en onafhankelijke mutualiteiten gebruikt wordt. Ook zal de liberale mutualiteit vanaf 1 januari 2015 overstappen op het systeem van de socialistische mutualiteiten.

5.2.9 Christelijke mutualiteiten

Up-to-date informatie: <https://www.cm.be/>

Het registratiesysteem xRM van de Christelijke Mutualiteiten (CM) is een maatschappelijk werk dossier dat drie doelen vooropstelt. Men wilt een weergave geven van de werking van de dienstverlening in functie van de verplichte registratie van gegevens voor de overheid. Daarnaast biedt het registratiesysteem ook een weergave van het verloop van het hulpverleningsproces met de doelstellingen en acties die in het kader van de hulpverlening samen met de cliënt worden bepaald. Ten slotte biedt de toepassing aan teamverantwoordelijken en werkbegeleiders de mogelijkheid om medewerkers op een betere manier op te volgen en te begeleiden.

In het kader van de verplichte registratie voor de overheid wordt van elke cliënt een cliëntprofiel opgemaakt. Het cliëntprofiel registreert gegevens over de scholingsgraad, de socio-economische situatie, de inkomenssituatie, de gezinssituatie, de zorgbehoefte, de gezondheidstoestand, de culturele achtergrond, het armoederisico en het beperkt sociaal netwerk.

Men registreert de vragen of problemen, waaraan men in de hulpverlening werkt, onder de noemer 'domein'. Hiervoor kan men kiezen uit een voorkeurlijst gaande van 'arbeidsaangelegenheden' tot 'zorgverzekering'. Domeinen worden verondersteld gekoppeld te worden met de vraag. Hoewel dit geen verplichting is, biedt het wel meer inzichten en informatie voor de hulpverleners. Op deze manier kunnen bijvoorbeeld relationele problemen met de werkgever gekoppeld worden met het domein 'arbeidsaangelegenheden'.

De manier van contact wordt ook geregistreerd aan de hand van voorkeurlijsten. Verder registreert men het type hulpaanbod van de dienst Maatschappelijk Werk met de hulpverleningsmodule. Dit is te verstaan als een pakket van hulp dat afzonderlijk per cliënt wordt aangeboden. De hulpverleningsmodule beschrijft het type hulpaanbod van de dienst MW aan de hand van een gezamenlijke taal. Het is een pakket van hulp dat afzonderlijk aan een cliënt kan aangeboden worden. Natuurlijk kunnen hulpverleningsmodules ook gecombineerd worden ingezet. Elke hulpverleningsmodule bestaat uit een set van hulpverleningswijzen. De standaardmodule is directe hulp en ondersteuning, daarnaast is er indicatiestelling Vlaams Agentschap voor Personen met een handicap, indicatiestelling zorgverzekering en de 3 begeleidingsmodules (zorgbegeleiding bij complexe thuiszorgsituaties, psychosociale begeleiding bij verliesverwerking en trajectbegeleiding).

Om dit te illustreren kan men bijvoorbeeld de hulpverleningsmodule 'Psychosociale begeleiding bij verliesverwerking' selecteren waarna men een overzicht krijgt van de verschillende hulpverlenings-

wijzen. Dit begint bij de 'vraagverheldering', het 'afstemmen van de verwachtingen' en de 'hulpverleningsafspraken'. Daarna kan men overgaan naar de 'psychosociale ondersteuning' en de 'verliesverwerking', en eindigen gebeurt met het 'evalueren van de hulpverlening'. Bij elke hulpverleningswijze wordt op gedifferentieerde manier een beschrijving gegeven van de activiteiten die ondernomen worden. Samen met het cliëntensysteem wordt een plan opgesteld van de prioritaire hulpverleningsdoelen op de verschillende levensdomeinen. Er wordt informatie opgenomen over de huidige en wenselijke situatie, de tussenstappen, de frequentie en timing die voorzien wordt, wat gerealiseerd is, de eventuele gearppeerde doelen en de te verwachte weerstanden. (Christelijke Mutualiteiten, 2012).

XRM-MW biedt de mogelijkheid om uit de cliëntendossiers tal van cijfergegevens te genereren. Daarbij is het belangrijk om kernvariabelen weer te geven, die een beeld geven van het bereik en cliëntprofiel van de dienst Maatschappelijk Werk, evenals van de realisatie van de resultaatgerichte indicatoren waaraan de diensten moeten voldoen ten aanzien van de Vlaamse overheid:

- Aantal bereikte cliënten (= de resultaatgerichte indicatoren beogen een caseload van 250 cliënten per erkend VTE, maar tellen alleen die cliënten met een wederkerig contact in het referentiejaar. Een wederkerig contact wordt gedefinieerd aan de hand van de contactvormen huisbezoek, kantoorcontact, telefoon, mail, zitdag en zorgoverleg);
- Eenmalige vragen naar informatie en advies (korte contacten),
- De aangeboden hulpverleningsmodules
- Begeleiding Met betrekking tot de drie begeleidingsmodules samen legt de resultaatgerichte indicator ons een norm op van 10% ten opzichte van het aantal bereikte cliënten met wederkerig contact
- Doelgroepen (Kansarmoede, Persoon met een handicap, Ziek, Zorgbehoevende bejaarde),
- Gezondheidstoestand (Dementie, Fysieke handicap, Fysiek ziek, Gezond en valide, Meervoudige handicap/ziekte, Mentale handicap, Onbekend, Ouderdomsverschijnselen, Psychische problemen),
- Behandelde domeinen, De top drie behandelde domeinen bestond in 2013, net als het vorige jaar, uit:
 1. Thuiszorg
 2. Tegemoetkoming aan personen met een handicap
 3. Sociale voorzieningen/snippervoorzieningen
- Resultaatgerichte indicatoren:
 - o Art 1, 1°. De DMW bereikt gemiddeld 250 gebruikers per erkend VTE met minstens één wederkerig contact in het afgelopen werkjaar (met uitzondering van de eenmalige contacten);
 - o Art 1, 2°. De dienst biedt begeleiding bij ten minste 10 % van het totaal aantal bereikte gebruikers (met een wederkerig contact) in het betrokken werkjaar in kwestie. Begeleiding betekent het aanbieden van ten minste één van de hierna vermelde typemodules: Psychosociale begeleiding bij verliesverwerking, Zorgbegeleiding in complexe thuisituaties; Trajectbegeleiding;
 - o Art 1, 3°de dienst treedt actief in overleg met andere zorg- en hulpverleners om afspraken te maken over de zorg aan de gebruiker bij ten minste 20% van het totale aantal bereikte gebruikers. De wijze waarop in overleg wordt getreden houdt onder andere in: mailverkeer, telefonisch verkeer, digitale opvolgsystemen;
 - o Art 1, 4°de dienst benadert ten minste vijf verschillende doelgroepen door een aantoonbare proactieve actie. Een doelgroep is een groep waarbij een bepaald relevant

- kenmerk gemeenschappelijk is. Dat gemeenschappelijke kenmerk kan van uiteenlopende aard zijn; De verschillende doelgroepen kunnen verschillend van grootte zijn;
- Art 1, 5° Bij ten minste 20% van het totale aantal proactief benaderde personen leidt de proactieve actie tot een vervolgactie door de maatschappelijk werker in het dossier van de benaderde persoon;
 - Art. 2. In afwijking van artikel 1,5°, en bij wijze van overgangsbepaling tot en met 31 december 2017 leidt de proactieve actie bij ten minste 15% van het totaal aantal proactief benaderde personen tot een vervolgactie door de maatschappelijk werker in het dossier van de benaderde personen;
 - Art 1, 6°, ten minste 40 % van het totale aantal bereikte gebruikers in het werkjaar in kwestie heeft een beperkte zelfredzaamheid of is aangewezen op hulpmiddelen of hulp van personen voor het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven en voldoet ten minste aan één van de onderstaande criteria:
 - de gebruiker heeft recht op het forfait B of C;
 - de gebruiker heeft recht op het palliatief forfait;
 - de gebruiker heeft recht op bijkomende kinderbijslag;
 - de gebruiker krijgt een attest of tegemoetkoming van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid of hulp van derden in het kader van de ziekte- en invaliditeitsuitkering;
 - de gebruiker heeft recht op het forfait voor chronisch zieken of incontinentieforfait;
 - de gebruiker heeft recht op tegemoetkomingen van de zorgverzekering;
 - de gebruiker heeft een dossier bij het Vlaamse Agentschap voor Personen met een Handicap;
 - de gebruiker is langdurig of frequent gehospitaliseerd;
 - de gebruiker heeft recht op mobiliteitshulpmiddelen;
 - Art 1, 7°, ten minste 25% van het totale aantal bereikte gebruikers in het werkjaar in kwestie heeft een beperkt inkomen of een beperkt sociaal netwerk;
 - Art 1, 8°, ten minste 10% van het totale aantal bereikte gebruikers die geregistreerd worden binnen één van de onderstaande typemodules zijn personen met een handicap:
 - directe hulp en ondersteuning;
 - psychosociale begeleiding bij verliesverwerking;
 - zorgbegeleiding in complexe thuissituaties;
 - trajectbegeleiding.

5.2.10 Socialistische mutualiteiten

Up-to-date informatie: <http://www.socmut.be/pages/regiokeuze-socmut.aspx>

De diensten maatschappelijk werk van alle socialistische mutualiteiten in Vlaanderen werken met het DMWorks-registratiesysteem. Dit is vanuit de mutualiteit ontworpen met oog op het aanleveren van informatie voor de Vlaamse overheid (bepaald in het woon-zorgdecreet, zoals uitgelegd in vorige paragrafen) alsook om de maatschappelijk werkers een werkinstrument aan te bieden om mee aan de slag te gaan tijdens de begeleiding, directe steun en hulp van de cliënt. Dit systeem is volledig zelf ontwikkeld en bekostigd door de mutualiteit, en zal vanaf 2015 ook door de liberale mutualiteit gebruikt worden.

Het instrument bestaat uit verschillende luiken of tabbladen waar informatie al dan niet verplicht in verwerkt moet worden. Een eerste luik bestaat uit demografische gegevens, die vanuit de Kruispuntbank geput worden, indien beschikbaar. Dit gaat onder andere over de gezinssituatie, geslacht en de burgerlijke staat. In dit tabblad is een vrije tekst voorzien om extra informatie rond de cliënt in te geven. Verder is er ook een vrije tekst voorzien om informatie over de sociale anamnese te vermelden. Indien informatie die geschreven wordt in de vrije tekst regelmatig voorkomt bij meerdere cliënten, wordt er een vaste registratieparameter van gemaakt, als dat mogelijk is.

Het tweede tabblad is het profiel. Hierin zitten de parameters vevat voor rapportering naar de Vlaamse Overheid. Dit betreft informatie over verschillende doelgroepen, zorgbegeleidingen zorgbehoeften. Men dient vanuit het Woonzorgdecreet uit een verplichte lijst doelgroepen de relevante aan te vinken. Dit zijn 'chronisch zieken', 'personen met een handicap', 'andere' of 'zorgbehoevenden'. De socialistische mutualiteit heeft hier zelf de doelgroep 'kansarmen' bijgeplaatst, omdat ze van mening waren dat dit binnen hun werking ook relevant is. Vervolgens wordt per cliënt één of meerdere gezondheidstoestand(en) aangevinkt uit een vaste lijst. Die lijst bestaat uit: 'dementie', 'fysieke handicap', 'mentale handicap', 'meervoudige handicap', 'fysieke ziek', 'psychisch ziek', 'ouderdomsverschijnselen', 'chronische zieken', 'personen met een handicap' en 'zorgbehoevende ouderen'.

Dan volgt een opsomming van de relevante zorgbehoefte. Dit dient specifiek voor de rapportering naar de overheid toe. Het gaat om kenmerken ten gevolge van een bepaald recht dat aan de cliënt vanuit verschillend regelgevingen is toegekend of die typerend zijn voor een situatie van zorgbehoefte. Er kunnen meerdere zorgbehoeften aangevinkt worden per cliënt. De lijst is hieronder te zien in figuur 14. De informatie die daaruit voortkomt, wordt ook voor intern beleid en de opvolging van de productiviteit van de maatschappelijke assistenten gebruikt.

Forfaits B of C
Palliatief forfait
Bijkomende kinderbijslag
Attest FOD
Hulp van derden Riziv
Forfait Chronisch zieken
Incontinentieforfait
Zorgverzekering
Sociale MAF
Dossier VAPH ⁷⁶
Langdurige/frequente hospitalisatie ⁷⁷
Mobiliteitshulpmiddelen

Figuur 15 Criteria van zorgbehoefte van de cliënten⁷⁸

⁷⁶ Aangezien er geen ontsluiting is van de VAPH-erkenningen beperken deze aantallen zich tot de gebruikers die via het MDT van het mutualiteit een aanvraag bij het VAPH hebben gedaan

⁷⁷ IMO-definitie: langdurig = een periode van meer dan 15 dagen; frequent= minstens 5 opnames op jaarbasis

⁷⁸ Socialistische mutualiteiten. Sjabloon IMO jaarverslag DMW (geen datum beschikbaar).

Een derde tabblad geeft de gezinssituatie weer van de cliënt. Dit heeft betrekking op een 'mutualistisch gezin', een insteek vanuit het sociaal verzekeringsrecht. Het is mogelijk maar niet verplicht (wel indien er begeleiding wordt opgestart) om te peilen naar de aard van de relatie die cliënten hebben met andere gezinsleden. In een afvinklijst kan men 'neutraal', 'ondersteunend' of 'spanning' aankruisen. Ook gaat men de aard van de steun na die een cliënt ontvangt van andere gezinsleden. Dit kan zijn 'advies en informatie', 'emotioneel', 'gezelschap' of 'praktisch'. Er is terug een vrije tekst beschikbaar om relevante informatie voor de sociale anamnese te vermelden. De parameters zijn specifiek door de socialistische mutualiteit zelf ontwikkeld voor hun eigen dossiers.

Het vierde tabblad verzamelt de contactpersonen rond de cliënt. Dit kan zijn 'niet-professioneel' of 'professioneel'. Deze informatie komt men te weten via het verhaal van de cliënt. In de toekomst zou via vitalink ook een overzicht van het zorgnetwerk rond een persoon beschikbaar worden gesteld. Een volgend tabblad is 'Begeleiding: vraagverheldering'. Dit is een vrij recente herwerking binnen het dossier. Er wordt voor de cliënt bepaald welke levensdomeinen er relevant zijn en welke begeleiding men nodig heeft. Er is de keuze uit volgende domeinen: wonen, werken/vorming, dagbesteding/vrije tijd, fysiek welbevinden, mentaal welbevinden, psychisch welbevinden, materieel welbevinden, relaties en sociale contacten, andere. Definitie en bevraging van de domeinen is te zien in figuur 16.

Wonen	De woonsituatie moet bevroegd worden en er moet gepeild worden naar actuele en toekomstige woonwensen en woonzorgen bij diverse actoren. Doel is in te schatten of thuis wonen haalbaar is en blijft mits bepaalde voorwaarden of aanpassingen.
Werken/vorming	
Dagbesteding/Vrije tijd	Bevraging van dagbesteding <ul style="list-style-type: none"> - Zinnvolle passende dagbesteding: wat doet u graag, wilt u blijven doen? - Hobby's, interesses. - Activiteiten, binnen en/of buiten. - Uitstapjes, feestjes, evenementen. - Dagritme, activiteiten op tijdstippen naar eigen voorkeur. - Zorg op passende tijdstippen, afstemming dag/weekprogramma.
Fysiek welbevinden	De gevolgen van het lichamelijk ziek zijn op het dagelijks leven bevragen bij diverse actoren (gebruiker, mantelzorger, derden, partners, uit de thuiszorg, huisarts...). Doel is te peilen naar de kracht van het zelfzorgvermogen en na te gaan of en hoe bepaalde beperkingen worden ingeschat en in welke zin ze het dagelijks leven – binnen en buiten de woonomgeving- complexer maken.
Mentaal welbevinden	Emotionele gezondheid van de cliënt, zich gewaardeerd voelen in verschillende omgevingen, zich prettig voelen, zelfverzekerd zijn

Psychisch welbevinden	Bevragen van de gevolgen van het psychisch/cognitief ziek zijn op het dagelijks leven bij diverse actoren (gebruiker, mantelzorger, derden, partners, uit de thuiszorg, huisarts). Doel is te peilen naar de kracht van het zelfzorgvermogen en na te gaan of en hoe bepaalde beperkingen worden ingeschat en in welke zin ze het dagelijks leven, binnen en buiten de woonomgeving, complexer maken.
Materieel welbevinden	De financiële en materiële situatie op basis van een grondige kennis van tegemoetkomingen en sociale voorzieningen bevragen. De maatschappelijk werker observeert welke materiële hulpmiddelen reeds/nog niet dagelijks worden benut. Na te streven doel vanuit de hulpverlening is de rechten maximaal uit te putten
Relaties en sociale contacten	Bevraging van de sociaal relationele situatie (familie-relaties, vrienden, kennissen, burenelaties, functionele relaties, institutionele relaties): <ul style="list-style-type: none"> - Voldoende sociale contacten? - Contact met familie/vrienden/bekenden - Contact met de burenen/in de buurt - Inzet vrijwilligers - Informatie over/verwijzing naar welzijnsvoorzieningen/welzijnswerk
Andere	Andere levensdomeinen dan bovengenoemde

Figuur 16 Levensdomeinen voor begeleiding⁷⁹

Per aangevinkt levensdomein schrijft men in een veld 'vrije tekst' wat de problemen zijn in de huidige situatie. In het stuk 'vrije tekst' empowerment noteert men de attitude en de kracht van de cliënt (niet op niveau van hulpmiddelen), of de cliënt in staat is keuzes te maken, gevolgen van de keuze te overzien, beslissingen kan nemen, voor zichzelf kan opkomen, gehoord worden, grenzen/beperkingen kan inzien. Daarnaast worden de doelstellingen en aansluitende acties geschreven in vrije tekst. Er zijn voorbeeldlijsten voor de maatschappelijk werker die kunnen helpen bij de vorming van de doelstellingen en acties.

Vervolgens wordt het sociaal netwerk van een cliënt in een ecogram visueel in kaart gebracht. De informatie daarvoor komt er automatisch in vanuit de andere tabbladen. In de toekomst zou het ook mogelijk zijn dat de cliënt dit dossier zelf invult, en achteraf overloopt met de maatschappelijk werker. Een laatste tabblad bestaat uit vrije tekst waar relevante informatie over de sociale anamnese van een persoon kan ingevuld worden.

⁷⁹ Socialistische mutualiteiten. Werkinstructies module Begeleiding (Geen datum beschikbaar).

Hoofdstuk 6

Resultaten documentanalyse

6.1 Inleiding

In dit deel van de studie worden de bevindingen uit de documentanalyse en de interviews op een logische en verstaanbare manier aan de lezer voorgesteld. De resultaten uit de documentanalyse zijn in tabellen ondergebracht omdat dit de vergelijkbaarheid tussen de verschillende systemen verduidelijkt. Onder elke tabel is ruimte voorzien waarin gereflecteerd wordt over de resultaten. In deze reflecties worden ook de resultaten uit de interviews toegevoegd om het geheel te onderbouwen. Enkele interessante bevindingen uit de interviews worden ook apart behandeld.

In Tabel 1 wordt een algemene vergelijking van de verschillende registratie- en classificatiesystemen gemaakt. De ICF-classificatie maakt gebruik van coderingen die gelinkt zijn met de functies, de anatomische eigenschappen, de mogelijkheid tot activiteiten en participatie en de externe factoren. Omwille van deze reden wordt nagegaan in welke mate de onderzochte registratiesystemen ook gebruik maken van coderingen en classificaties.

Een volgende eigenschap dat we willen onderzoeken is of de registratie- en classificatiesystemen zijn aangesloten op een platform voor gegevensdeling. Doorheen dit gehele onderzoekswerk wordt vaak gewezen op het belang van de uitwisselbaarheid van gegevens tussen verschillende hulp- en/of zorgverleners, instellingen en de sectoren. Omdat digitale gegevens horen uitgewisseld te worden via beveiligde platforms, wordt nagegaan welke en in hoeverre deze platforms gebruikt worden.

Tot slot wordt de focus van elke registratie- of classificatiesysteem kort samengevat zodat de lezer de systemen beter in zijn context kan plaatsen. ICF leent zich eerder tot het beschrijven van het algemeen functioneren van de persoon, in plaats van het beschrijven van specifieke ziekte- of probleemepisodes. ICF focust daarbij meer op het samenwerken naar de doelen van de patiënt/cliënt toe: het classificeren en denken in ICF is eerder doelgericht en niet probleemgericht. Het is een geschikter middel dan de ICD-classificatie om doelgerichte zorg te bieden en helpt de zorg- en hulpverlener los te komen van een zuiver ziektegerichte /probleemgerichte zorg (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2001).

In tabel 2 kijken we of er eventueel een inhoudelijke onderbouw aanwezig is voor het implementeren van ICF in de huidige registratie- en classificatiemethoden in gezondheids- en welzijnssector, op basis van semantische interoperabiliteit. Semantische interoperabiliteit is de mate waarin systemen gebruik maken van dezelfde begrippen en codes om bijvoorbeeld diagnoses, behandelingen, medicatie, sociale problemen te registreren. Tabel 2 tracht aan te tonen in welke mate de verschillende componenten van ICF aan bod komen in de huidige systemen.

Tabel 2 is opgebouwd met de focus op het aantonen van een eventuele inhoudelijke onderbouw voor het implementeren van ICF in de huidige registratie- en classificatiemethoden in gezondheids- en welzijnssector. Hiervoor moeten we aantonen in welke mate de verschillende componenten van ICF aan bod komen in de verschillende systemen. Het biopsychosociaal model van ICF rust op de componenten: gezondheidstoestand, functies en anatomische eigenschappen, activiteiten & participatie, externe factoren en persoonlijke factoren. De gezondheidstoestand wordt niet geclassificeerd in ICF-codes. Hiervoor kunnen ICD-10 en ICPC-2 gehanteerd worden. Het uitbouwen van de component persoonlijke factoren in termen van codes is momenteel het voorwerp van wetenschappelijk onderzoek. De componenten functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe factoren

worden in ICF wel gelinkt aan een onderliggende classificatie (World Health Organization, 2002). Elke component omvat een aantal hoofdstukken. Deze worden op hun beurt onderverdeeld in deelcomponenten en categorieën (codes vb. d450). Deze categorieën zijn uiteindelijk de eenheden van classificatie.

Toch zijn de twee componenten die niet geclassificeerd worden in ICF (gezondheidstoestand en persoonlijke factoren) mee in tabel 2 opgenomen. Dit omdat we het belangrijk vinden om zowel het ICF-model als de classificatie af te toetsen bij de huidige systemen. Gezien WHO aanraadt om de gezondheidstoestand te classificeren met ICD, is gekeken of de registraties omtrent de gezondheidstoestand in de huidige systemen overeenkomen met deze classificatie. Voor de component gezondheidstoestand heeft ICF een aantal voorbeelden voorzien die volgens hen onder deze component vallen (World Health Organization, 2002). Deze voorbeelden hebben we afgetoetst binnen de registraties van de huidige systemen in de gezondheids- en welzijnssector. Toch moet worden vermeld dat de vergelijking niet op detailniveau mogelijk was, gezien de beperkte tijd die voor dit onderzoek voorzien was. Eerder op algemeen componentniveau is getracht een vergelijking op te maken.

6.2 Tabel 1 Vergelijking van de algemene karakteristieken van de registratie- of classificatiesystemen in zorg en welzijnssector tegenover ICF

		Vrije tekst of coderingen	Koppeling via een platform	Focus
ICF		Coderingen wanneer de ICF-classificatie wordt gehanteerd. Vrije tekst wanneer het ICF-model wordt gehanteerd.	Gezondheidsgegevens kunnen in theorie worden gedeeld via ziekenhuishubs, Vitalink of eHealth.	Classificatie en methode voor het beschrijven van het functioneren van een persoon. ICF leent zich tot een cross-sectionele aanpak. ICF neemt als het ware 'een foto' van de 'huidige toestand' van het individu op één moment en beschrijft deze over de verschillende componenten heen.
Classificaties Gezondheidszorg	ICD-10	Coderingen	Ziekenhuishubs Vitalink eHealth	Classificatie voor het beschrijven van ziektes . ICD-10 wordt meestal gehanteerd in een cross-sectionele approach: de foto van de aandoeningen die op dat moment spelen.
	ICPC-2	Coderingen	Ziekenhuishubs MyCareNet Vitalink eHealth	Classificatie voor de beschrijving van aanmeldingsklachten, diagnoses, de processen en handelingen . Een episode in ICPC-2 definieert zich als 'alle zorg die nodig is rond één probleem'. Dit kan wel of niet beperkt zijn in de tijd, afhankelijk van de duur van het probleem. Een episode duurt van de eerste consultatie waarbij een patiënt langskomt met een bepaald gezondheidsprobleem tot en met de laatste consultatie voor hetzelfde probleem.
Instellingen Welzijnssector	CAW	Voorkeurslijsten Vrije tekst	Vitalink eHealth	Opvolgsysteem voor de cliënten van het CAW met onderverdeling in aanmelding, onthaal en begeleiding. Het doel is om de hulpvraag van de cliënt op te lossen. Contacten beginnen met een hulpvraag en eindigen wanneer deze vraag is opgelost. Hiervoor kunnen verschillende contacten nodig zijn
	OCMW	Voorkeurslijsten Vrije tekst	Kruispuntbank Sociale Zekerheid.	Registratie van de hulpvraag met aandacht voor cliëntonthaal en trajectopvolging.

		Vrije tekst of coderingen	Koppeling via een platform	Focus	
	VAPH	Stoorniscodes Voorkeurlijsten Vrije tekst	Kruispuntbank Sociale Zekerheid. Insisto in het kader van Integrale Jeugdhulp.	Registratie van aard en de ernst van de handicap en de invloed hiervan op het functioneren. Doel is de cliënt te kunnen voorzien van de juiste ondersteuning in de vorm van uitkering of plaatsing in de geschikte instelling. De procedure in het VAPH hanteert een cross-sectionele approach. De beslissing gebeurt obv 'een foto' van de 'huidige toestand'	
	Integrale Jeugdhulp	Classificatie CAP-J Voorkeurslijsten Vrije tekst	Insisto, Basisdiensten van eHealth (Binc en de moduledatabank Integrale Jeugdhulp)	Zuiver registratiesysteem dat verschillende processen van de private organisaties van de bijzondere jeugdbijstand bevat. Ja. In het systeem Binc zijn de registratie-modules 'instroom', 'doorstroom' en 'eindregistratie' voorzien.	
	CLB	Selectielijsten Vrije tekst	Overheidsdatabank CREON. Vaccinnet, verbonden met Vitalink.	Webbased informaticatoepassing voor registratie van opdrachten van CLB-medewerkers en leerlingenkenmerken . Elke activiteit moet afgesloten worden als deze correct is uitgevoerd en alle gegevens zijn ingebracht.	
	Sociale Diensten mutualiteiten	Onafhankelijke/liberale/neutrale mutualiteiten	Voorkeurslijsten Vrije tekst	MyCareNet, authenticatie-processenvia eHealth.Patient HealthViewer. Digitaal Platform Zorgverzekering	Maatschappelijk werk dossier gericht op de hulpvraag . Het biedt een weergave van de werking van de diensten en van het verloop van het hulpverleningsproces. Een dossier wordt geopend bij aanmelding en wordt afgesloten na het oplossen van de hulpvraag of het probleem.
		Christelijke mutualiteiten	Voorkeurslijsten Vrije tekst	MyCareNet Authenticatie-processen van MyCareNet via eHealth. Patient HealthViewer. Digitaal Platform Zorgverzekering	Maatschappelijk werk dossier gericht op de hulpvraag . Het biedt een weergave van de werking van de diensten en van het verloop van het hulpverleningsproces. Een dossier wordt geopend bij aanmelding en wordt afgesloten na het oplossen van de hulpvraag of het probleem.

			Vrije tekst of coderingen	Koppeling via een platform	Focus
		Socialistische mutualiteiten	Voorkeurslijsten Vrije tekst	MyCareNet Authenticatie-processen van MyCareNet via eHealth. Patient HealthViewer. Digitaal Platform Zorgverzekering	Werkinstrument om begeleiding, directe hulp of steun aan te bieden , waarbij de cliënten centraal staan. Tevens dient het om bepaalde informatie te rapporteren voor de Vlaamse Overheid Men sluit geen dossiers per werkjaar af, maar zien het als een levenslange opvolging van een cliënt. De problematieken van de cliënt blijven in de historiek van het dossiers, de begeleiding wordt afgesloten, maar blijft wel zichtbaar. De begeleiding is wel gebaseerd op een 'foto' van de cliënt op één moment.

6.3 Reflecties uit tabel 1

Tabel 1 geeft antwoord op het tweede deel van onderzoeksvraag 1: *“Is er een harmonisering en integratie mogelijk, met aandacht voor (inter)nationale vergelijkbaarheid?”*. Er is op vier vlakken gekeken naar overeenkomsten tussen de systemen: het gebruik van vrije tekst/coderingen, koppeling via een platform, episodegericht registreren en de focus van het registratiesysteem.

6.3.1 Vrije tekst/coderingen

Tabel 1 brengt aan het licht dat het gebruik van uitsluitend codering enkel voorkomt bij ICF en de onderzochte systemen binnen de gezondheidssector. ICD-10 en de ICPC-2 zijn beiden opgebouwd uit codes die gestructureerd zijn in logische en systematisch opgebouwde hoofdstukken. Gezien deze classificaties codes gebruiken voor verschillende doeleinden zijn ze niet inwisselbaar met ICF, maar wel complementair te gebruiken als één uitgebreide classificatie.

In de welzijnssector registreert men in mindere mate met behulp van coderingen. Integrale jeugdhulp gebruikt naast vrije tekst en voorkeurlijsten het specifiek classificatiesysteem CAP-J om de problematiek van de jongere op een gestandaardiseerde manier te classificeren. Het VAPH maakt gebruik van zelf ontwikkelde handicapcodes, ook in combinatie met voorkeurlijsten en vrije tekst. Deze codes zijn min of meer gebaseerd op ICF-codes.

CAW, OCMW en CLB gebruiken enkel voorkeurslijsten en vrije tekst om de problematiek van de cliënt in kaart te brengen. Het hanteren van deze methodes om te registreren verhindert de volledige toepassing van een geïntegreerd systeem, wat enkel door een uniforme classificatie mogelijk is. Vrije tekst bevatten geen gestructureerde informatie. De voorkeurlijsten zijn specifiek per instelling opgesteld, waardoor het minder makkelijk is om informatie door te sturen.

Bij alle diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten zien we een verplicht sociaal profiel van de cliënten op basis van voorkeurslijsten. Dit dient als werkinstrument om de cliënt te helpen in het beantwoorden van zijn of haar hulpvraag. Het bestaat uit gegevens over de verwijzing, de gezinssituatie, de bestaanszekerheid, de collectieve schuldenregeling, de inkomensinventarisatie, de etnisch-culturele situatie, de scholingsgraad, de socio-economische situatie, de gezondheidssituatie, de zorgbehoefte-scorevariabelen en vertrouwelijk commentaar. Deze gegevens zijn opgelegd en worden opgevraagd door de Vlaamse overheid (Werkgroep SKD, 2013). Op die manier registreren alle mutualiteiten dezelfde zaken voor de overheid en is er sprake van enige integratie van de systemen. Dit is geen classificatie, maar men registreert wel dezelfde gegevens onder dezelfde parameters in deze systemen. De gegevens zelfs worden naast de rapportering voor de overheid, nog niet intermutualistisch uitgewisseld met elkaar.

6.3.2 Koppeling via een platform

Het eHealth-platform is zeer belangrijk voor de uitwisseling van elektronische gegevens in de gezondheidszorg. eHealth maakt de elektronische uitwisseling van het digitale zorgdossier mogelijk tussen regionale en lokale netwerken van ziekenhuizen, alsook tussen artsen, specialisten en huisartsen (Robben, 2010). De zorgverleners maken daarbij gebruik van verschillende eHealthdiensten, waaronder MyCareNet.

In Tabel 1 komt ook het stijgende belang van het eHealth-platform in de welzijnssector naar voren. Het valt wel op dat eerder bepaalde deelaspecten van de hulpverlening voor de gegevensdeling gebruik maken van het eHealth-platform. De Integrale Jeugdhulp en VAPH delen bijvoorbeeld het aanvraagdossier met behulp van INSISTO, een informatiesysteem dat gebruik maakt van eHealth, voor de aanvragen tot niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp voor een minderjarige.

Bij de mutualiteiten zien we het gebruik van verschillende platformen. Dit heeft volgens Messiaen (2012) als doel om de stroom van gegevens tussen mutualiteiten, werkgevers, verstrekkers, ziekenhuizen en overheden op een veilige en efficiënte manier te digitaliseren. Een eerste netwerk is CareNet, een centraal dienstenplatform waarmee zorgverleners en instellingen eenvoudig en veilig informatie uitwisselen met mutualiteiten (operationeel vanaf eind 2014). Het beoogt een automatisering van de facturatiegegevens tussen ziekenhuizen en mutualiteiten. Een tweede is MyCarenet⁸⁰, een netwerk voor de uitwisseling van gegevens tussen verschillende categorieën van verstrekkers. De authenticatieprocessen van MyCareNet verlopen via eHealth. Ook is er de *Patient HealthViewer*, software die mutualiteiten gratis aanbieden aan hun klanten. Dit werd ontwikkeld voor gebruik en deling via vitalink en biedt een zicht op de vaccinaties die elke patiënt al gekregen heeft, in zoverre deze geregistreerd werden in Vaccinnet. Tot slot is er het Digitaal Platform Zorgverzekering, wat de link vormt tussen het Vlaams Zorgfonds en de mutualiteiten. Het platform maakt gebruik van de basisdiensten van eHealth.

De overige welzijnsinstellingen maken voornamelijk gebruik van de Vlaamse tegenhanger van eHealth. Dit omdat de Vlaamse Overheid deze instellingen subsidieert. Vitalink maakt gebruik van enkele basisdiensten die door eHealth worden aangeboden. Zoals het RIZIV via eHealth voorzieningen voor zorgverstrekkers aanbiedt, zal Vitalink hetzelfde doen voor de Vlaamse welzijnssector. De informatie die gedeeld wordt met zorgverstrekkers blijft via eHealth verlopen. Alles wordt daarbij geïntegreerd zodat er geen dubbel werk is. Ook zal de identificatie van zorgverleners altijd via eHealth gebeuren. Via Vitalink wordt het in de toekomst mogelijk om een elektronisch thuiszorgdossier bij te houden en het zorgnetwerk van een cliënt te raadplegen. Vitalink zal bepaalde zaken instellen waarbij deze faciliteiten mogelijk zijn. De diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten is daar een van.

Instellingen zoals OCMW en de sociale diensten van de mutualiteiten (en binnenkort CAW) consulteren ten slotte ook de Kruispuntbank sociale zekerheid (KSZ) voor informatie-uitwisseling van demografische kenmerken in de sociale zekerheid. De KSZ is informatica-technisch volledig gescheiden van het eHealth-platform⁸¹.

Hieruit blijkt dat er voornamelijk binnen de welzijnssector een veelvoud van platformen worden gebruikt om gegevens te delen. Indien er gewerkt wordt met één systeem, zoals ICF, zou het efficiënter zijn om zoveel mogelijk dezelfde platformen te gebruiken. Dit zal ook de gebruiksvriendelijkheid van de registratiedossiers verhogen.

⁸⁰ Carenet. Technische informatie. Opgehaald op 10 oktober 2014, van http://www.carenet.be/nl/cin/TI/content/cin/technical_information/mycarenet

⁸¹ eHealth. (2014). *Wat is de relatie tussen het eHealth-platform en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid?* Opgehaald 4, aug, 2014 van <https://www.ehealth.fgov.be/nl/over-het-eHealth-platform/veelgestelde-vragen/relatie-tussen-ehealth-en-ksz>

6.3.3 Focus

ICF is een classificatie en methode voor het beschrijven van het functioneren van een persoon. ICF leent zich tot een cross-sectionele aanpak. ICF neemt als het ware 'een foto' van de 'huidige toestand' van het individu op één moment, en beschrijft deze over de verschillende componenten heen. De hulpvraag, de ziekte, het gezondheidsprobleem of aandoening wordt in de gehele context van de patiënt/cliënt gekaderd.

Enkel de focus van het systeem van VAPH lijkt volledig in lijn met ICF. Daar wordt de aard en de ernst van de handicap en de invloed hiervan op het functioneren, geregistreerd. Doel is de cliënt te kunnen voorzien van de juiste ondersteuning in de vorm van uitkering of plaatsing in de geschikte instelling. De procedure in het VAPH hanteert ook een cross-sectionele aanpak. De beslissing gebeurt eveneens op basis van 'een foto' van de 'huidige toestand'

Ook de socialistische mutualiteiten hanteren deels de cross-sectionele aanpak. Ze zien hun registratiesysteem als een werkinstrument om begeleiding, directe hulp of steun aan te bieden, waarbij de cliënten centraal staan. Tevens dient het om bepaalde informatie te rapporteren voor de Vlaamse Overheid. Men sluit geen dossiers per werkjaar af, maar zien het als een levenslange opvolging van een cliënt. De problematieken van de cliënt blijven in de historiek van het dossier, de begeleiding wordt afgesloten, maar blijft wel zichtbaar. De begeleiding is gebaseerd op een 'foto' van de cliënt op één moment. Al geeft de mutualiteit wel aan dat men geen verschillende problematieken op hetzelfde moment behandelt als hoofdprobleem.

De focus van de meeste andere welzijnsinstellingen ligt hoofdzakelijk op het opvolgen van de cliënt en de begeleiding van één van de hulpvragen per keer die een cliënt heeft. Het is niet gebruikelijk om meerdere hulpvragen tegelijkertijd te begeleiden. De problematiek van de cliënt wordt door de welzijnswerker wel uitgebreid gekaderd onder de vorm van vrije tekst.

De onderzochte systemen van de gezondheidssector zijn louter opgebouwd rond de registratie van ziektes en gezondheidsproblemen. Dit staat ook in contrast met de uitgebreide focus rond functioneren die ICF heeft. ICD-10 kan ook in een cross-sectionele aanpak gebruikt worden. Bij ICPC-2 is het eerder gebruikelijk om in episodes te werken, wat het omgekeerde is van cross-sectioneel. Episodegericht registreren vereist algemeen gezien dat de zorg- of hulpverlener alle gegevens van een patiënt verzamelt binnen een episode. Een episode is te zien als één probleem waarvoor de patiënt op één of meerdere consultatie(s) komt. Op die manier biedt een episode inzicht in het beloop van één gezondheidsprobleem.

Indien men een geïntegreerd systeem rond ICF zal ontwikkelen, zou de focus bij de andere instellingen ook moeten verschuiven naar het functioneren van de persoon, in plaats van de nadruk op de hulpvraag, de ziekte of het probleem. Tevens dient eerder een cross-sectionele aanpak ontwikkeld worden binnen de huidige systemen.

6.4 Tabel 2 Vergelijking registratie- en classificatiesystemen met de zes componenten van ICF

	Aandoeningen/ziekten	Functies	Anatomische eigenschappen	Activiteiten en participatie	Externe factoren	Persoonlijke factoren
ICF	<p>Geen specifieke classificatie</p> <p>voor de definiëring van ziekten of aandoeningen. Het is hiervoor aangewezen op het complementaire classificatiesysteem ICD-10</p>	<p>Aparte classificatie</p> <p>waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mentale functies 2. Sensorische functies en pijn 3. Stem en spraak 4. Functies van het hart en bloedvatenstelsel 5. Hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel 6. Functies van spijsverteringsstelsel 7. Metabool stelsel en hormoonstelsel 8. Functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies 9. Functies van beweging 10. Systeem en aan beweging verwante functies 11. Functies van huid en verwante structuren. 	<p>Aparte classificatie</p> <p>waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen anatomische eigenschappen van:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zenuwstelsel 2. Oog, oor en verwante structuren 3. Structuren betrokken bij stem en spraak 4. Hart en bloedvaten-stelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel, 5. Spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel 6. Urogenitaal stelsel 7. Structuren verwant aan beweging 8. Huid en verwante structuren. 	<p>Aparte classificatie</p> <p>met onderscheid tussen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leren en toepassen van kennis 2. Algemene taken en eisen 3. Communicatie 4. Mobiliteit 5. Zelfverzorging 6. Huishouden 7. Tussenmenselijke interacties en relaties 8. Belangrijke levensgebieden 9. Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven. 	<p>Aparte classificatie</p> <p>met onderscheid tussen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Producten en technologie 2. Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin 3. Ondersteuning en relaties 4. Attitudes 5. Diensten, systemen en beleid. 	<p>Geen classificatie</p> <p>van persoonlijk factoren, maar deze kunnen omschreven worden als kenmerken binnen het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand.</p> <p>Voorbeelden zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd - Ras - Geslacht - Ervaringen - Persoonlijkheid - Karakter - Opleiding - Bekwaamheden - Andere aandoeningen - Lichamelijke conditie in het algemeen - Levensstijl, -gewoonten - Opvoeding - Redzaamheid - Sociale achtergrond - Beroep - Ervaringen uit het heden en verleden
ICD-10	<p>Classificatie van ziektes en aandoeningen.</p> <p><i>Een lijst met de hoofdstukken is onderaan tabel 2 te zien in nota 1</i></p>	<p>Geen specifieke classificatie</p>	<p>Beperkte classificatie van afwijkingen en misvormingen onder hoofdstuk XVII van de ICD-10: 'Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom-afwijkingen'. (Nota 2 onderaan)</p>	<p>Geen specifieke classificatie</p>	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Hoofdstuk XIX: Letsels, vergiftiging en bepaalde</p>	<p>Geen specifieke classificatie voor het beschrijven van persoonlijke factoren.</p> <p>Binnen de classificatie komen wel enkele codes in aanmerking voor persoonlijke factoren</p>

	Aandoeningen/ziekten	Functies	Anatomische eigenschappen	Activiteiten en participatie	Externe factoren	Persoonlijke factoren
			Niet aangeboren anatomische eigenschappen hebben geen aparte classificatie in ICD-10.		andere oorzaken van externe factoren ⁸² . Hoofdstuk XX: Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte Hoofdstuk XXI: Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met de gezondheidszorg. <i>(Nota 3 onderaan)</i>	
ICPC-2	Classificatie: reden tot consultatie Hoofdstuk 1- 16 gaat over ziekte. <i>Een lijst met de hoofdstukken is onderaan tabel 2 te zien in nota 4.</i>	Beperkte classificatie: Voor elk van de 17 hoofdstukken is er code '28': functiebeperking/handicap. Hoofdstuk P: Psychische problemen, o.a.: - Slaapstoornis - Verminderd seksueel verlangen - Depressieve stoornis - Persoonlijkheidsstoornis - Fobie/dwangstoornis - Geheugenstoornis - Eetprobleem bij kind	Geen classificatie	Beperkte classificatie COOP/WONCA Charts: Functioneringsstatus: - Lichamelijke fitheid - Sociale activiteiten - Gemoedstoestand - Dagelijkse bezigheden - Algemene gezondheid	Beperkte classificatie: – Hoofdstuk Z: 'Sociale problemen' <i>(Nota 5 onderaan)</i>	Beperkte classificatie Hoofdstuk Psychische problemen: - Angstig/nervus/ gespannen gevoel - Acute stressreactie - Depressief gevoel - Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag - Zich oud voelen/gedragen Hoofdstuk Z: Sociale problemen

⁸² World Health Organization. (2010). Instruction manual ICD-10, Volume 2;113.

<p>CAW</p>	<p>Geen classificatie.</p> <p>Vermelding van bepaalde aandoeningen kan in vrije tekst indien dit noodzakelijk is voor het verloop van een kwaliteitsvolle hulpverlening (vb. vermelding van dementie).</p> <p>De problematieken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geestelijke gezondheid (bv DEPRESSIE) - Lichamelijke gezondheid 	<p>Geen classificatie</p> <p>Wel registratie van:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Geestelijk welzijn -Vermoeden van handicap 	<p>Geen classificatie</p>	<p>Geen classificatie</p>	<p>Beperkte classificatie van externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grafische voorstelling van het sociaal netwerk van de cliënt waardoor een linken met andere actoren gevisualiseerd worden (bv. met huisarts, school, maatschappelijk werker, ouders, ...). <p>De problematieken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materieel en financieel - Gezin en opvoeding - Intra familiaal geweld - Sociale situatie - Administratie en hulpverlening - Gerechtelijk en juridisch 	<p>Geen classificatie</p> <p>Wel worden demografische gegevens gevraagd bij de opmaak van het dossier.</p> <p>Verder kunnen ook inkomen gerelateerde gegevens worden geregistreerd.</p>
<p>OCMW</p>	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Sociaal verslag: gezondheid</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lichamelijke gezondheid - Geestelijke gezondheid - Handicap - Verslavingsindicatie - Arbeidsgeschiktheid - Vaste huisarts - Lopende behandelingen - Ziekteverzekerings-toestand 	<p>Geen classificatie</p>	<p>Geen classificatie</p>	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Sociaal verslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maatschappelijke participatie: mobiliteit, dag bezigheid, vrije tijd, sport, cultuur. 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Individueel dossier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkomsten - Uitgaven - Bezittingen - Schulden - Ziektefondsgegevens - Derden- en contactregistratie - Aanvraagregistratie - Voorstellenregistratie - Trajectregistratie - Klantenrekening - Subsidieadministratie - Schuldhulpverlenings-administratie <p>Sociaal verslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beknopte voorgeschiedenis - Budget - Energie (woonisolatie, verwarming, toestellen, licht, gas, elektriciteitsverbruik...) 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Individueel dossier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demografische gegevens - Burgerlijke staat - Eigendommen - Schulden - Opleiding/diplomaniveau - Beroepservaring - Talenkennis <p>Sociaal verslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezinstoestand - Verblijfsstatuut - Opleiding/competenties - Huidige studie - Werkervaring - Huidige tewerkstelling - Inschrijving als werkzoekende VDAB

					<ul style="list-style-type: none"> - Juridisch (blanco strafregister, echtscheiding, voorlopige maatregelen, lopend rechtsgeding) - Sociaal/relatieel ((ex-)partner, ouders, broers/zussen, onderhoud) - Kinderen - Rechtenonderzoek - Basisrichtlijn - Hulpverleningsplan - Geïndividualiseerd project voor Maatschappelijke integratie 	Mogelijk om extra gegevens op maat van de cliënt te registreren.
VAPH	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Stoorniscodes (in het registratieblad A en in het PAB-verslag).</p> <p>De lijst bevat een selectie van aandoeningen uit de ICD-10 en de DSM-IV classificaties om de algemene gezondheidstoestand na te gaan.</p>	<p>Classificatie:</p> <p>Het PAB-verslag neemt de volledige component ‘functies en functiestoornissen’ over van ICF.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handicapscores (Het registratieblad A en het PAB-verslag registreren de aard van handicap. Dit zijn de beperkingen die voortvloeien uit de stoornis. De hoofdcategorieën zijn: - Licht mentaal - Ernstig/diep mentaal - Blind of slechthoort - Motorisch A - Autismespectrum-stoornis - Matig mentaal - Gedrags- of emotionele stoornis - Gehoor- of spraakstoornis - Motorisch B 	<p>Classificatie:</p> <p>In het registratieblad A worden de motorische beperkingen van de cliënt geregistreerd onder functionaliteit: de aard (het lichaamsdeel) en de ernst van de motorische handicap</p>	<p>Classificatie</p> <p>Activiteiten en participatie (PAB-verslag. Idem ICF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leren en toepassen van kennis - Algemene taken en eisen - Communicatie - Mobiliteit - Zelfverzorging - Huishouden - Tussenmenselijke interacties en relaties - Belangrijke levensgebieden - Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven <p>Activiteit in het dagelijkse leven/ zelfredzaamheid (Registratieblad A, Barthelindexscore):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliteit - Zelfzorg 	<p>Geen classificatie</p> <p>Wel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschrijving van de sociale context – leefsituatie van de patiënt/cliënt (in het registratieblad B). <p>Uiteenzetting van de persoon en omgeving in PAB-verslag: individuele materiele bijstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanpassing woning - Mobiliteit - Communicatie - Toiletstoelen - Douchehulpmiddelen - Hulpmiddelen dagelijks leven - Speciale bedden, Anti-decubitus - Elektronische relaxzetels - Aangepaste stoelen en tafels - Lift-, til- en verplaatsingssystemen - Incontinentiemateriaal - Tolken - Hulp bij hogere studies - Andere 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Registratieblad A meet intelligentie aan de hand van een intelligentiequotiënt (IQ), ontwikkelingsniveau</p> <p>Het registratieblad B registreert de gevolgde schoolopleidingen.</p> <p>Het registratieblad C gaat de gevolgde loopbaan, de beroepsmogelijkheden en zorgbehoefte na.</p>

				- Incontinentie Beperkingen in psychosociaal functioneren (Registratieblad A)		
Integrale Jeugdhulp	Beperkte classificatie: CAP-J: Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren van jongere: Gehoorandoeningen Oogaandoeningen Spraakaandoening Motorische handicap. Problemen met een code die eindigt op .x zijn stoornissen gecodeerd met DSM I en de ICD-classificatie. Chronisch lichamelijke ziekte - Groep B100: opsomming van lichamelijke ziekten, aandoeningen en handicap	Beperkte classificatie CAP-J: As psychosociaal functioneren jongere: - Gedragsstoornis - Groep B300: 'Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten'.	Geen classificatie	Beperkte classificatie - 'Functioneren': het sociaal functioneren en de cognitieve ontwikkeling en vaardigheden. De CAP-J classificatie-codes (As C): - Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige	Beperkte classificatie De module 'Interventiesystemen' (Binc): gezinssituatie - Familiale context - Opvoedingsfiguren - Kansarmoede-indicatoren - Het functioneren van de jongere volgens het interventiesysteem - As D CAP-J: Gezin en opvoeding As E CAP-J: Jeugdige en omgeving.	Beperkte classificatie De module Administratieve gegevens: - Persoonlijke gegevens - Verblijfsgegevens - Verwijzingsgegevens De module Jongere - Schoolsituatie - Etnische origine CAP-J: As psychosociaal functioneren jongere
CLB	Beperkte classificatie Domein 3: Preventieve gezondheidszorg: - 3.1: Lichamelijke ontwikkeling - 3.2 Somatische problemen en afwijkingen: anatomische eigenschappen	Geen classificatie	Geen classificatie:	Beperkte classificatie - Domein 1: Leren en studeren - Domein 4: Psychosociaal functioneren	Beperkte classificatie Domein Psychosociaal functioneren: problemen thuis	Beperkte classificatie - Geslacht, - Ras - Verblijfsgegevens - Onderwijsloopbaan wordt in Domein 2 beschreven.

<p>Onafhankelijke/Liberale/ Neutrale mutualiteiten</p>	<p>Geen classificatie</p> <p>Een afvinklijst in het cliëntenprofiel m.b.t. gezondheidstoestand:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dementie - Chronisch ziek - Fysieke handicap - Mentale handicap - Meervoudige handicap - Fysiek ziek - Psychisch ziek - Ouderdoms-verschijnselen - Andere 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Indicaties zelfzorgvermogen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blok D Geestelijke gezondheid <p>Het domein/probleem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychische problemen - Seksualiteit 	<p>Geen classificatie</p>	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Cliëntenprofiel -</p> <p>Zorgbehoefte:</p> <p>De nood aan hulp die de cliënt nodig heeft om een 'normaal' dagelijks leven te kunnen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Armoederisico <p>Registratie van domein/hoofdprobleem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relationale problemen <p>Indicatiestelling: Zelfzorgvermogen-indicatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blok A Huishoudelijk A.D.L. - Blok B Lichamelijke A.D.L. - Blok C Sociale A.D.L. <p>Globaal klantendossier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeidsongeschiktheid 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Het cliëntenprofiel registreert verplichte gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verwijzingen - Type zorgverzekering - Tegemoetkomingen - Toeleidingen/sociaal netwerk - Inkomenssituatie <p>De hoofdprobleemcategorieën zijn o.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materieel - Relatie - Administratief-juridisch - Gezins hulp <p>De meeste domeinen/problemen hebben betrekking op externe factoren</p>	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Het cliëntprofiel registreert verplichte gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demografische gegevens - Culturele achtergrond - Scholingsgraad - Socio-economische situatie - Gezinsituatie <p>Het domein/probleem: persoonlijke problemen</p>
<p>Socialistische mutualiteiten</p>	<p>Geen specifieke classificatie</p> <p>Een afvinklijst in het cliëntenprofiel m.b.t. gezondheidstoestand:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dementie - Chronisch ziek - Fysieke handicap - Mentale handicap - Meervoudige handicap - Fysiek ziek - Psychisch ziek - Ouderdoms-verschijnselen - Andere - Kansarm 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Indicaties zelfzorgvermogen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blok D Geestelijke gezondheid <p>Het domein/probleem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychische problemen - Seksualiteit 	<p>Geen classificatie</p>	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Cliëntenprofiel -</p> <p>Zorgbehoefte:</p> <p>De nood aan hulp die de cliënt nodig heeft om een 'normaal' dagelijks leven te kunnen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Armoederisico <p>Indicatiestelling: Zelfzorgvermogen-indicatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blok A Huishoudelijk A.D.L. - Blok B Lichamelijke A.D.L. - Blok C Sociale A.D.L. 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Het cliëntenprofiel registreert verplichte gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verwijzingen - Type zorgverzekering - Tegemoetkomingen - Toeleidingen/sociaal netwerk - Inkomenssituatie <p>Lijst over aard van de relatie met gezinsleden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neutraal - Ondersteunend - Spanning <p>Lijst over aard van de steun die een cliënt ontvangt van gezinsleden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Advies en informatie 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Het cliëntprofiel registreert verplichte gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demografische gegevens - Culturele achtergrond - Scholingsgraad - Socio-economische situatie - Gezinsituatie <p>Het domein/probleem: persoonlijke problemen</p> <p>In stuk vrije tekst</p> <p>Empowerment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In staat keuzes te maken

					<ul style="list-style-type: none"> - Emotioneel gezelschap - Praktisch <p>Contactpersonen rond cliënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Professioneel - Niet-professioneel <p>De meeste domeinen/ problemen hebben betrekking op externe factoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gevolgen van keuzes te overzien - Beslissingen kunnen nemen - Voor zichzelf kunnen opkomen - Gehoord worden - Grenzen/beperkingen inzien
Christelijke mutualiteiten	<p>Geen specifieke classificatie</p> <p>Een afvinklijst in het cliëntenprofiel m.b.t. gezondheidstoestand:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dementie - Fysieke handicap - Fysiek ziek - Gezond en valide - Meervoudige handicap/ziekte - Mentale handicap - Onbekend - Ouderdoms-verschijnselen - Psychische problemen 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Indicaties zelfzorgvermogen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Blok D Geestelijke gezondheid <p>Het domein/probleem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychische problemen - Seksualiteit 	<p>Geen classificatie</p>	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Cliëntenprofiel - Zorgbehoefte:</p> <p>De nood aan hulp die de cliënt nodig heeft om een 'normaal' dagelijks leven te kunnen leiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Armoederisico <p>Indicatiestelling: Zelfzorgvermogen-indicatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blok A Huishoudelijk A.D.L. - Blok B Lichamelijke A.D.L. - Blok C Sociale A.D.L. 	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Het cliëntenprofiel registreert verplichte gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verwijzingen - Type zorgverzekering - Tegemoetkomingen - Toeleidingen/sociaal netwerk - Inkomenssituatie <p>Het type hulpvraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisvestingsproblemen - Relationale problemen - Opvangmogelijkheden <p>De meeste domeinen/problemen hebben betrekking op externe factoren</p>	<p>Beperkte classificatie</p> <p>Het cliëntenprofiel registreert verplichte gegevens over:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Demografische gegevens - Culturele achtergrond - Scholingsgraad - Socio-economische situatie - Gezinsituatie <p>Het domein/probleem: persoonlijke problemen</p> <p>Type hulpvraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persoonlijke problemen - Seksualiteit - Opleiding

Nota 1: ICD-10 hoofdstukken

Hoofdstuk	Categorie	Omschrijving
I	A00-B99	Infectieziekten en parasitaire aandoeningen
II	C00-D48	nieuwvormingen
III	D50-D89	Ziekten van bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van het immuunsysteem
IV	E00-E90	Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen
V	F00-F99	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen
VI	G00-G99	Ziekten van zenuwstelsel
VII	H00-H59	Ziekten van oog en adnexen
VIII	H60-H95	Ziekten van oor en processus mastoideus
IX	I00-I99	Ziekten van hart en vaatstelsel
X	J00-J99	Ziekten van ademhalingsstelsel
XI	K00-K93	Ziekten van spijsverteringsstelsel
XII	L00-L99	Ziekten van huid en subcutis
XIII	M00-M99	Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel
XIV	N00-N99	Ziekten van urogenitaal stelsel
XV	O00-O99	Zwangerschap, bevalling en kraambed
XVI	P00-P96	Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode
XVII	Q00-Q99	Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen
XVIII	R00-R99	Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geassocieerd
XIX	S00-T98	Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken
XX	V01-Y98	Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte
XXI	Z00-Z99	Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg
XXII	U00-U99	Coderingen voor speciale doeleinden

Nota 2: Hoofdstuk XVII Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen (ICD-10)

- Q00-Q07: Congenitale misvormingen van zenuwstelsel
- Q10-Q18: Congenitale misvormingen van oog, oor, aangezicht en hals
- Q20-Q28: Congenitale misvormingen van hart en vaatstelsel
- Q30-Q34: Congenitale misvormingen van ademhalingsstelsel
- Q35-Q37: Gespleten lip en gespleten gehemelte
- Q38-Q45: Overige congenitale misvormingen van spijsverteringsstelsel
- Q50-Q56: Congenitale misvormingen van geslachtsorganen
- Q60-Q64: Congenitale misvormingen van nier en urinewegen
- Q65-Q79: Congenitale misvormingen van botspierstelsel
- Q90-Q99: Chromosoomafwijkingen, niet elders geclassificeerd

Nota 3: Hoofdstukken XIX, XX en XXI van ICD-10Hoofdstuk XIX: Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken

- S00-S09: Letsels aan hoofd
- S10-S19: Letsels aan hals
- S20-S29: Letsels aan thorax
- S30-S39: Letsels aan buik, bekken, lumbale wervelkolom en onderste deel van rug
- S40-S49: Letsels aan schouder en bovenarm
- S50-S59: Letsels aan elleboog en onderarm
- S60-S69: Letsels aan pols en hand
- S70-S79: Letsels aan heup en bovenbeen
- S80-S89: Letsels aan knie en onderbeen
- S90-S99: Letsels aan enkel en voet
- T00-T07: Letsels van multipele lichaamsregio's
- T08-T14: Letsels aan niet gespecificeerd deel van romp, extremiteit of lichaamsregio
- T15-T19: Gevolgen van corpus alienum binnengedrongen via natuurlijke lichaamsopening
- T20-T32: Brandwonden en etsingen
- T33-T35: Bevriezing

T36-T50: Vergiftiging door geneesmiddelen en biologische stoffen

T51-T65: Toxische gevolgen van stoffen van overwegend niet-medicinale herkomst

T66-T78: Overige en niet gespecificeerde gevolgen van uitwendige oorzaken

T79: Bepaalde vroege complicaties van trauma, niet elders geclassificeerd

T80-T88: Complicaties van chirurgische en medische behandeling, niet elders geclassificeerd

T90-T98: Late gevolgen van letsels, van vergiftiging en van andere gevolgen van uitwendige oorzaken

Hoofdstuk XX: Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte

V01-X59: Ongevallen

V01-V99: Vervoersongevallen

W00-X59: Overige uitwendige oorzaken van letsel door ongeval

X60-X84: Opzettelijk zichzelf schade toebrengen

X85-Y09: Geweldpleging

Y10-Y34: Gebeurtenis waarvan niet duidelijk is of deze accidenteel of opzettelijk is ontstaan

Y35-Y36: Wettelijke interventie en oorlogshandelingen

Y40-Y84: Genees- en heilkundige behandeling als oorzaak van complicaties

Y85-Y89: Late gevolgen van uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte

Y90-Y98: Aanvullende factoren verband houdend met oorzaken van ziekte en sterfte, elders geclassificeerd

Hoofdstuk XXI: Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg

Z00-Z13: Personen die voor onderzoek in contact komen met gezondheidszorg

Z20-Z29: Personen met potentiële gezondheidsrisico's verband houdend met overdraagbare ziekten

Z30-Z39: Personen die in contact komen met gezondheidszorg wegens omstandigheden verband houdend met de voortplanting

Z40-Z54: Personen die in contact komen met gezondheidszorg voor specifieke verrichtingen en andere specifieke zorg

Z55-Z65: Personen met potentiële gezondheidsrisico's verband houdend met socio-economische en psychosociale omstandigheden

Z70-Z76: Personen die in contact komen met gezondheidszorg wegens overige omstandigheden

Z80-Z99: Personen met potentiële gezondheidsrisico's verband houdend met familie-anamnese en persoonlijke anamnese en bepaalde omstandigheden die de gezondheidstoestand beïnvloeden

Nota 4: 16 ICPC-2 hoofdstukken en componenten

- A: Algemeen
- B: Bloed, bloedvormende organen en immuun stelsel
- D: Spijsverteringsorganen
- F: Oog
- H: Oor
- K: Cardiovasculair stelsel
- L: Bewegingsapparaat
- N: Zenuwstelsel
- P: Psychische problemen
- R: Luchtwegen
- S: Huid
- T: Endocriene klieren, stofwisseling en voeding
- U: Urinewegen
- W: Zwangerschap, bevalling en geboorteregeling
- X: Geslachtsorganen vrouw, inclusief borsten
- Y: Geslachtsorganen man, inclusief borsten

De 7 componenten zijn:

- 1: Symptomen en klachten
- 2: Diagnostische/preventieve verrichtingen
- 3: Medicatie/therapeutische verrichtingen
- 4: Uitslagen van onderzoek
- 5: Administratieve verrichtingen
- 6: Verwijzingen/andere verrichtingen
- 7: Omschreven ziekten

Nota 5: Hoofdstuk Z: Sociale problemen (ICPC-2)

Z01 Armoede/financieel probleem

Z02 Probleem met voedsel/water

Z03 Probleem met huisvesting/buurt

Z04: Sociaal-cultureel probleem

Z05: Probleem met werk

Z06: Probleem met werkloosheid

Z07: Probleem met opleiding

Z08: Probleem met sociale zekerheid

Z09: Juridisch probleem

Z10: Probleem met gezondheidszorg

Z11: Probleem met ziek zijn/acceptatie ziekte

Z12: Relatieprobleem met partner

Z13: Probleem met gedrag partner

Z14: Probleem met ziekte van partner

Z15: Verlies/overlijden van partner

Z16: Relatieprobleem met kind

Z18: Probleem met ziekte van kind

Z19: Verlies/overlijden van kind

Z20: Relatieprobleem met ouders/familie

Z21: Probleem met gedrag ouders/familie

Z22: Probleem met ziekte van ouders/familie

Z23: Verlies/overlijden van ouders/familie

Z24: Relatieprobleem met vrienden

Z25: Aanranding/andere schadelijke gebeurtenis

Z27: Angst een sociaal probleem te hebben

Z28: Functiebeperking/handicap

Z29: Sociaal probleem niet anders omschreven

6.5 Reflecties uit tabel 2

De tweede tabel beschrijft de inhoudelijke overeenkomsten tussen de besproken registratiesystemen en ICF. Ze biedt een antwoord op onderzoeksvraag 2: **“Zijn er overeenkomsten tussen de gebruikte registratie- en classificatiesystemen en ICF?” en de deelvragen (2.a) Komen de algemene concepten van ICF voor in de huidige systemen? (2.b) Kunnen de ICF-codes gelinkt worden aan de registratieparameters uit de huidige registratiesystemen?** Daarbij wordt gekeken in welke mate de ICF-componenten Gezondheidstoestand (aandoeningen/ziektes), Functies, Anatomische eigenschappen, Activiteiten en participatie, Externe factoren en Persoonlijke factoren terug te vinden zijn bij de onderzochte registratie- of classificatiesystemen uit de gezondheids- en welzijnssector. Waar mogelijk, worden opties tot *mapping* tussen de parameters en de ICF-codes voorgesteld, op basis van eigen analyse van de systemen. De *mapping* is zeer exploratief. Er dient uitgebreid wetenschappelijk onderzoek te gebeuren vooraleer men definitieve linken kan leggen.

6.5.1 ICD-10

De ICD-10 classificatie die gebruikt wordt in de ziekenhuissector, legt de focus op het classificeren van ziekten en/of aandoeningen. ICF oriënteert zich op het beschrijven van het functioneren van een persoon en heeft geen diagnostiserend karakter. ICF kan als dusdanig niet rechtstreeks *gemapt* of geïmplementeerd worden in de diagnostische component van deze classificatie. Te meer omdat het functioneren van een persoon, zijn activiteiten en participatie, en persoonlijke factoren niet specifiek wordt geïmplementeerd in ICD-10.

Wat betreft linken met de ICF-component anatomische eigenschappen, heeft ICD-10 een hoofdstuk (XVII): Aangeboren afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen⁸³. Dit zijn afwijkingen en misvormingen van anatomische eigenschappen. De ICF-component anatomische eigenschappen die louter een beschrijving geeft van de anatomische eigenschappen van structuren kan hiermee niet *gemapt* worden, maar wel als complement dienen.

Wat betreft de externe factoren van ICF is er beperkte overlap te zien onder het ICD-10 hoofdstukken XIX: Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken, hoofdstuk XX: Externe oorzaken van ziekte en hoofdstuk XXI: Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg. De codes zijn allemaal gericht op een gezondheidsprobleem. De codes uit de ICF-component externe factoren maken die link niet.

De ICD-10 en ICF classificatie kunnen volgens de WHO wel complementair gebruikt worden met als doel een volledig beeld te construeren van de relatie tussen ziekte en functioneren. Het gezamenlijk gebruik van ICD-10 en ICF zou leiden tot een geïntegreerd gezondheidsinformatiemodel waar medische en gezondheidssystemen baat bij hebben. Tevens zou het de implementatie van een gestandaardiseerd elektronisch medisch dossier bevorderen en zo betere gezondheidszorg verzekeren (Escorpizo *et al.*, 2013). Dit complementaire aspect komt in Tabel 2 goed naar voren. Toch is er op heden geen standaardplatform ontwikkeld waarin ziekte en de impact hiervan op het functioneren gebruikt kan worden in een geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem (Escorpizo *et al.*, 2013).

⁸³ WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC) in the Netherlands. Browser – ICD10-nl.cla. Opgehaald op 28 november 2014 van <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICD10-nl.cla>

6.5.2 ICPC-2

De ICPC-2 classificatie richt zich onder andere ook op de 'redenen voor consultatie' bij patiënten van huisartsen. Daarom is de classificatie uitgebreider dan louter ziektes. ICPC-2 is slechts in beperkte mate te mappen met de ICF-componenten. Bijvoorbeeld, de ICF-component functies vinden we terug bij de component 28: functiebeperking die elk ICPC-2 hoofdstuk bevat. Het ICPC-2 hoofdstuk P: Psychische problemen, bevat onder andere ook codes over mentale stoornissen, verminderd seksueel verlangen, eetproblemen. Deze zaken zijn ook terug te vinden onder de ICF-component functies, omdat ze een achterliggend functioneringsprobleem bevatten. In datzelfde ICPC-hoofdstuk kunnen codes zoals angstig/nerveus/gespannen gevoel, acute stressreactie, depressief gevoel, prikkelbaar/boos, gevoel/gedrag, zich oud voelen/gedragen, eerder geplaatst worden onder de ICF-component persoonlijke factoren. De ICF-component externe factoren is te linken met bepaalde ICPC-2 codes uit hoofdstuk Z: Sociale problemen, zoals probleem met huisvesting, financieel probleem. Er is geen classificatie voor de ICF-componenten anatomische eigenschappen.

Tot slot zijn er geen ICPC-2 codes te vinden die te linken zijn aan de ICF-component activiteiten en participatie. Er bestaat wel een externe classificatie, m.n. de COOP/WONCA-kaarten (WONCA International Classification Committee, 2005). Deze COOP/WONCA-kaarten bevatten een inleidende zin over de lichamelijke fitheid, gemoedstoestand, dagelijkse bezigheden, sociale activiteiten, veranderingen in de gezondheidstoestand en algemene gezondheid. Vervolgens zijn er vijf antwoordmogelijkheden. Bijvoorbeeld de kaart 'Dagelijkse bezigheden' bevat de zin: 'Hoeveel moeite had u de afgelopen twee weken met uw dagelijkse bezigheden binnen- en buitenshuis als gevolg van lichamelijke of emotionele problemen?'. De antwoordcategorieën gaan van 'helemaal geen moeite hebben' tot 'zeer veel moeite'. Deze kaarten kunnen in verband worden gebracht met de ICF-*qualifiers* of beoordelingschalen. De schalen die door ICF gebruikt worden zijn in vergelijking met die van ICPC-2 veel uitgebreider, maar het gebruik ervan kan overwogen worden door huisartsen in de eerstelijnszorg. In de praktijk wordt dit niet toegepast.

Volgens Verbeke et al (2006) liggen de grootste mogelijkheden tot het koppelen van ICPC-2 met ICF, bij het doorlopen van de therapeutische en diagnostische procedures. ICF beschrijft geen procedures, maar kan overwogen worden bij het beschrijven van het resultaat van een onderzoek waardoor het kan fungeren als medisch bevinding. Verbeke *et al* (2006) merkt op dat de ICPC-2 classificatie zeer eenvoudig is om te begrijpen en dat deze eigenschap niet mag verloren gaan bij het koppelen van ICPC-2 aan ICF. Zo kan ICF fungeren als een descriptieve classificatie van het functioneren binnen de ICPC-classificatie. Onder een ICPC-2-code kan bijvoorbeeld een beschrijvend ICF-functioneringsconcept toegevoegd worden.

Er is sinds 2002 een project rond het linken van ICPC-2, ICD-10 en ICF opgestart in België en Nederland. Men tracht daarbij een selectie van ICF-codes (uit de componenten functies, activiteiten & participatie) te linken aan de 'reden tot contact' (codes 28: Functiebeperking/handicap) en de proces-codes 43 en 49 van alle ICPC-2 hoofdstukken⁸⁴.

⁸⁴ World Health Organization. (2004). Family of International Classifications Network Meeting Reykjavik, Iceland: Executive Summary.

6.5.3 CAW

Het gedeeld e-dossier (REGAS) van de sociale dienstverlening verstrekt door het CAW focust op vraaggericht en contextgericht werken. Het ondersteunt de systematiek in de hulverleningsprocessen⁸⁵. Wat we zien zijn de parameters 'geestelijk welzijn' en 'geestelijke gezondheid'. Die kunnen gerelateerd worden aan termen uit de groepen 'functies' en 'anatomische eigenschappen' van ICF. Activiteiten en participatie worden niet opgenomen. De externe factoren zijn wel uitgebreid in kaart gebracht, in de vorm van de parameters 'materieel en financieel', 'gezin en opvoeding', 'intra familiaal geweld', 'sociale situatie', 'administratie en hulpverlening', 'gerechtelijk en juridisch', allemaal categorieën die in verband kunnen worden gebracht met ICF-hoofdstukken uit de component externe factoren. Tot slot zien we bij persoonlijke factoren een lijst van demografische gegevens.

De financiële situatie kan onder verschillende ICF-codes geplaatst worden, zoals d870: Economische zelfstandigheid (component: activiteiten en participatie, hoofdstuk 8: Belangrijke levensgebieden), met als definitie: *"Beschikken over economische bronnen, privé bronnen of sociaal-maatschappelijke bronnen, om economische zekerheden veilig te stellen in verband met de huidige en toekomstige behoeften"*⁸⁶. Het past echter ook onder de codes e165: Activa, met de subcodes financiële activa, tastbare goederen, ontastbare goederen of anders gespecificeerd (ICF-component externe factoren, hoofdstuk 1: Producten en technologie). De definitie van Activa luidt: *"Producten of objecten van economische waarde zoals geld, goederen, eigendom en andere waardegooederen die iemand bezit of waarop hij of zij recht van gebruik heeft"*⁸⁷. Tot slot is het ook een persoonlijke factor, als de persoon in kwestie een eigen aandeel heeft in het al dan niet verwerven van een inkomen.

De code d870: Economische zelfstandigheid lijkt hierbij niet volledig op zijn plaats. Het representeert namelijk geen specifieke vaardigheid, om onder de ICF-component activiteiten en participatie te vallen. Parameters rond financiën worden beter gecodeerd onder e165: Activa. Indien men doelt op vaardigheden met betrekking tot financiële zaken, zijn volgende codes onder de component: activiteiten en participatie, hoofdstuk 8: Belangrijke levensgebieden, beter. Code d860: Basale financiële transacties: *"Activiteiten uitvoeren in het kader van eenvoudige financiële transacties, zoals geld gebruiken om voedsel te kopen of ruilhandel bedrijven, ruilen van goederen en diensten; of sparen"*. Ook de code d865: Complexe financiële transacties, met als definitie *"Activiteiten uitvoeren in het kader van complexe financiële transacties met kapitaal of bezit, en voordeel of economische waarde creëren, zoals een zaak, fabriek, of gereedschap kopen, een bankrekening beheren, of in aandelen handelen"*⁸⁸.

⁸⁵ Steunpunt Algemeen Welzijn. Presentatie Kick-off start E-dossier (19 maart 2013).

⁸⁶ Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2002). Internationale classificatie van het menselijk functioneren, p.168.

⁸⁷ Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2002). Internationale classificatie van het menselijk functioneren, p. 182.

⁸⁸ Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2002). Internationale classificatie van het menselijk functioneren, p. 167-168.

6.5.4 OCMW

Informatie uit het registratiesysteem Cevi-Logins dat gebruikt wordt door OCMW Leuven was moeilijk te verkrijgen via documenten. Bijgevolg zijn de registratieparameters door middel van email-contact met een stafmedewerker van OCMW Leuven, verkregen. De gezondheid van de cliënt wordt geregistreerd in het sociaal verslag. Het betreft ruime categorieën zoals lichamelijke en geestelijke gezondheid. Deze items zouden verder gespecificeerd kunnen worden onder de ICF-component gezondheidstoestand, met behulp van de ICD-10 classificatie. Het is niet duidelijk of dit relevant is binnen de werking van het OCMW. Andere items zoals handicap en verslavingsindicatie worden ook opgenomen onder 'gezondheid' in het sociaal verslag. In ICF wordt niet gewerkt met handicap, maar het refereert naar een functiebeperking. Het item past daarom beter onder de ICF-component functies (hoofdstuk 1: Mentale functies bij een mentale handicap, of hoofdstuk 7: Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies, hoofdstuk 2: Sensorische functies en pijn en hoofdstuk 3: Stem en spraak, indien het een fysieke handicap betreft). Ook de verslavingsindicatie is onder deze ICF-component te vinden, bij hoofdstuk 1: Mentale functies, code b1303: Hunkering, de dringende behoefte stoffen te nuttigen, inclusief stoffen die tot verslaving kunnen leiden.

Verder bevat gezondheid in OCMW ook de items arbeidsgeschiktheid, vaste huisarts, lopende behandelingen en ziekteverzekeringstoestand. In ICF worden deze zaken geclassificeerd onder de component Externe factoren. Het is daarom eerder vreemd dat het OCMW dit onder gezondheid ziet. Er kan aangenomen worden dat de instelling vanuit verschillende perspectieven de gezondheid van een cliënt observeert. Ook wordt in het sociaal verslag zaken geregistreerd rond maatschappelijke participatie zoals mobiliteit, dagelijkse bezigheid, vrije tijd, sport, cultuur. Dit past duidelijk onder de ICF-component Activiteiten en participatie.

Vervolgens wordt de externe omgeving uitgebreid geregistreerd in het sociaal verslag van het OCMW-dossier. Veel zaken uit het dossier passen onder het ICF-hoofdstuk 5: Diensten, systemen en beleid, zoals budget, juridische zaken (blanco strafregister, echtscheiding, voorlopige maatregelen, lopend rechtsgeding), rechtenonderzoek, basisrichtlijn, hulpverleningsplan en geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie. Andere items zoals energie (woonisolatie, verwarming, toestellen, licht, gas, elektriciteitsverbruik) kunnen geclassificeerd worden onder hoofdstuk 1: Producten en technologie. De items sociaal/relatieel en kinderen passen bij hoofdstuk 3: Ondersteuning en relaties.

Het individueel dossier bevat ook veel parameters die dezelfde ICF-component, meer bepaald hoofdstuk 5: Diensten, systemen en beleid, kunnen representeren. Dit zijn de registraties wat betreft inkomsten, uitgaven, bezittingen, schulden, ziekenfondsgegevens, derden- en contactregistratie, aanvraagregistratie, voorstellenregistratie, trajectregistratie, klantenrekening, subsidieadministratie en schuld-hulpverleningsadministratie.

Tot slot worden de persoonlijke factoren zowel binnen het individueel dossier als het sociaal verslag uitgebreid geregistreerd: demografische gegevens, opleiding, talenkennis, beroepservaring, eigendom, verblijfsstatuut, burgerlijke staat. Gezien de verschillende OCMW's met hun eigen programma werken, is deze informatie niet te veralgemenen. Enkel de officiële gegevens die worden gerapporteerd aan de overheid zijn een constante binnen alle OCMW-dossiers. Er is geen *mapping* gebeurd met ICF, noch zijn er proefprojecten lopende die ICF trachten te integreren in de registratiedossiers van OCMW's.

6.5.5 VAPH

In de welzijnssector wordt de meeste overeenstemming met ICF gevonden bij het registratiesysteem van het VAPH. Dit registratiesysteem vertoont gelijkenissen met de ICF-classificatie omdat de persoon, net als bij ICF, in zijn geheel wordt bekeken en men het functioneren in kaart brengt aan de hand van handicapcodes. De ICF-component Gezondheidstoestand wordt gecodeerd met ICD-10 codes. De ICF-componenten Functies en Activiteiten en participatie worden volledig overgenomen in het VAPH-dossier. Het VAPH maakt zoveel mogelijk gebruik van internationaal erkende definities en classificatiesystemen zoals ICF. ICF wordt niet alleen gebruikt voor classificerende doeleinden, maar biedt ook een bredere kijk op beperkingen en handicaps dan alleen het medisch aspect. Dit multidisciplinaire denken was vanaf de oprichting binnen het Vlaams Fonds aanwezig. Ook bijvoorbeeld bij het beoordelen van aanpassingen en hulpmiddelen wordt vooral gelet op activiteiten en participatiemogelijkheden⁸⁹.

Het PAB-verslag (inschalingsverslag) is net iets meer gericht op ICF dan het A.002-verslag (van het multidisciplinair team). Indien deze twee registratiedocumenten van het VAPH in dezelfde mate met het ICF-model zouden werken, kan het uitwisselen van gegevens tussen deze verslagen gemakkelijker verlopen zodat tijd gespaard wordt en de kwaliteit van de gegevens bewaard blijft. De Intersectorale Stuurgroep Diagnostiek en Indicatie, dat voor de periode 2012-2013 opgericht werd door het VAPH, schuift in zijn adviesrapport het gebruik van ICF als veelbelovend model naar voren. De voornaamste reden hiervoor is dat het een overkoepelend kader biedt en orde schept in de veelheid van modellen. ICF is wetenschappelijk onderbouwd, internationaal aanvaard en de stuurgroep ziet dat het model in Vlaanderen in meer en meer sectoren gebruikt wordt. (VAPH, mei 2013).

Toch zijn er ook verschillen te merken. De ICF-component anatomische eigenschappen is niet overgenomen. De aard van het lichaamsdeel wordt enkel in registratieblad A geregistreerd, samen met de ernst van de motorische handicap. Externe factoren komen in het VAPH-dossier niet voor als ICF-codes. Er wordt wel een uitgebreid verslag gemaakt over de sociale context, leefsituatie en de persoon en zijn omgeving. Dat laatste bevat voornamelijk zaken rond individuele materiele bijstand, zoals aanpassing van de woning, douchehulpmiddelen, speciale bedden. De ICF-codes onder hoofdstuk 1: Producten en technologie zijn hiermee te *mappen*.

6.5.6 Integrale Jeugdhulp

He registratiesystemen van de Integrale Jeugdhulp heeft voornamelijk door de uitgebreide CAP-J classificatie een groter raakvlak met ICF. CAP-J gebruikt de assen: (A) Psychosociaal functioneren jeugdige; (B) Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige; (C) Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige; (D) Gezin en opvoeding; (E) Jeugdige en omgeving. De A-as bevat elementen over problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteitsontwikkeling, emotionele en gedragsproblemen, gebruik van middelen/verslaving en overige psychosociale problemen. Die zaken passen zowel bij de ICF-component persoonlijke factoren als het gaat over coping strategieën. De elementen uit As A passen ook bij de ICF-component functies, onder b126-code: Temperament en persoonlijkheid. Die factoren worden verondersteld aangeboren te zijn. De stoornissen die onder de A-as vallen kunnen ook gelinkt worden met diezelfde ICF-component.

⁸⁹ Vanackere, S. Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en gezin. (2008). Antwoord op vraag nr. 183 va 24 april 2008 van Elke Roex.

As B betreft gezondheidselementen, overgenomen uit de DSM IV en ICD-classificaties. Dit is compatibel met ICF, gezien ICF ook beroep doet op ICD-10 voor de component gezondheidstoestand. As C bevat met de subgroepen 'Problemen in de cognitieve ontwikkeling', 'Problemen met vaardigheden' en 'Overige problemen', veel codes die overeenstemmen met de ICF-component activiteiten en participatie. De eerstgenoemde subgroep bevat elementen (zoals hoofbegaafdheid, sociale aanpassingsvermogen) die evengoed een samenhang zijn van omgevingsfactoren (school, thuissituatie) en persoonlijke factoren. De laatstgenoemde subgroepen wijzen op specifieke sociale, communicatie en motorische vaardigheden, te relateren aan hoofdstuk 1: Leren en toepassen van kennis, Hoofdstuk 3: Communicatie, Hoofdstuk 7: Tussenmenselijke interacties en relaties, en Hoofdstuk 9: Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven van de ICF-component activiteiten en Participatie. Binnen de C-as komen ook verschillende stoornissen voor, die gecodeerd worden met DSM IV en ICD. Deze stoornissen zijn eerder te plaatsten onder de ICF-component functies.

Tot slot past de D-as Gezin en opvoeding en de E-as Jeugdige en omgeving bij de ICF-component externe factoren. De D-as bevat voornamelijk subgroepen de relatie tussen de jeugdige en zijn/haar gezinsleden en de gezinssituatie. Hoofdstuk 3: Ondersteuning en relaties (ICF-component externe factoren) is hiermee compatibel. De E-as behandelt problemen op de werkvloer, in de school en met de sociale omgeving van de jeugdige. Hetzelfde ICF-hoofdstuk is hierop ook van toepassing.

Naast CAP-J werkt Integrale Jeugdhulp ook met andere parameters. De demografische factoren worden ondergebracht in de modules 'Administratieve gegevens' (verblijfs- en verwijzingsgegevens) en de module 'Jongere (schoolsituatie, etnische origine)'. De BINC-module Interventiesystemen bevat ook veel contextinformatie (kansarmoede-indicatoren, familiale context, opvoeding). Het volledige registratiesysteem van Integrale Jeugdhulp correspondeert bijgevolg relatief goed met de insteek van de ICF-classificatie. Op verschillende vlakken is er comptabiliteit. CAP-J is echter niet op dezelfde manier gestructureerd. Stoornissen komen bijvoorbeeld onder de verschillende assen voor, terwijl bij ICF die enkel onder functies staan. Het kan interessant zijn voor Integrale Jeugdhulp om hun classificatie te herstructureren volgens de ICF-componenten, zonder daarbij huidige parameters weg te laten.

6.5.7 CLB

Bij het registratiesysteem van de CLB is er in mindere mate overeenstemming terug te vinden met het ICF-model. Aandacht voor het psychosociaal functioneren (te relateren aan de ICF-component: activiteiten en participatie) van de minderjarige is aanwezig. Ook de lichamelijke ontwikkeling en somatische problemen en afwijkingen in de anatomische eigenschappen worden meegenomen. Die zijn te relateren aan ICD-10, of de ICF-component gezondheidstoestand. De afvinklijsten zijn vrij beperkt opgemaakt. CLB kan baat hebben bij een ruimere implementatie van ICF in hun systeem. ICF kan zo het functioneren van kinderen gedetailleerder in beeld brengen waardoor men de kinderen/jongeren beter kan begeleiden in bijvoorbeeld de verwijzing naar de juiste jeugdzorg of het kiezen van de gepaste schoolopleiding. Een biopsychosociaal model zoals ICF, focust op concrete functiebeperkingen en participatieproblemen waardoor de onderwijs- en opvoedingsbehoeften nauwkeuriger bepaald kunnen worden. De onderverdeling externe en persoonlijke factoren dienen ook overwogen te worden aangezien de fysieke en sociale omgeving, en de individuele achtergrond, belangrijke factoren vormen in de ontwikkeling van kinderen en jongvolwassenen. Intussen is het CLB al geruime tijd bezig een systeem te maken om de inhoudelijke componenten van ICF te gebruiken voor het multidisciplinair overleg. Verder in dit rapport wordt het verloop en de inhoud ervan toegelicht.

6.5.8 Diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten

Voor de indicatiestelling zelfzorgvermogen die alle mutualiteiten verplicht dienen te registreren voor de Vlaamse overheid wordt een onderscheid gemaakt in drie blokken rond *Activities of Daily Life* (blok A: Huishoudelijk, blok B: Lichamelijk en blok C: Sociale) en één blok Geestelijk gezondheid (blok D).

Blok A, B en C kunnen geplaatst worden onder ICF-component activiteiten en participatie. De drie blokken geven vrij uitgebreide activiteiten en participatie-items weer zoals onderhoud, de was, strijk, boodschappen, maaltijden (blok A). Die zijn ook terug te vinden onder hoofdstuk 6: Huishouden (ICF-component activiteiten en participatie). Blok B bevat items zoals wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, incontinentie en eten. ICF- hoofdstuk 5: zelfverzorging correspondeert hiermee. Blok C omvat sociaal verlies, trouw aan therapie, veiligheid in en om het huis, administratie, opvang kinderen en hygiënische verzorging van kinderen. Deze items zijn te vinden onder de ICF-hoofdstukken 7: tussenmenselijke interacties en relaties en hoofdstuk 8: Belangrijke levensgebieden (Beroep en werk en Economisch leven).

Blok D omvat de geestelijke gezondheid, met items zoals desoriëntatie in tijd, personen en ruimte, storend en *initiatiefloos* gedrag, neerslachtige en angstige stemming. Deze items passen het best onder ICF-component functies, hoofdstuk 1: Mentale functies (Ervaren van zelf en tijd, stemming). Toch kan dit ook gezien worden als persoonlijke factoren, indien het gedrag of de stemming eerder coping strategieën zijn.

Verder worden binnen het cliëntenprofiel bij alle mutualiteiten een reeks persoonlijke factoren geregistreerd, zoals aanmeldingsgegevens, culturele achtergrond, scholingsgraad, socio-economische situatie, gezinssituatie.

Vervolgens wordt ook het armoederisico geregistreerd. Deze factor heeft de omschrijving: *“mensen die door hun financiële situatie dreigen om niet meer in hun basisbehoeften te kunnen voorzien”*. Dat is duidelijk te relateren aan code d870: Economische zelfstandigheid uit hoofdstuk 8: belangrijke levensgebieden van de ICF-component activiteiten en participatie. Onder diezelfde component kan de factor zorgbehoefte uit het cliëntenprofiel geplaatst worden. Zorgbehoefte betreft *“de nood aan hulp die de cliënt nodig heeft om een ‘normaal’ dagelijks leven te kunnen leiden”*. Daarin wordt gekeken in welke mate men afhankelijk of zelfredzaam is bij dagelijkse handelingen. ICF plaatst ‘redzaamheid’ ook onder persoonlijke factoren.

Ook registreert men veel contextfactoren binnen het cliëntenprofiel: verwijzingen, type zorgverzekering, tegemoetkomingen, toeleidingen/sociaal netwerk. Dit past bij de ICF-component Externe factoren, hoofdstuk 5: Diensten, systemen en beleid. Ook de hoofdcategorieproblemen: materieel, administratief-juridisch en gezinshulp passen onder diezelfde component. De inkomenssituatie wordt bij ICF niet onder persoonlijk factoren geplaatst, maar is wel terug te vinden bij externe factoren, onder hoofdstuk 1: producten en technologie, code e165: Activa.

Tot slot wordt de gezondheidstoestand in het cliëntenprofiel opgenomen. Dit omvat dementie, fysieke handicap, fysiek ziek, gezond en valide, meervoudige handicap/ziekte, mentale handicap, onbekend, ouderdomsverschijnselen en psychische problemen. De gezondheidszaken rond mentale handicap en psychische problemen lijken eerder te passen onder de ICF-component functies (Hoofdstuk 1: mentale functies). Fysieke handicap valt daarbij onder hoofdstuk 7: functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies. Het is niet volledig duidelijk waaronder de handicaps vallen, aangezien ICF die term niet gebruikt.

Wat betreft de hoofdproblemen/domeinen binnen de dossiers van de mutualiteit is een groot deel te classificeren onder de ICF-component externe factoren, hoofdstuk 5: Diensten, systemen en beleid. Dat betreft arbeidsaangelegenheden, arbeidsongevallen, beroepsziekten, diensten of premies uit de mutualiteits-diensten en –voordelen, fonds Hulp aan Zieken, gezinsbijslag, huisvestingsproblemen, juridische problemen, opvangmogelijkheden, pensioenen, tijdsbesteding, slachtofferhulp, sociale verzekering zelfstandigen, sociale voorzieningen/snippervoorzieningen, tegemoetkoming aan personen met een handicap, thuiszorg, VAPH, ZIV uitkering, ZIV verzekering, zorgverzekering, migratie, opleiding, inkomen en armoede. De uitkeringen, voorzieningen en verzekeringen specifiek voor Vlaanderen en België worden wel niet weergegeven in de meer algemene categorieën van ICF-component externe factoren.

De hoofdproblemen/domeinen ‘relationele problemen’ vindt overeenstemming bij de ICF-component activiteiten en participatie. Al kan het ‘relationele problemen’ ook onder externe factoren behoren, indien het eerder ondersteuning van derden/familie/vrienden betreft. Er wordt verondersteld dat ‘een relatie’ eerder betrekking heeft op hoe de cliënt in kwestie zelf omgaat met gezinsleden, derden of naasten. Dit zal dus eerder bij de ICF-component activiteiten en participatie horen. Andere hoofdproblemen zoals ‘seksualiteit’ en ‘psychische problemen’ is eerder te zien als een ICF-functie. Tot slot valt het hoofdprobleem ‘persoonlijke problemen’ onder de ICF-component persoonlijke factoren.

6.5.9 Liberale/onafhankelijke/Vlaamse mutualiteit en de Christelijke mutualiteiten

De liberale/onafhankelijke/Vlaamse mutualiteiten werken met het Sociaal Klantendossier en de software AS400. De Christelijke mutualiteit werkt met Xrm. Beide registratiesystemen verschillen van elkaar, maar volgen voornamelijk de verplichte registraties van de Vlaamse overheid. Bijgevolg zijn geen verdere opmerkingen meer te geven over deze registratiesystemen dan de informatie uit punt 5.8. Diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten.

6.5.10 Socialistische mutualiteiten

Binnen de socialistische mutualiteit heeft men bij de gezondheidstoestand, de groep ‘kansarm’ toegevoegd. De definitie die de mutualiteit daaraan geeft, luidt: *“De cliënt bevindt zich in een langdurige toestand van onvoldoende kansen hebben op verschillende terreinen, zowel materieel als immaterieel, zoals o.a. huisvesting, opleiding, inkomen en arbeid, gezondheid”*. Van Daele omschrijft kansarm als ‘weinig kansen krijsend (in het onderwijs, in het beroepsleven)’. Binnen de verschillende instellingen is er geen eenduidige definitie van kansarm te vinden. Men geeft een eigen invulling aan kansarm, te zien in figuur 17.

SIF-kansarmoede-indicatoren	Criteria kansarm gezin Kind&Gezin
<ul style="list-style-type: none"> • (aantal) bestaansminimumtrekker(s) • (aantal) kinderen tussen 0 en 19 jaar die wonen bij een alleenstaande ouder • (aantal) jongeren in Bijzondere Jeugdbijstand • (aantal) mensen met een WIGW-statuut (weduwen, invaliden, gehandicapten en wezen) • (aantal) UVW (uitkeringsgerechtigde volledig werklozen) • (aantal) kinderen geboren in een kansarm gezin • (aantal) woning(en) zonder klein comfort • (aantal) sociaal huurappartementen • (aantal) migranten 	<ul style="list-style-type: none"> • beschikbaar maandinkomen lager dan 595 euro • opleiding van één v/d ouders lager of gelijk aan basisonderwijs, beroepsonderwijs, buitengewoon onderwijs of analfabeet • de ontwikkeling v/d kinderen in het gezin is laag • de arbeidssituatie v/d ouders is precair, werkloosheid of in een beschutte werkplaats • de huisvesting is onaangepast • de gezondheid is zwak, gehandicapt, oneigenlijk gebruik v/d gezondheidszorg

Figuur 17 Criteria voor kansarmoede, volgens respectievelijk het Sociaal Impulsfonds (SIF) en Kind & Gezin⁹⁰

Uit datzelfde document blijkt dat de meest voorkomende indicatoren de volgende zijn: een laag inkomen, een laag ontwikkelings- of opleidingsniveau, een precaire arbeidssituatie, een weinig comfortabele woonomgeving en gezondheidsproblemen. Dit komt overeen met de definitie van de socialistische mutualiteit. Men vat samen dat kansarme groepen herkenbaar zijn door de aanwezigheid van één of meerdere van deze kenmerken. Het blijft mogelijk dat een persoon die zich in deze omstandigheden bevindt, zich toch weet te redden en zich daardoor niet kansarm voelt. Dit toont aan hoe diffuus het begrip 'kansarm' is. De socialistische mutualiteiten zet de doelgroepen onder gezondheidstoestand. Dit klopt echter niet volledig met bovenstaande definitie.

Om deze doelgroep vervolgens te mappen met een bepaalde ICF-component is ook niet mogelijk. Eerder lijkt het aangewezen om de situatie van een kansarme te omschrijven met behulp van verschillende ICF-componenten. Zo vallen gezondheidsproblemen onder de ICF-component: gezondheidstoestand. Een laag inkomen en een laag ontwikkelings- of opleidingsniveau kan men zien onder de ICF-component persoonlijke factoren. Een laag inkomen past ook, afhankelijk van de situatie bij externe factoren. Onder diezelfde component past een weinig comfortabele woonomgeving, dat overeenkomt met codes onder hoofdstuk 1: Producten en technologie, e115: Producten en technologie voor persoonlijk gebruik in het dagelijks leven en e120: Producten en technologie voor verplaatsing van personen binnenshuis en buitenshuis en voor vervoer.

Een precaire arbeidssituatie lijkt ook eerder te passen onder de ICF-component persoonlijke factoren, indien men zelf een aandeel heeft in de eigen werksituatie. Het kan ook een externe factor zijn (zoals in ICF). Dit in situaties waarbij de persoon in kwestie door externe omstandigheden niet kan werken onder correcte arbeidsvoorwaarden. De code e590 onder hoofdstuk 5: Diensten, systemen en beleid (Externe factoren), past in dit opzicht onder die situatie. De definitie ervan is: "Voorzieningen, systemen en beleid gerelateerd aan het vinden van geschikt werk voor mensen die werkeloos zijn of op zoek zijn naar ander werk, of het ondersteunen van mensen die al werk hebben maar die promotie willen"⁹¹. Samengevat lijkt

⁹⁰ Memori. Brochure Beter communiceren met kansarmen: Elkaar vinden, Bouwstenen voor het communiceren met kansarme doelgroepen. Deze handleiding is gebaseerd op de resultaten van het onderzoeksrapport 'Overheidscommunicatie voor kansarme doelgroepen. Opgehaald op 25 november, 2014 van www.memori.be.

⁹¹ Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2002). Internationale classificatie van het menselijk functioneren, p. 206-208.

het beter om de ICF-codes en het ICF-denkkader eerder te gebruiken om de kansarme situatie van die persoon in kwestie uitgebreid te omschrijven. De component activiteiten en participatie kan men vervolgens aanwenden om specifieke doelen te definiëren die de situatie van de kansarme verbeteren.

Bij de socialistische mutualiteit is er ook de mogelijkheid om in een stuk vrije tekst de *empowerment* van een cliënt te noteren: of de cliënt in staat is keuzes te maken, gevolgen van de keuze te overzien, beslissingen kunnen nemen, voor zichzelf kunnen opkomen, gehoord worden, grenzen/ beperkingen kunnen inzien. Dit kan gelinkt worden aan volgende ICF-codes en termen. Binnen de component activiteiten & participatie: d177: Besluiten nemen; D163: Denken, D175: Problemen oplossen. In hoofdstuk functies lijkt b180: Ervaren van tijd en zelf, b1644: Inzicht en b1645: Beoordelingsvermogen hierop ook van toepassing. Toch wordt gedacht dat dit meer betrekking heeft op coping strategieën en redzaamheid. In dat geval past het eerder onder persoonlijke factoren.

Tot slot wordt er specifiek een parameter gevraagd over de aard van de relatie met gezinsleden (neutraal, ondersteunend, spanning) en de aard van de steun die een cliënt ontvangt van gezinsleden (advies en informatie, emotioneel gezelschap, praktisch). Dit is ook te zien bij de ICF-component externe factoren, hoofdstuk 3: Ondersteuning en relaties, code e310: Naaste familie. De contactpersonen rond de cliënt worden ook geregistreerd als professioneel of niet-professioneel. Dat valt onder hetzelfde ICF-hoofdstuk.

6.5.11 Besluit

De analyses op tabel 2 geven als besluit dat de systemen uit de gezondheidssector voornamelijk veel gegevens aanleveren die geplaatst kan worden onder de ICF-component gezondheidstoestand, zoals ziektes en aandoeningen. In beperkte mate zijn overeenkomsten te vinden met de ICF-componenten functies en anatomische eigenschappen. De systemen uit de welzijnssector registreren voornamelijk gegevens die men kan linken met de ICF-componenten externe en persoonlijke factoren. Activiteiten en participatie, en functies zijn de overige ICF-componenten die af en toe terug te vinden zijn in deze systemen. Het systeem van VAPH is het enige dat op quasi alle ICF-componenten registreert. Het maakt daarbij gebruik van enkele ICF-classificaties.

Toch kan geconcludeerd worden dat beide sectoren enigszins dezelfde doelstelling van hun registratie hebben, met name om de activiteiten en participatie van hun cliënt/patiënt te verbeteren. Dit wordt niet weergegeven in registratieparameters, maar eerder door middel van concrete begeleiding en zorg uitgevoerd. De ICF-classificatie kan hier een goede insteek vormen om dit te formaliseren in codes, of om de inhoud van de begeleiding en zorg beter vorm te geven, door middel van het ICF-denkkader.

Hoofdstuk 7

Resultaten actieonderzoek en diepte-interviews met stakeholders

In dit tweede deel van de resultaten wordt de input uit de diepte-interviews met stakeholders en de semigestructureerde interviews en focusgroepen met het werkveld geanalyseerd. Deze worden samen besproken gezien de meningen en topics van de verschillende participanten overlappend waren. Dit deel biedt een dieper inzicht in de visie op ICF en daarmee gepaard gaande noden en bedenkingen die men heeft met oog op de implementatie van ICF in de huidige registratiesystemen. Daarnaast worden suggesties van de respondenten over mogelijke toepassingen van ICF weergegeven.

Vervolgens bekijken we hoe de huidige (proef-)projecten rond ICF verlopen binnen gezondheids- en welzijn. Dan worden formaliteiten zoals het wettelijk kader, de mogelijkheid tot *mapping* tussen ICF en de huidige systemen, het gebruik van ICT en software, en de rol van de platforms besproken. Tot slot is de samenhang tussen SNOMED CT en ICF en tussen de InterRAI en ICF weergegeven in een volgend stuk.

7.1 Haalbaarheid ICF

In volgende paragrafen wordt data uit de interviews en focusgesprekken met het werkveld en de diepte-interviews met de stakeholders weergegeven. De informatie heeft betrekking op hun visie wat betreft de haalbaarheid van ICF op praktisch vlak als het wordt toegepast binnen de gezondheids- en welzijnssector. Dit deel geeft antwoord op onderzoeksvraag 3: ***‘Hoe staat de gezondheid- en welzijnszorgsector tegenover een harmonisering en integratie van ICF in de bestaande systemen’, deelvraag (3.a) ‘Wat zien het werkveld en de stakeholders als de belangrijkste positieve elementen en belemmeringen’.***

7.1.1 Opleiding nodig

Een facet dat aan bod komt is de nood aan opleiding om zowel het denken in het model van ICF als het gebruik van de codes meester te worden. Een huisarts (respondent werkveld nr. 20) wijst daarbij op het feit dat *“[...] er een operator bias is. Elke operator heeft zijn eigen invulling van de codering hé. En daarvoor moet er een goede opleiding zijn om een beetje uniformiteit te hebben. Omdat – een patiënt komt bij mij met een probleem, en ik ga hem op dat moment coderen. Maar als ik vraag aan een collega: hoe ga jij dat coderen, dan zal die mij al een ander antwoord geven dan als ik dat codeer. Vooral met die sociale sector. Allez, een pneumonie is een pneumonie, maar iemand die bij het OCMW is, en die huisvestingsproblemen heeft”.*

De bedenking is voornamelijk gelinkt aan het linken van de codes en de inhoudelijke interpretatie ervan zoals het verschil zien tussen ‘activiteiten’ en ‘functies’, een beschrijving van een persoon omzetten in ICF. Dit neemt veel tijd in beslag om aan te leren, zeker als men een tiental personen per dag moet registreren. Ook vanuit het proefproject bij het CLB wordt aangegeven dat het “leren denken in het ICF-model” een volledig nieuwe denkwijze vereist. Die denkwijze ontwikkelt zich pas ten volle na veelvuldig oefenen. In dat opzicht lijkt het een tijdrovende en zo ook dure investering om ICF in elke instelling apart te onderrichten. Ook geven enkele respondenten uit het werkveld aan dat het werk niet mag lijden onder het aanleren van een nieuw systeem, gezien er zo minder energie kan gaan naar het begeleiden van de cliënt/patiënt.

Een oplossing op de lange termijn is de integratie van ICF in bepaalde opleidingen (zoals Bachelor en Master Verpleegkunde, Master Geneeskunde, Master Revalidatiewetenschappen, Bachelor en Master Sociaal Werk, Bachelor en Master Ergotherapie...) aan de Hogescholen en Universiteiten. Op dit moment wordt ICF opgenomen in de opleiding Geneeskunde (Universiteit Gent), en in de master Management en beleid in de gezondheidszorg (Universiteit Gent), binnen het opleidingsonderdeel 'Veranderingsmanagement in de gezondheidszorg'. Ook de opleidingen 'Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie' en Ergotherapie (Universiteit Gent) nemen ICF binnenkort op in hun curriculum. Op die manier hoeven de instellingen zelf op lange termijn de opleidingsinvestering niet maken.

Een huisarts (respondent werkveld nr. 22) dankt bijvoorbeeld haar kennis over het classificatiesysteem ICPC-2 aan een stage in het buitenland binnen haar opleiding, waar ze moest coderen met dit systeem. Zo vertoont tijdens het interview duidelijk meer kennis, affiniteit en inzet om te werken met ICPC-2 dan andere ondervraagde respondenten. Eenzelfde niveau van kennis over ICF zouden toekomstige zorg- en hulpverleners kunnen krijgen, indien ICF wordt ingepast in bepaalde opleidingen. Een andere respondent (stakeholder nr. 11) ziet via opleiding een mogelijkheid om de subjectieve evaluatie van de *qualifiers* beter mee te nemen, zodat de zorg- en hulpverleners op het moment ze tewerkgesteld zijn, al vlot met de *qualifiers* kunnen werken.

ICF valt onder een licentie. Daarom kan het enkel door een officiële ICF-trainer aangeleerd worden. Indien men ICF zou toepassen, dienen enkele mensen binnen de gezondheids- of welzijnsinstelling deze opleiding te volgen. Dit kan onder andere aan het Nederlandse WHO-FIC Collaborating Centre in het Rijksinstituut voor Volks- gezondheid en Milieu te Nederland of via de ad hoc werkgroep 'ICF-Platform voor Nederlandstalig België'⁹², die gelinkt is aan het Collaborating Centre. Dit is een opleiding die in verschillende modules gevolgd kan worden. Zo kunnen de andere zorg- en hulpverleners binnen de instellingen opgeleid worden door collega's die gecertificeerde ICF-trainers zijn. Onder andere verschillende revalidatiecentra, CLB, VDAB en VAPH hebben reeds mensen die opleiding laten volgen.

De respondenten die op dit moment met nieuwe elektronische registratiesystemen werken, geven aan dat eenmalige opleidingen niet voldoende zijn om iedereen direct op weg te zetten. Gedurende maanden na het in voege gaan van een nieuw programma blijven er veel vragen vanuit het werkveld komen. Binnen deze instellingen worden voor een bepaalde termijn enkele mensen aangesteld die als coach kunnen helpen bij al de vragen. Indien ICF zal worden toegepast, zal dit ook noodzakelijk zijn. Bij de huisartsen worden geregeld studiedagen georganiseerd om nieuwe systemen te leren kennen. Ook zijn er bijvoorbeeld e-modules van het RIZIV beschikbaar waarbij men via *e-learning* nieuwe systemen kan leren kennen. Dit kan misschien een insteek zijn om ICF aan te leren. Al zegt een huisarts (respondent werkveld nr. 19) dat hij voornamelijk bijleert door zelf handleidingen te lezen en in de praktijk dingen uit te proberen. Het werken met ICF zal bijgevolg waarschijnlijk ook afhangen van de individuele inzet van de zorg- en welzijnswerkers om het te willen leren. Ook lijkt er bij de oudere respondenten meer weerstand om hun huidige manier van werken om te zetten naar een nieuw systeem rond ICF.

Een bijkomende vereiste is dat binnen de verschillende sectoren, de ICF-opleiding op dezelfde manier moet worden aangeleerd. Een respondent (stakeholder nr. 18) stelt in die optiek voor om een onafhankelijk terminologiecentrum op te richten, dat kan aangeven of de projecten rond ICF waarmee

⁹² Verzekeringsgeneeskunde Vlaanderen. Opleiding International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Opgehaald 29 oktober 2014 van <http://www.verzekeringsgeneeskundevlaanderen.be/assets/upload/ICFopleiding.pdf>

verschillende instellingen bezig zijn, goed worden aangepakt en iedereen op dezelfde manier ICF uitvoert. iMinds Health, het expertisecentrum om het gebruik van ICT in de zorg te subsidiëren, dat nu wordt opgericht vanuit de federale en Vlaamse overheid, kan deze verantwoordelijkheid opnemen. Een ander voorbeeld is de supervisiegroep die rond ICF is opgericht in Gent. Daar komen verschillende ICF-experts geregeld samen om de toepassing van ICF te bespreken binnen de ambulante revalidatie.

7.1.2 Financieel haalbaar

Een tweede bedenking die enigszins samenvalt met de nood aan opleiding is het financieren van (de opleiding van) ICF: *“het zal heel veel inspanning vergen om de kwaliteit op zijn minst te behouden ten opzichte van de huidige situatie als men ICF invoert. Er zijn tal van mogelijkheden, maar het probleem is opleidingen, dat kost geld. We spreken nu over 200 en zoveel multidisciplinaire teams maal 3 personeelsleden, plus onze eigen mensen, plus dat personeelsverloop, dat kost allemaal handvol geld he”* (stakeholder nr. 10). Om een nieuw systeem zoals ICF te installeren of te integreren binnen de bestaande systemen is enorm veel opleiding nodig, waarin de betrokken instellingen zullen moeten investeren. Het lijkt niet haalbaar dat zij hier alleen voor moeten zorgen. Er dienen vanuit de verantwoordelijke overheid voldoende subsidies voorzien te worden om dit te realiseren.

In het actieplan van de Ronde Tafel eHealth⁹³ staat wel onder Actiepunt 1.1.1.: ‘Aanpassen van de reglementering en van de financiering als incentives voor het ICT-gebruik’. Dit geeft aan dat er vanaf 2014 meer financiering wordt voorzien om de gezondheidssystemen te ontwikkelen. Zo staat het volgende geschreven: *“Met gesloten budget wordt de bestaande financiering aangepast zodat deze onder de vorm van incentives het gebruik van alle e-gezondheidssystemen aanmoedigen. De organieke wetgeving wordt aangepast om een kader te creëren voor het gebruik van e-gezondheidssystemen. Toekomstige incentives moeten steeds gericht zijn op het aanmoedigen van het effectieve en veralgemeende gebruik en het behalen van welomschreven resultaten waarbij de zorgmeerwaarde (meaningful use, incl. efficiëntiewinsten) in rekening worden gebracht binnen de volledige zorgcontext”*.

7.1.3 ICF als classificatie: voordelen, maar ook hinderpalen

ICF bevat verschillende classificaties met een uitgebreid aantal codes die gerelateerd zijn aan het functioneren van een persoon en zijn externe omgeving. Indien ICF alleen als classificatie wordt toegepast, zien de respondenten verschillende praktische problemen maar ook positieve evoluties in vergelijking met de huidige manier van registreren. In volgende paragrafen wordt gesproken over ICF-codes, wat de numerieke code, de term en de omschrijving omvat.

A. Het uitgebreide aantal ICF-codes: voor- en nadelen

De huisartsen uit de wijkgezondheidscentra vinden bijvoorbeeld vaak niet de juiste code voor een voorkomend probleem waardoor met een *“best passende code”* in ICPC-2 kiest of het plaatst onder een code ‘anders gespecificeerd’. ICF kan hier een betere oplossing bieden. Stakeholder nr. 18 suggereert om achter elke code 28 (‘Functiebeperking/handicap niet anderszins omschreven’) die in de hoofdstukken van ICPC-2 voorkomt, een openklapbaar luik te voorzien met de mogelijkheid om ICF-codes toe te voegen, die het probleem verder kunnen specificeren. De codes zouden enkel uit het eerste en tweede niveau van de ICF-classificatie komen, gezien niveau 3 en 4 te gedetailleerd is om op een praktische manier mee aan de slag te gaan.

⁹³ Ronde Tafel eHealth. (2012). Actieplan e-GEZONDHEID 2013-2018.

Dit zal volgens dezelfde stakeholder wel extra registratielast met zich meebrengen. Om het toch goed werkbaar te maken, wordt er best een thesaurus aan gekoppeld. Daarin typt men een kernwoord, dat vervolgens achterliggend gelinkt wordt met de bijpassende ICF-code, door het softwaresysteem zelf. Gezien de ICF-classificatie niet dekkend is voor de gezondheidstoestand van een persoon, dient deze component te worden geclassificeerd met ICPC-2 of ICD-10. Zodoende kunnen de ICF en ICPC-2 codes nooit onafhankelijk gebruikt worden in een huisartsensetting. Hetzelfde gaat op voor ICD-10 en ICF in een ziekenhuissetting.

Vanuit de welzijnssector denkt men dat ICF de verschillende sociale problematieken nooit volledig zal kunnen weergeven, gezien de unieke persoonlijke situatie per cliënt. Op die manier ziet men coderen als niet efficiënt en onoverzichtelijk. Vanuit het CAW komt er bijvoorbeeld de opmerking dat er in de ICF-classificatie, specifieke codes nodig zijn voor de werking van het CAW. Daarnaast vraagt men zich af of het verhaal van een psychiatrische patiënt volledig gecodeerd kan worden met ICF. Tot slot heeft men bedenkingen of administratieve, juridische, financiële problemen op een volledige wijze gecodeerd worden in de ICF-classificatie.

Respondenten uit de welzijnssector die al voorkennis hebben van ICF, vinden dat er net te veel codes zijn om efficiënt te werken. Ze zien dit bovendien niet als een ideale manier om de problematieken van de cliënt in kaart te brengen: *“We dachten zo van, stel nu van functies he, maar dat is nu een gemakkelijke he, functies, bijvoorbeeld functie 1, functie 2, code zoveel, dat kan je gemakkelijk allemaal ingeven en dat je dan de bijbehorende titelvelden – . Maar wat ben je daar mee? Dan heb je iedereen in codekes gestoken? Allez, da’s allemaal leuk voor mensen die die studies doen, die die rapportjes willen maken hé, die kicken daarop, maar daar kunnen wij in de praktijk niet veel mee doen. Maar waar we niet tegen zijn is ICF, want als je ICF gebruikt zoals je nu een boek openslaat en echt daar beschrijvingen toevoegt aan de codes, dan is dat iets anders. Maar als je werkt met codes, dan haak ik volledig af, allez, weetwel”* (stakeholder nr. 10). Een oplossing kan bijvoorbeeld zijn om met een *coreset* van ICF-codes te werken, die de WHO beschikbaar stelt. Daarbij wordt enkel gewerkt met de relevante codes voor een bepaalde doelgroep.

B. ICF-codes geven weinig nuance weer, maar zijn wel objectief

Volgens de respondenten uit zowel de gezondheids- als de welzijnssector lijkt het louter gebruik van ICF-codes in hun elektronisch dossier niet haalbaar. Zoals in het citaat in bovenstaande paragraaf is een beschrijving bij een code, volgens hen noodzakelijk. Dit om te vermijden dat een persoon verengd wordt tot codes, en er zo belangrijke details verloren gaan. Een omschrijving die gebruikt wordt als klinisch label of om het welzijn van een persoon weer te geven, vereist veel meer nuance dan louter één code. Daarom dient er een vrije tekst beschikbaar te zijn om toelichting of een nuance te geven bij de gekozen code. Dit om inschattingfouten van zorg- of hulpverleners te voorkomen, die de code zouden lezen.

Andere respondenten zien achterliggende codes net als een objectieve meerwaarde. Registratieparameters krijgen zo een duidelijke betekenis. Dit kan een voordeel zijn wanneer er nieuwe parameters bijkomen vanuit de overheid of wanneer zaken moeten uitgewisseld worden tussen zorgpartners, bijvoorbeeld bij de ‘doelgroepen’ die de mutualiteiten moeten rapporteren voor de overheid: *“Soms verandert men vanuit de overheid een naam of label van een parameter over een problematiek. Maar als dit een code zou hebben, is er geen verwarring om de interpretatie van het nieuwe label te toetsen met de oude”* (stakeholder nr. 9). Toch werpen enkele respondenten op dat het kiezen van een bepaalde code ook een subjectieve keuze kan zijn. Het kan bijvoorbeeld mogelijk zijn dat twee verschillende zorg- of hulpverleners voor hetzelfde probleem een andere code geven.

C. Gegevensuitwisseling faciliteren

Verder zien de respondenten de codes als een bruikbaar middel om gegevensuitwisseling te faciliteren indien er een gedeeld dossier komt. Het feit dat iedereen dezelfde codes gebruikt, zorgt voor een gemeenschappelijke (code)taal wat miscommunicatie vermijdt. Indien er elektronisch zaken worden uitgewisseld, moet de communicatie verengd en verkleind worden, tot een code: “[...]Zodanig dat als wij iets van het CLB gaan krijgen, en zij hebben dan de moeite gedaan om te kijken “wat is de participatie, wat zijn de functionele beperkingen, hoe gaat dat bij die leerling?” Als wij dat gaan terugkrijgen en wij kunnen dat koppelen aan een aantal klachten, aan een aantal aandoeningen, dan maken we dat duidelijker, dat beeld. En dat kunnen we dan ook eventueel weer doorsturen naar de CLB-raad” (stakeholder nr. 18.).

Een vereiste is dan wel dat op (inter)nationaal vlak afgesproken wordt welke definitie een code krijgt. Taalnuances kunnen namelijk niet elektronisch doorgestuurd worden. Op die manier zou het zelfs mogelijk kunnen zijn om met zorg- en hulpverleners uit andere landen te communiceren en uit te wisselen. Stel dat een Belg op reis is in Frankrijk en daar ziek wordt, kunnen de ICF-codes doorgestuurd worden, wat de hulpverleners ter plaatse een beeld biedt over de persoon, om uiteindelijk betere zorg aan te bieden (stakeholder nr. 18).

Ook lijkt het bij gedeelde informatie noodzakelijk om een code ‘niet gekend’ en een code ‘informatie niet toegestaan’ toe te voegen aan de classificatie. Zo weten zorg- en hulpverleners dat daar gegevens over bestaan, maar niet gedeeld mogen worden. Een zorg- of hulpverlener kan namelijk verantwoordelijk worden gesteld om bepaalde zaken te beslissen, zoals een arbeidsattest. Indien men die beslissing moet maken met de gedachte dat er bij bepaalde velden geen relevante informatie is, kan een inschattingfout gemaakt worden.

Ook wordt de suggestie gegeven dat elke zorg- of hulpverlener zelf bepaalt tot welk niveau hij/zij binnen ICF codeert. Stel dat er een code op niveau 4 binnenkomt, maar de ontvangende zorg- of hulpverlener heeft bepaald dat er enkel tot niveau 2 wordt gecodeerd in zijn/haar dossier, zou die binnengekomen code op niveau 4 veranderen tot de overeenkomstige code op niveau 2, waarbij het wel mogelijk blijft om de code op niveau 4 te consulteren.

De meeste respondenten zijn het er wel over eens dat de zorg- en hulpverleners die zouden samenwerken, de componenten van ICF moeten invullen waarvoor zij het best geplaatst zijn. Een arts zal nog steeds de gezondheidstoestand moeten evalueren, een kinesist de fysische aspecten. Dit sluit niet uit dat men ook vanuit de andere ICF-concepten kan starten. Als de informatie van de verschillende partners in een latere fase samenkomt, met *informed consent* van de patiënt of cliënt waar nodig, kan het leiden tot een geconcretiseerde inschatting van de situatie van een persoon, wat beter gefundeerd is dan de visie van één hulpverlener. Dit is enkel mogelijk indien er een geïntegreerde registratie en een gedeeld dossier is.

Een gelijklopend idee is te lezen in volgende citaat: *“In feite zou men moeten kijken van hoe kunnen we de kwaliteit van leven van de mensen verbeteren, zowel op vlak van gezondheid en welzijn. En dat doe je in een eerste lijn door mensen in hun context te bekijken van, hoe kunnen we hier knelpunten die zich aandienen, zowel op medisch vlak, psychisch vlak, sociaal vlak gaan bekijken. En dat doe je best door vanuit die invalshoeken, constant te gaan kijken van waar liggen hier nu de knelpunten en de problemen; Ik zou het ook goed vinden dat die huisarts euhm, niet alleen van uit zijn, dat je in duo met een maatschappelijk werker als vertrouwenspersoon naar een cliënt of patiënt stapt, dat zit nog niet in onze*

belevingswereld, maar dat geeft ook vertrouwen, in de zin dat je niet afhankelijk bent van de mening van één persoon” (stakeholder nr. 6).

Een uitkomst van geïntegreerde registratie, waarbij ICF zou gebruikt worden door verschillende zorg- en hulpverleners in een gedeeld dossier, is volgens stakeholder nr. 19 de volgende. De verschillende ICF-evaluaties door zorg- en hulpverleners kan leiden tot een evalueren van de mate waarin een persoon kan (dis)functioneren. Zo wordt bepaald tot op welk niveau de persoon gehandicapt is of autonoom. Die handicap- of autonomiegraad geeft een idee hoeveel begeleiding een persoon nodig heeft. Deze uitkomst kan dan een apart luik zijn binnen het elektronisch dossier van zorg- en hulpverleners.

D. ICF-classificatie als rapportering van gegevens

De respondenten die reeds in aanraking kwamen met ICF voor deze studie gaven aan dat het derde en vierde niveau van de ICF-classificatie te gedetailleerd is om er op een praktische manier mee te werken. Dit kan, naast het eerste en tweede niveau, eerder gebruikt worden om zorgkwaliteit te meten, verbeteringsprojecten op te stellen, rapportering voor intern en extern beleid naar overheden, epidemiologisch onderzoek, statistische analyse en wetenschappelijk onderzoek. Daarvoor dient geen beschrijving bij de code toegevoegd worden. De respondenten zien het coderen van gegevens als erg relevant indien het deze doeleinden dient. Zo krijgt men een beeld over welk deel van de bevolking autonoom is of niet, wie ondersteuning nodig heeft of niet. Dit zorgt vervolgens voor gericht beleid en betere zorg. Voornamelijk bij de chronisch zieken is dit van belang. Op dit moment weet men enkel hoeveel personen een bepaalde diagnose of ziekte hebben, maar niet de mate van autonomie die daarmee samenhangt.

7.1.4 ICF als inhoudelijk model van functioneren: duidelijke meerwaarde

Op het inhoudelijk model van ICF, komt veel positief commentaar. De analyse van een persoon op basis van zijn/haar functioneren zien de meeste respondenten als een meerwaarde in vergelijking met de huidige manier van werken: *“Wat schrijven we op MDT’s, die stoornis. Een MDT schrijft “hij heeft autisme, dus hij moet naar het internaat”, je moet in voorbeeld van de stoornis denken hé. Het is niet omdat je autisme hebt dat je naar een internaat moet. Het is omwille van de beperkingen die aanwezig zijn dat je misschien naar het internaat moet, en dat willen we wat doorbreken” (stakeholder nr. 10.)*

De wijkgezondheidscentra vinden het interessant dat zowel de sociaal werkers als de artsen zo rond hetzelfde denkkader kunnen werken. Er komt de bedenking dat het voor hun eigen praktijk interessant kan zijn om verder te kijken dan de gezondheidstoestand. De welzijnssector vindt het goed dat men zo niet beperkt blijft tot louter het medische verhaal, iets waar volgens hen nu te vaak op wordt gefocust. Naast de belangrijke rol van de huisarts, vindt men dat door ICF, de maatschappelijk werker ook een meer prominente rol kan spelen in de begeleiding van de patiënt. Velen zeggen dat dit uitgangspunt interessant is om hun registratiedossiers op te baseren, maar het niet zien zitten om conform te coderen.

Vanuit de welzijnssector hoopt men dat ICF ook bruikbaar is voor mensen die geen gezondheidsproblemen hebben. In dat opzicht suggereren enkele respondenten om binnen het ICF-schema een extra component ‘financiële en sociale zekerheid’ toe te voegen. Dit omdat het volgens hen zo’n grote invloed heeft op de andere concepten, dat het niet voldoende is om het louter te zien als een onderdeel van externe factoren. Vanuit de sociale centra van OCMW’s wilt men net méér aandacht voor de gezondheidstoestand, gezien er te veel gefocust wordt op sociale aspecten. Samengevat komt vanuit beide sectoren de nood om personen in zijn geheel, met zijn functioneren, de gezondheidstoestand en de specifieke sociale en specifieke context, te analyseren.

Volgens stakeholder nr. 18 kan je in een medisch dossier die vertrekt vanuit een diagnose, verder met ICF aan de slag. Maar het is ook mogelijk om te starten vanuit een ander concept van ICF bij de dossiers van de welzijnssector, bijvoorbeeld vanuit externe factoren, activiteiten of participatie. Erna kunnen de andere concepten van ICF eraan gekoppeld worden in de uitwerking van de begeleiding. Stakeholder nr. 19 ziet in dit opzicht een link tussen de gezondheids- en welzijnssector waar een inbreng van partners uit beide sectoren vanuit verschillende invalshoeken in ICF, een rijker resultaat over de patiënt/cliënt zal opleveren.

Toch komt ook de bedenking dat het niet evident is om met het ICF-model in de praktijk werkelijk iets te doen. Er moet in principe een koppeling ontstaan tussen ICF-componenten en specifieke doelstellingen, acties en resultaten die een hulpverlener kan trachten te bereiken met een cliënt of patiënt. Zoals in het besluit van tabel 2 weergegeven wordt, kan dit gaan door de componenten activiteiten en participatie verder uit te werken in concrete doelstellingen, die beide sectoren vervolgens kunnen hanteren.

7.1.5 Praktisch gebruik van ICF

A. Registratielast beperken

De respondenten vrezen dat een uitgebreide classificatie zoals ICF extra registratietijd inneemt voor de mensen van het werkveld. Verschillende respondenten stellen dat ze nu al op de limiet zitten wat betreft het registreren van informatie en indien dit verhoogt, blijft er te weinig tijd over om het inhoudelijk werk met cliënt of patiënt goed uit te voeren. Stakeholder nr. 13 zegt bijvoorbeeld dat binnen hun instelling 60% van het werk naar administratie en registratie gaat. Dit heeft een grote impact op de andere taken die een maatschappelijk werker moet uitvoeren, waarvoor slechts 30% van de tijd overschiet. Ze stelt voor dat dit net omgekeerd moet zijn. Om dat te bereiken kan bijvoorbeeld een efficiënte uitwisseling van gegevens tussen zorg- en welzijnspartners ontwikkeld worden. Bij anderen is de bedenking dat een nieuw systeem dat enkel voor administratie en registratie een voordeel biedt, geen meerwaarde heeft.

Al ziet men ook in dat een betere zorg net gefaciliteerd kan worden door een uitgebreider registratiesysteem. Zo kwam de opmerking dat door efficiënter te registreren, er meer tijd over blijft voor andere taken. Bepaalde jobs waar men nu voornamelijk verschillende registratiedossiers van één persoon moet opmaken, kunnen in de toekomst anders ingevuld worden. Dit kan enkel indien ICF ingebed zit in een praktisch werkbaar elektronisch dossier. Bij de socialistische mutualiteiten hebben ze in dit opzicht ernaar gestreefd een programma te maken die het werkbaar combineert met uitgebreide registratie. Hun aanpak kan een voorbeeld zijn voor de ontwikkeling van een werkbaar dossiers, gebaseerd op ICF.

B. Let op voor over-digitalisering

Een daarop aansluitende bedenking is het feit dat ICF een elektronisch dossier vereist. Hoewel de meeste respondenten dit evident vinden, vreest een respondent (werkveld nr. 20.) dat een "over digitalisering" voor technische problemen kan zorgen. Diezelfde respondent haalt in dit verband de elektronische sis-kaart aan die nu op de identiteitskaart staat. Bij een patiënt bleek dit niet te werken wat de zorg en begeleiding verhinderde. In een verdere fase, wanneer burgers hun eigen dossiers zelf zullen inkijken of invullen, ontstaan er problemen voor mensen die niet over een laptop beschikken. Een stakeholder (nr. 3) denkt dat dit probleem zich met de jaren vanzelf oplost en er bijvoorbeeld ook *apps* zullen beschikbaar zijn voor *smartphones* om zo een groter bereik te verkrijgen.

C. Gebruiksvriendelijkheid is noodzakelijk bij een gedeeld dossier o.b.v. ICF

Andere praktische bezwaren die naar boven komen is het verlenen van toegang voor bepaalde zorg- en hulpverleners tot het gedeeld dossier op basis van ICF, indien dat er zou komen. De bijbehorende afscherming in de elektronische dossiers zal veel extra *log-ins* vereisen. Dit beschouwen de respondenten als vervelend. Ook vreest men dat de gegevens die in het gedeeld dossier verwerkt door verschillende zorg- en hulpverleners, niet op dezelfde manier of fout geïnterpreteerd zullen zijn. Dit verhoogt de kans op fouten in hun eigen begeleiding naar de cliënt/patiënt.

Men vreest tevens dat door de uitgebreide ICF-classificatie er een onoverzichtelijk dossier ontstaat zonder hiërarchische structuur, een aspect dat voor de respondenten erg belangrijk is. Het systeem moet inhoudelijk interessant zijn en moet in combinatie met gebruiksvriendelijkheid, helpen in het aanbieden van betere zorg. Twee stakeholders (nr. 3 en 18) repliceren hierop dat bijvoorbeeld de huisarts de binnengekomen codes altijd zelf zal moeten controleren op correctheid en relevantie vooraleer ze in het patiëntendossiers komen. Dit impliceert vanzelfsprekend een extra tijdsinvestering. Een suggestie is dat de huisartsen hiervoor een vergoeding kunnen krijgen die de investeringskost voor het registreren tegemoetkomt. Zo is er nu al een jaarlijkse telematicapremie voor erkende huisartsen of erkende kandidaat-huisartsen die een aanvaard softwarepakket voor het beheer van uw globaal medische dossiers gebruiken⁹⁴.

D. Inhoudelijke en vormaspecten van ICF

Een volgend aspect dat het VAPH aanhaalt zijn inhoudelijke problemen in ICF zelf. De Nederlandse vertaling van de ICF-concepten, waarbij sommige concepten een specifieke beschrijving hebben die enkel gebruikt wordt in Nederland, zorgt volgens hen voor problemen tijdens het registreren. Een voorbeeld daarvan is de code met de term 'gadeslaan' in plaats van 'zien'. Ook het feit dat ICF elk concept (en code) in deelelementen opsplijt ziet het VAPH als praktisch niet haalbaar, te ingewikkeld en tijdrovend. Een stakeholder uit de welzijnssector (nr. 15) geeft daarbij aan dat een uitgebreid dossier niet voor elke cliënt wenselijk is, enkel voor degene met veel zorgbehoeften. Anders is het niet efficiënt om daarin te investeren.

Uit de interviews met de respondenten die met ICF-proefprojecten bezig zijn, kwam naar voor dat ICF verschillende *tools* ontwikkeld heeft om praktisch gebruik van ICF te faciliteren. Bijvoorbeeld, om de toepassing van ICF binnen voornamelijk een klinische setting te faciliteren, biedt de WHO ICF-*coresets* aan. Dit zijn sets met een selectie van codes die relevant zijn om in specifieke vakgebieden te gebruiken. De *coresets* variëren van neurologische condities (bv. Een *coreset* voor traumatische hersenbeschadiging) tot een ICF *coreset* voor slaap of ADHD. Ze helpen de gebruikers om ICF en de beschrijving van functioneren op een gebruiksvriendelijke manier toe te passen⁹⁵.

Daarnaast heeft WHO ook een elektronisch instrument ontwikkeld om een patiëntendossier op te stellen, gebaseerd op ICF (*ICF-based Documentation Form*⁹⁶). Het is een *tool* om binnen de klinische praktijk met ICF te beginnen werken. Het is beschikbaar in verscheidene talen, maar nog niet in het

⁹⁴ Vlaams artsensyndicaat. Telematicapremie. Opgehaald 21 november 2014 van <http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/telematicapremie>.

⁹⁵ World Health Organization. ICF Research Brand. Opgehaald op 8 december 2014 van <http://www.icf-research-branch.org>

⁹⁶ Ibid.

Nederlands. De website <http://www.icf-core-sets.org/> bevat een programma om het dossier stelselmatig op te bouwen. Ook bracht WHO een handboek voor 'ICF in de klinische praktijk'⁹⁷ uit, waarin gedetailleerd wordt weergegeven hoe een ICF-dossier ontwikkeld kan worden, onder meer via het *Documentation Form* en de *coresets*.

7.1.6 Uniforme registratiesystemen: haalbaar?

Indien er geïntegreerde registratie komt waarbij verschillende zorg- en hulpverleners met ICF werken, zien de respondenten het als noodzakelijk dat er uniform geregistreerd wordt. Op dit moment zijn al enkele organisaties bezig met ICF-proefprojecten, maar daar zien we telkens een andere aanpak en wordt ICF volgens een eigen invulling toegepast. Zo is het niet mogelijk om goed informatie te delen, door te sturen, als rapportering voor de overheid te gebruiken of internationaal te valideren. Zoals de huidige situatie er nu uitziet, werkt door de grote fragmentatie voornamelijk binnen de welzijnssector, iedereen met verschillende systemen. Het zal het een grote inspanning vragen om tot meer uniformiteit te komen.

Zoals vermeld wordt in een vorige paragraaf kan een onafhankelijk expertisecentrum hierbij helpen. Dit omdat er vanuit de verschillende instellingen en sectoren verschillende verwachtingen en vereisten kunnen ontstaan over ICF. Het is belangrijk dat er op relatief uniforme wijze wordt gewerkt met ICF. Dat impliceert dat men best vanuit een centraal orgaan, zoals een kenniscentrum, de ICF-implementatie uitwerkt. Tevens moet het daarbij mogelijk zijn om andere terminologieën en registratiesystemen, zoals BelRAI en SNOMED CT met ICF te *mappen* of te verbinden in één systeem: *“Mijn enigste bezorgdheid is, dat als er een nieuw systeem komt, dat dat naast nog ne keer een BELRAI staat. Er zijn wel al heel wat systemen, dat dat wel interessant zou zijn dat er een nieuw systeem komt, dat er iets globaals komt en dat dat 1 systeem is, maar niet vanuit een andere regelgeving nog eens iets anders. En dat is soms het risico, dat er telkens nieuwe systemen gepresenteerd worden of aangebracht worden, vanuit het vakgebied waar het ontstaat. Maar het risico is dat het dan ook niet optimaal gebruikt wordt, omdat het dan iets anders is waar de veldwerkers mee bezig zijn, en ja, dat is wel een grote uitdaging om dat een stukje te zien en keuzes te maken als overheid eh”* (stakeholder nr. 15). Verder in deze studie wordt daar dieper op ingegaan.

Om meer uniformiteit te verkrijgen, dienen de ICF-componenten en codes *gemapt* te worden met huidige parameters uit de bestaande systemen, indien beide dezelfde definitie en interpretatie bevatten. Dit moet worden nagegaan door semantische interoperabiliteit. Tabel 2 van de studie geeft daar al een eerste aanzet toe. Vervolgens kunnen, indien nodig, parameters toegevoegd, om de ontbrekende ICF-componenten te representeren in de systemen. Intersectorale afspreken zijn nodig zodat overall exact dezelfde interpretaties aan de ICF-concepten worden gegeven en ze voor dezelfde doeleinden gebruikt worden.

Een andere optie die onder meer enkele respondenten aangeven is om een openklapbaar optioneel luik te creëren binnen het eigen systeem, dat niet interfereert met de bestaande parameters. Wanneer nodig, bijvoorbeeld als een functioneringsbilan relevant is voor een zorgbehoevende cliënt/patiënt, kan dit ingevuld worden. Indien het geen meerwaarde biedt, vult men het niet in. Ook zou het een idee zijn om ICF enkel te gebruiken als een uniform communicatie- en rapporteringsmiddel tussen zorg- en welzijnspartners. ICF-categorieën worden zo als samenvatting van de problematieken van een persoon

⁹⁷ Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., Stucki, G. (2012). ICF CORE SETS. Manual for Clinical Practice. Hogrefe, Göttingen.

doorgestuurd. In beide gevallen blijft het eigen dossier behouden, wat voor veel respondenten toch belangrijk is.

7.1.7 Privacy cliënt: veel bedenkingen

Indien ICF door alle gezondheids- en welzijnspartners gebruikt wordt, ontstaat de mogelijkheid tot geïntegreerd registreren en een gedeeld dossier. De respondenten zien in dat opzicht heel wat problemen en bedenkingen rond de privacy van de patiënt/cliënt wat betreft het uitwisselen van voornamelijk gezondheids- en sociale gegevens.

Indien er een gedeeld dossier komt, zal de patiënt of cliënt via eHealth zelf aangeven of er (medische) informatie mag doorgegeven worden tussen bepaalde zorg- en hulpverleners. Als men dit niet toestaat, krijgen de zorg- en hulpverleners geen informatie van die persoon. Indien men wel toestemming geeft, kunnen medische gegevens alleen uitgewisseld worden voor zover er sprake is van een therapeutische relatie tussen patiënt/cliënt en zorgverlener. Een exacte definitie hiervan is er niet maar het gaat om een dienst die de zorgverlener biedt, met het oog op het algemeen bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt, of om de patiënt bij het sterven te begeleiden. Dit kan enkel tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg zijn.

Daarnaast bestaat er een 'zorgrelatie', die bestaat tussen een patiënt en een andere persoon dan een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. Het systeem is op dit moment klaar voor de partners binnen de welzijnssector. Voor de beperking van toegangsrechten, wordt er per categorie van zorgverlener exhaustief vastgelegd welke gegevens men kan consulteren in het kader van de elektronische uitwisseling van gezondheidsgegevens⁹⁸. Indien de Vlaamse Overheid de welzijnssector integreert in dit systeem, moet de 'therapeutische relatie' herbekeken worden, zonder dat de privacy van de cliënt en het beroepsgeheim van de arts in het gedrang komt (stakeholder nr. 3).

Hoewel dit systeem ontwikkeld is om volledige privacy van de burger te garanderen en veel respondenten denken dat er slechts uitzonderlijk mensen de toegang zullen weigeren, komen er toch enkele bedenkingen. Veel respondenten (waaronder voornamelijk huisartsen) vrezen dat net personen met de hoogste nood aan zorg en begeleiding (drugsverslaafden, psychiatrische patiënten, mensen met een crimineel verleden...) zullen gebruik maken van dit systeem om hun gegevens niet te delen.

Een huisarts (respondent werkveld nr. 20) merkt op dat zo "*bepaalde velden in mijn (gedeeld) dossier blanco zullen zijn, doordat dit "gemoedwillig achtergehouden [is] door de patiënt".* Daarom pleit de respondent ervoor dat, indien de persoon geweigerd heeft om die informatie te delen, er bij het blanco veld aangegeven wordt dat 'de informatie niet beschikbaar wordt gesteld door de persoon'. Zo weet men dat daar informatie achtergehouden wordt en blijft de optie open om ernaar te polsen bij de patiënt, indien het relevant zou zijn voor de hulpverlening. Als dit niet gebeurt wordt het dossier volgens de respondent vervormd, wat een probleem kan geven bij mensen met psychiatrische problematieken, voor arbeidsattesten, bijvoorbeeld. Door het beroepsgeheim van de huisarts is de respondent van mening dat er geen informatie bewust kan achtergehouden worden door een patiënt.

Een volgend aspect is het *Big Brother*-gevoel, wat bepaalde respondenten denken dat de patiënt/cliënt zal voelen bij een geïntegreerd gedeeld dossier. Omdat het zorgnetwerk door de uitgebreide

⁹⁸ Sectoraal comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid, afdeling 'Gezondheid'. Beraadslaging nr. 11/088 van 18 oktober 2011 met betrekking tot de nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische relatie en van een zorgrelatie.

categorieën van ICF over veel persoonlijke informatie zal beschikken, vinden de respondenten dat de cliënt/patiënt de controle over zijn/haar gegevens en privacy zal verliezen: *“Ja, ik ben in het beschikbaar stellen van data, ik zie het gemak en comfort van de gebruiker en van de intermediaire absoluut, soms hebben we er al vaker op gevloekt dat dingen niet lukken of dat je er niet aan geraakt, maar tegelijkertijd wil ik ook dat dat beschermd wordt, en dat mensen zich niet zo gemakkelijk prijsgeven, zoals bij facebook dat wel doet. Plots ben je geen baas meer over je eigen, en op dat moment heb je info geüpload, en soms wil je ze dan niet meer beschikbaar stellen en daar ben je dan geen baas meer over”* (stakeholder nr. 13).

Dezelfde respondent vindt dat dit een stap verder gaat dan de informatiedeling die nu gebeurt via telefonisch contact of e-mail, omdat de deling in de huidige situatie beperkt blijft tot kernzaken. Er wordt vanuit de mutualiteiten de bedenking gemaakt dat dit geen vrijgeleide mag zijn om de cliënt zomaar extra diensten aan te bieden, die de cliënt niet nodig heeft. Enkel als men zorgzaam met de verkregen informatie omgaat en enkel gebruikt voor relevante zaken, zien zij er meerwaarde in.

Daarnaast denkt men dat sommige cliënten/patiënten het *informed consent* tot gegevensdeling zullen tekenen, zonder grondig na te denken over de gevolgen van de gegevensdeling: *“Ik werk in Brussel, met een bepaalde bevolking, en ik heb dan mensen die dan vragen, geef mij eens een goede uitleg over mijn ziektebrief bij het syndicaal. En ik zeg dan van ja, wacht efkes, dat is niet noodzakelijk goed. Daarom ben ik kritisch over het informed consent. Want ik denk dat er daar veel mensen zijn die niet weten wat er dan met die data kan gedaan worden. Ze denken van ja, dat kan mij alleen maar helpen, maar het kan ook andersom gebruikt worden”* (respondent werkveld nr. 7). Zo kan het vrijgeven en delen van persoonlijke informatie voor bepaalde doeleinden zich ook tegen de persoon in kwestie keren. De betrokken gezondheids- of welzijnswerker moet de persoon daarover grondig inlichten.

Toch wijst een ander op een mogelijk gevolg indien er geen informatiedeling is: *“Als zij de medische verslaggeving niet krijgen, dan is het office van sorry maar wegens het ontbreken van genoeg medische verslaggeving zijde gij geschorst van medische uitkering en gaat gij maar naar het syndicaat. Die wilt dan effectief beroep aantekenen en komt dan naar u van allé, geeft hem medisch dossier. Dat gebeurt eh”* (respondent werkveld nr. 3). Op die manier komen er voorstellen om bepaalde informatiedeling verplicht te maken, gezien dit anders tot ongunstige gevolgen kan leiden voor de persoon. Dezelfde respondent geeft ook aan dat de cliënt vaak al toestemming gaf om medische gegevens van een huisarts door te geven aan de mutualiteit, maar dit geweigerd werd door de betrokken arts. In dat opzicht ziet men een gedeeld dossier als een goede oplossing, om zo'n weigeringen tegen te gaan.

Anderzijds geven de respondenten ook toe dat de cliënt/patiënt vaak verwonderd is over de minimale informatie-uitwisseling binnen zijn/haar zorgnetwerk. Ze beschouwen dit als vervelend, gezien ze telkens opnieuw hun verhaal moeten doen. Enkele respondenten zeggen daarover dat zij misschien te rigoureuus omgaan met de privacy van de cliënt of patiënt. Dit om te vermijden dat een cliënt/patiënt bij een andere instelling *“een stempelke”* (stakeholder nr. 8) zou krijgen. In dat kader vinden ze het belangrijk dat elke persoon een nieuwe kans krijgt als hij/zij bij een andere instelling terechtkomt. Daarnaast leeft de angst dat, indien er een gedeeld dossier komt, de andere instellingen niet op dezelfde voorzichtige wijze zullen omgaan met de doorgestuurde informatie.

Een oplossing kan zijn dat er met tijdelijke toestemming gewerkt wordt, zodat de informatie niet continue beschikbaar is voor de hulpverleners. Een andere optie kan zijn om niet het volledige dossier door te sturen naar een andere hulpverlener, maar enkel de zinnen die relevant zijn. Het moet doelgerichte informatie zijn, om de zorg of hulp te faciliteren. In een apart blok 'persoonlijke nota's' kan de zorg- of hulpverlener vervolgens notities schrijven, die niet gedeeld worden. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat zorg- en hulpverleners alle relevante gegevens voor het zorgnetwerk in de persoonlijke

nota's zullen schrijven, uit angst om het te delen. Op deze manier komt men wellicht nooit tot geïntegreerd registreren en een gedeeld dossier. Dit lijkt geen goede oplossing.

De respondenten besluiten uiteindelijk dat een elektronisch gedeeld systeem rond ICF de uitwisseling van informatie vereenvoudigt en veiliger is in vergelijking met de huidige uitwisseling via e-mail, post, schriftelijke dossiers of communicatie via de patiënt/cliënt zelf. Tevens is de kans minder groot om fouten te maken, gezien het systeem bepaalt wat wel en niet mag gezien worden. Het feit dat er nu dossiers via de post worden opgestuurd, wordt als onveiliger beschouwd voor de cliënt/patiënt.

7.2 Concrete implementatie van ICF

Voor de ontwikkeling en implementatie van ICF binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en daarin gebruikte systemen, onderscheiden we toepassingen op drie verschillende niveaus: het micro-, meso- en macroniveau. Ze verwijzen naar de niveaus waarop diverse functies in de zorg of hulpverlening op een specifieke manier georganiseerd worden. Het *microniveau* heeft als hoofdfunctie het aanbieden van zorg, en dit in de meest brede betekenis (zorg voor het behouden van gezondheid, het behandelen van ziekte, het herwinnen van gezondheid en/of welzijn). Op dit niveau situeren zich de lokale gezondheids- en welzijnswerkers die het aanbieden van een veilige, tijdige, effectieve, efficiënte, billijke en door de patiënt/cliënt gestuurde zorg beogen. De globale kwaliteit van de zorg is daarbij niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van de zorg van alle betrokken zorgverleners maar evenzeer van de kwaliteit van de interacties tussen deze zorgverleners en van de structuur waarbinnen deze interacties zich ontwikkelen. Het vormgeven van interacties en samenwerking tussen hulpverleners is een belangrijke taak binnen de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Op het *mesoniveau* wordt geen zorg aan patiënten of cliënten aangeboden maar bestaat de hoofdfunctie in het ondersteunen van de zorgprocessen op het microniveau. Gesitueerd op een (sub) regionaal niveau bestaat deze ondersteuning onder meer in het garanderen van continuïteit van zorg binnen de regio, het samenbrengen van de verschillende beroepsgroepen en zorglijnen om zorgprocessen beter op elkaar af te stemmen, het bevorderen van kwaliteit via nascholing, ICT-ondersteuning, overleg met lokale besturen.

Tenslotte wordt op het *macroniveau*, het kader bepaald voor organisatie en financiering van het zorgaanbod. Vanuit een sturende functie biedt dit niveau, in samenspraak met alle betrokken actoren, een systeem van beleids- en beslissingsondersteuning aan ten dienste van het mesoniveau (o.m. ontwikkelen van taakafspraken) en het microniveau (o.m. het optimaliseren van zorgkwaliteit)⁹⁹. De implementatie en gebruik van ICF die de respondenten als mogelijkheden aanreiken, wordt in volgende paragrafen gestructureerd volgens de drie niveaus. Eerst komen alle opties die vallen onder het microniveau. Vervolgens bekijken we het mesoniveau, om af te sluiten met het macroniveau.

Hierbij wordt een antwoord gegeven op onderzoeksvraag 3: **'Hoe staat de gezondheid- en welzijnzorgsector tegenover een harmonisering en integratie van ICF in de bestaande systemen?', meer bepaald (3.b) 'Waar kan ICF concreet toegepast worden binnen de huidige registratiecontext?'**

⁹⁹ Eerstelijnsgezondheidszorg Antwerpen (2010) Syntheserapport Conferentie: Meer lijn in de eerstelijns.

7.2.1 Micro: (Elektronisch) Thuiszorgdossier

En eerste toepassing op microniveau ligt volgens enkele respondenten binnen het thuiszorgdossier. In het kader van de ondersteuning van zwaar zorgbehoevende cliënten/patiënten heeft het thuiszorgdossier als doel de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners stimuleren en bevorderen, om zo de cliënt langer kwaliteitsvol te laten thuis wonen en participeren aan de maatschappij. Het thuiszorgdossier bestaat uit drie documenten: de identificatiefiche, de weekplanning en het scoreformulier inzake zorgbehoevendheid. Het bevat aanvullende documenten zoals de medicatiefiche, de mededelingen tussen de betrokkenen onderling en de communicatie tussen de zorg- en hulpverleners. Het thuiszorgdossier ligt bij de cliënt/patiënt. Afspraken en taakplanning rond de hulpverlening worden erin genoteerd. Het is te consulteren door alle betrokkenen in de zorg, hetzij als papieren zorgplan in de thuissituatie, hetzij als elektronisch zorgplan. Als gedeeld thuiszorgdossier, garandeert het een betere communicatie tussen de thuiszorgpatiënt, de mantelzorgers en de zorg- en hulpverleners. Het fungeert als communicatieschrift, dat optimaal ook mee gaat met de gebruiker bij opname om zo de communicatie tussen zorg- en hulpverleners, mantelzorger en cliënt/patiënt te optimaliseren. De cliënt/patiënt geeft principieel haar/zijn akkoord voor de opstart van een thuiszorgdossier¹⁰⁰.

Om een thuiszorgdossier op te starten dient te cliënt/patiënt zwaar zorgbehoevend te zijn. Dat wordt bepaald aan de hand van de 'score inzake zorgbehoevendheid', door middel van de WECKX-schaal, en is te zien in figuur 18.

100 Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Zorgregio Gent vzw. Dossiervorming thuiszorgdossier. Opgehaald op 12 november 2014 van http://www.selgent.be/sites/default/files/ZB_wat%20is%20TZD%20_linktekst_Def.pdf

SCORE INZAKE		ZORGBEHOEVENDHEID (WECKX)		Geboortedatum: ... / ... / ...		SCORE	
NAAM CLIENT/PATIENT:							
Rubriek A							
ZICH WASSEN	kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp score = 1	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel score = 2	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen, zowel boven als onder de gordel score = 2	moet volledig worden geholpen om zich te wassen, zowel boven als onder de gordel score = 3			
ZICH KLEDEN	kan zich helemaal aan- en uittrekken zonder enige hulp score = 1	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden (veters uitzonderd) score = 2	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden, zowel boven als onder de gordel score = 3	moet volledig worden geholpen om zich te kleden, zowel boven als onder de gordel score = 3			
TRANSFER EN VERPLAATSINGEN	is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig verplaatsen zonder mechanische hulpmiddel(en) of hulp van derden score = 1	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, met gebruik van moorant(en) of hulpmiddel(en) (krukken, roestel, ...) score = 2	heeft voltrekta hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen score = 3	is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen score = 4			
TOILETBEZOEK	kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen score = 1	heeft gedeeltelijk hulp nodig van derden om naar het toilet te gaan of zich te kleden of zich te reinigen score = 2	moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en/of zich te reinigen score = 3	moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en om zich te reinigen score = 4			
CONTINENTIE	is continent voor urine en feces score = 1	is accidenteel incontinent voor urine of feces (inclusief blaascondo of kunsttaars) score = 2	is incontinent voor urine (inclusief mictetraing) of voor feces score = 3	is incontinent voor urine en feces score = 4			
ETEN	kan alleen eten en drinken score = 1	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken score = 2	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken score = 3	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken score = 4			
Hogste score							
Rubriek B							
Oriëntatie Tijdsruimte	geen probleem score = 0	occasioneel geïsoleerd score = 1	voortdurend geïsoleerd score = 2	voortdurend geïsoleerd score = 3			
Rusteloosheid	geen probleem score = 0	occasioneel score = 1	voortdurend score = 2	voortdurend score = 3			
WOONSITUATIE Omver cellide dak	met beschikbare valide personen score = 0	met valide-alle-beschikbare personen of niet-beschikbare persoon score = 1	alleenwonend score = 2				
MAATLEZORGE HIET onder zijde dak	intensief – frequent – maximaal score = 0	pa tiel – regelmatig – soms score = 1	afwezig – sporadisch – minimaal score = 2				
COMFORT	ingerichte badkamer score = 0	stromend warm water (heuten) score = 1	geen stromend water score = 2				
TOTALE SCORE							

Figuur 18 Score inzake zorgbehoevendheid (WECKX)¹⁰¹

101 VAPH. (2013c). Thuiszorgdossier model 2013.

Dit score-instrument kan opgesteld worden met ICF-termen. Onder rubriek A zien we parameters zoals zich wassen, zich kleden, toiletbezoek, eten, etc. Deze zijn te linken met de ICF-component activiteiten en Participatie. Meer bepaald passen de ICF-codes onder hoofdstuk 5: Zelfverzorging hieronder. Rubriek B van de scoringschaal bevat de parameter 'Oriëntatie Tijd/ruimte'. Dit valt onder de ICF-component functies, specifiek bij hoofdstuk 1: Mentale functies, de codes b1140: Oriëntatie in tijd en b1141: Oriëntatie in plaats. Vervolgens is er de parameter 'Rusteloosheid'. Dit kan onder verschillende codes en niveaus binnen de ICF-component functies vallen. Tot slot bevat het document de parameters 'Woonsituatie, onder zelfde dak', 'Mantelzorg, niet onder zelfde dak' en 'Comfort'. Dit valt onder de ICF-component externe factoren. De eerste twee parameters zijn te linken aan de codes e310: Naaste familie, en e430: Persoonlijke verzorgers en assistenten, onder hoofdstuk 3: Ondersteuning en relaties. De laatst vermelde parameter valt onder hoofdstuk 1: Producten en technologie. Per parameter is er een scoringsgraad om de zorgbehoefendheid te bepalen. Gezien ICF zelf een graad van ernst voorziet per ICF-code, kan dit de WECKX-schaling vervangen of ermee gelinkt worden.

Een ander document binnen het thuiszorgdossier is een 'Checklist sociale financiële voorzieningen', te zien in figuur 19. Deze informatie omvat de betrokken tegemoetkomingen, diensten, instellingen, sociale en fiscale voordelen. Dit valt allemaal onder de ICF-component externe factoren, onder het hoofdstuk: Ondersteuning en relaties (code e340: Persoonlijke verzorgers en assistenten, e355: Hulpverlening in de gezondheidszorg), hoofdstuk: Diensten, systemen en beleid. Het is mogelijk om deze zaken te coderen met ICF, maar daarvoor dient een specifieke Belgische of Vlaamse *subset* ontwikkeld worden om de instellingen te benoemen. Gezien ICF een internationale classificatie is, worden er geen land specifieke instellingen of diensten gecodeerd. Respondenten zien bij een elektronisch thuiszorgdossier zo de mogelijkheid om beter te kunnen opvolgen welke andere zorg- en hulpverleners er betrokken zijn. Nu kan dat enkel bekeken worden indien men op thuisbezoek gaat. Als er dan multidisciplinair overleg nodig is, lijkt het voor hen interessant om de betrokken zorg- en hulpverleners waarmee volgens hen overleg nodig is, op elektronische wijze uit te nodigen om zo een overleg te organiseren.

CHECKLIST SOCIALE FINANCIËLE VOORZIENINGEN			
<p>Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de Centra voor Algemeen Welzijnswerk van uw Ziekenfonds of het OCMW. Vergeet ook niet na te vragen wat uw aanvullende voordelen zijn bij het Ziekenfonds.</p>			
Niet van toepassing		Datum van de aanvraag	Datum van de beslissing: ja/nee
	INKOMEN		
	Tegemoetkoming Hulp Aan Bejaarden		
	Integratie tegemoetkoming		
	Inkomensvervangende tegemoetkoming		
	Hulp van derden		
	Zorgverzekering		
	Kinderbijslag (verhoogde)		
	OCMW-steun		
	Omnio/RVV		
	Pensioen		
	InkomensGarantie voor Ouderen / GI		
	Andere:		
	ZORG		
	Hulpmiddelen dagelijks leven (uitz VAPH)		
	Bijzonder Solidariteitsfonds		
	PAB		
	Personalarmsysteem		
	Riziv - hulpmiddelen		
	VAPH - hulpmiddelen		
	VAPH - tewerkstelling		
	VAPH - zorg		
	Zorgoverleg		
	Andere:		
	DIENSTEN		
	Gezins hulp		
	Klusjesdienst		
	Peetshulp		
	Thuisverpleging		
	Uitleendienst:		
	Vervoerdienst vb. Solmobiel, MMC, ...		
	Andere:		
	SOCIALE & FISCALE VOORDELEN		
	Elektriciteit (soc. tarief of spec. tarief ikv zuurstof)		
	Zorgforfaits mutualiteit		
	Gas (sociaal tarief)		
	Gemeentelijke premies		
	GMD		
	Internet (sociaal tarief)		
	Kabelvermindering		
	MAF		
	Omroepende Voorheffing		
	ParkeerKaart		
	Persoonbelasting		
	Telefoon/GSM (sociaal tarief)		
	Andere:		

Figuur 19 Checklist Sociale Financiële voorzieningen

Tot slot is er een communicatieblad waar de betrokkenen hun bevinden noteren voor elkaar over de cliënt/patiënt. Hier is het gebruik van de ICF-classificatie geen optie, maar kan wel meer genoteerd worden met het ICF-model rond het functioneren van een persoon in het achterhoofd.

De respondenten zien IFC als een mogelijkheid om misinterpretaties in het dossier te vermijden. De betrokken zorg- en hulpverlener schrijven nu nota's en interpretaties in hun eigen vaktaal in het thuiszorgdossier, wat tot misinterpretaties kan leiden. Het gebeurt ook dat de hulpverlener nota's doorgeeft die hij/zij pas achteraf ingeeft in het dossier. Men geeft ook soms de nota's door aan een maatschappelijk werker op het bureau, die het dossier dan invult. Dit kan voor fouten zorgen. Een systeem waarbij het duidelijk is wat de termen betekenen, zoals door een algemeen gebruik van ICF-codes, zou een stap vooruit zijn richting betere thuiszorg: *“Daarom moet er een soort interpretatiesysteem zijn van de basisgegevens, wat bedoelen we met wat, zodat een woord een woord betekent. Omdat wij sommige dingen gebruiken die voor de thuiszorg compleet onbegrijpbaar zijn”* (stakeholder nr. 7).

Om ICF-codes te gebruiken binnen het thuiszorgdossier is een elektronische versie nodig. Dit wordt de komende jaren geïmplementeerd en zal via vitalink of eHealth verlopen. De zorg- of hulpverlener zal met zijn eigen laptop en USB-stick die de laptop altijd toegang geeft tot internet, thuis kunnen langsgaan. Een andere mogelijkheid zou zijn om een computer of tablet bij de mensen thuis te leggen in plaats van een map. Via beveiligde toegang kunnen enkel bevoegde zorg- of hulpverleners toegang krijgen tot de gegevens. Ook zou het mogelijk moeten zijn dat niet alle hulpverleners de medische fiche kunnen inzien. Dit is nu wel het geval met het papieren thuiszorgdossier.

Daarop aansluitend zien de respondenten een mogelijkheid om de ICF-registraties uit het patiënten-/cliëntendossier direct te linken met de registraties in het elektronisch thuiszorgdossier. Op die manier is er geen dubbel werk. Al stellen enkelen dat de gegevens die in het eigen patiënten- of cliëntendossier geregistreerd worden, niet altijd overeenkomen met de praktische richtlijnen die in de thuiszorg map over dezelfde persoon worden geschreven. Ook lijkt het voor urgente situaties niet optimaal om een volledig dossier door te krijgen in de thuiszorgdossiers. In deze situaties heeft men enkel nood aan minimale concrete gegevens: *“Ja, je moet weten, dat is een mooi opzet voor het totaalbeeld van uw patiënt, maar stel nu dat je bij een oudere, bijvoorbeeld een urgentie hebt, dan heb je dit systeem niet nodig. Dan heb je eigenlijk alleen de meest noodzakelijk informatie nodig. En dat is die kaft die daar beschikbaar is. Ze gaan niet elektronisch gaan kijken”* (respondent werkveld nr. 20).

Indien beide dossiers gelinkt worden, dient enkel de relevante informatie uit het globaal dossier geüpload worden in thuiszorgdossier, en omgekeerd. Binnen het globaal registratiedossier van de zorg- of hulpverlener komt er dan een module of tabblad 'thuiszorg map'. Er wordt met het rijksregisternummer van de patiënt/cliënt ingelogd op dat tabblad. De relevante informatie uit de registratiedossiers worden zo geüpload. Toevoegingen vanuit het eigen vakgebied kunnen naast de geüploade informatie aangevuld worden in het thuiszorgtabblad (informatie uit interview met stakeholder nr. 7). Of dit mogelijk is, dient verder onderzocht te worden.

Er bestaan proefprojecten rond elektronische thuiszorgdossiers. Die zijn systematisch afgevoerd of niet gebruikt door praktische problemen rond internetverbinding, het lage engagement van de gebruikers en de financiering van de projecten. Ook vanuit de respondenten komt er enige tegenkanting. Het voornaamste probleem is dat niet alle burgers over een computer beschikken om hun eigen thuiszorgdossier in te kijken. Daarmee worden voornamelijk oudere mensen of migranten bedoeld. Het inkijken van het dossier is een essentieel onderdeel van het thuiszorgdossier. Indien dit niet meer mogelijk is, ziet het werkveld er geen meerwaarde in. Net omdat voornamelijk veel ouderen thuiszorg nodig hebben. Ook stelt men zich vragen of de technische problemen de gebruiksvriendelijkheid niet zullen verlagen.

Een tweede moeilijkheid is de thuiszorg- of thuishulpverlener overtuigen om mee in dit systeem te stappen. Er zullen goede afspraken moeten gemaakt worden zodat iedereen kan werken met het elektronisch systeem en perfect weet waar ze hun nota's moeten invullen: *“Iedereen moet dat ook...iedereen moet dat kunnen invullen eh, ik bedoel, de Turkse poetsvrouw die daar komt en haar babbeltje doet met de klant is misschien niet in staat om dat systeem in te vullen, terwijl ze in die kaft perfect kan schrijven van ik heb vandaag de badkamer gepoetst”* (Respondent werkveld nr. 11). De opleiding om met een elektronisch dossier te werken en dit volgens ICF-model, zal veel tijd in beslag nemen. Tevens moeten er voldoende middelen en subsidies van hoger niveau komen dit uit te werken. In dat opzicht ziet men het project enkel mogelijk op de lange termijn. Een uitgebreide overgangsfase waar de thuiszorg map blijft bestaan maar intussen stelselmatig rond het functioneren van een persoon wordt gewerkt en in een latere fase een overstap naar een elektronisch thuiszorgdossier wordt uitgebouwd, lijkt volgens hen de beste aanpak (informatie uit interview met stakeholder nr. 15)

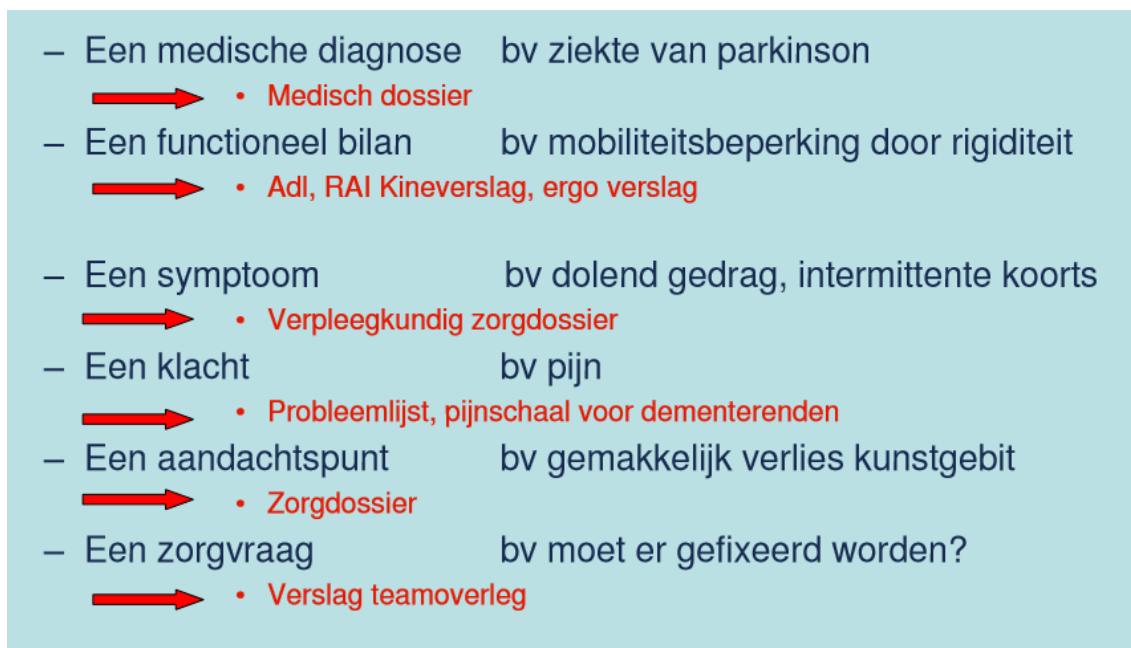
7.2.2 Micro: (E-)zorgplan

Een volgende micro-toepassing die samenhangt met het thuiszorgdossier is het zorgplan. Bij sommige cliënten/patiënten waarbij een thuiszorgdossier is opgestart, wordt beslist om een zorgplan op te maken, als de situatie het vereist. Het zorgplan dient als draaiboek voor een goed georganiseerde thuiszorg, waarbij alle zorgverstrekkers van elkaar weten wat ze zelf moeten doen en wat ze van andere betrokkenen verwachten. Het garandeert een betere communicatie tussen de thuiszorgpatiënt, de mantelzorgers en de professionele zorg- en hulpverleners. Het zorgplan is intussen ook in elektronische vorm beschikbaar. Dit zorgt ervoor dat het, net zoals het elektronisch thuiszorgdossier, gelinkt kan worden met het globaal registratiedossier. Dit kan de registratielast aanzienlijk verminderen. Beide systemen kunnen zo via ICF-registraties gegevens doorsturen.

Ook is zo beveiligde communicatiemogelijk en krijgen de gebruikers een permanente toegang tot de zorgplannen waarbij ze betrokken zijn. Het e-zorgplan is te consulteren door de patiënt, de mantelzorgers en alle betrokken zorg- en hulpverleners. Men krijgt enkel toegang tot de zorgplannen waarbij men betrokken is¹⁰³.

Het e-zorgplan bevat administratieve gegevens van de patiënt of cliënt, gegevens van het multidisciplinair overleg en de bereikbaarheid van de betrokken zorgactoren, geplande zorg, evaluatieschalen, gemaakte taakafspraken, begeleidingsplannen en verslagen van het multidisciplinair overleg. Het wordt opgemaakt door de betrokken zorg- of hulpverlener die vanuit zijn eigen perspectief en professionele expertise een probleemstelling formuleert. Een voorbeeld hiervan is terug te vinden in figuur 20.

¹⁰³ Samenwerkingsinitiatief Eerstelijns Gezondheidszorg GOAL. E-zorgplan. Opgehaald op 12 november 2014, van <http://www.selgoal.be/mdo/e-zorgplan/>



Figuur 20 Voorbereiding van het zorgplan¹⁰⁴.

Zoals te zien in figuur 20 wordt vanuit verschillende disciplines informatie aangeleverd. Dit resulteert in gevarieerde probleemstellingen. Elk uitgangspunt kan gelinkt worden met een ICF-component. Een medische diagnose valt onder Gezondheidstoestand. Een functioneel bilan kan men uitwerken aan de hand van de ICF-componenten 'Activiteiten en Participatie'. De respondenten geven daarbij wel aan dat dit niet uitgebreid kan geregistreerd worden, wegens tijdsgebrek. Indien er informatie rechtstreeks uit verslagen of globale dossiers kan gelinkt worden met het functioneel bilan, zou een betere en uitgebreide beschrijving wel mogelijk zijn. Vervolgens past een symptoom en een klacht bij de component functies. Een aandachtspunt kan eventueel onder de ICF-component persoonlijke factoren vallen. Als er zo vanuit verschillende componenten van ICF informatie samengebracht wordt, kan een beter beeld geschept worden omtrent de zorg, wat tot concrete doelstellingen kan leiden.

De SEL's of Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg, die de Vlaamse regionale samenwerkingsverbanden representeren, zijn bezig met het optimaliseren van de zorgverlening aan de gebruiker van de eerstelijnszorg. Op dit moment zijn er in totaal 15 SEL's. Naast organisatorische functies, tracht men de implementatie van elektronische gegevensdeling van het zorgplan uit te werken¹⁰⁵. De SEL's kunnen het gebruik van ICF in het e-zorgplan helpen ontwikkelen.

Eens de invulling van de Eerstelijnszones in 2018 gestalte krijgt, kan de ontwikkeling van het gebruik van ICF in het zorgplan een opdracht worden van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

104 KULeuven en BVVG Crataegus. Het zorgplan in het Woon Zorgcentrum. Opgehaald op 12 november 2014, van <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/18052706.pdf>

105 Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg. Het e-zorgplan. Opgehaald op 1 december 2014, van www.e-zorgplan.be.

7.2.3 Micro: Multidisciplinair overleg

“Nee, nee, het is niet omdat er een bepaalde storingscode is, aleja, mensen functioneren anders eh met dezelfde stoornis. Het overleg mag niet wegvallen. Dat iedereen vanop zijn eigen bureau blijft zitten en noteren” (respondent werkveld nr. 2).

Een laatste toepassing op microniveau is te vinden bij het multidisciplinair overleg, dat samenhangt met het thuiszorgdossier en het zorgplan. Bij complexe thuiszorgsituaties moeten vaak verschillende zorg- en hulpverleners ingeschakeld worden. Een multidisciplinair overleg streeft zo naar een betere samenwerking en goede afstemming van de zorg op de noden en verwachtingen van de patiënt of cliënt. De overlegorganisator moedigt alle betrokkenen aan om de noden van de patiënt of cliënt en de mantelzorgers in kaart te brengen en taakafspraken te maken. De afspraken gemaakt tijdens het overleg kunnen verschijnen in het elektronisch zorgplan¹⁰⁶.

ICF vindt hier toegang door het overleg vorm te geven volgens het conceptueel denkkader. Indien de verschillende zorg- en hulpverleners vanuit hun expertiseveld een visie vormen over het functioneren van de persoon in kwestie, en dit samen wordt besproken, kan bruikbare informatie ontstaan. Door het overleg samen te plegen is het eveneens mogelijk dat de betrokkenen buiten hun eigen expertiseveld gaan nadenken. Tot slot kan men door het gebruik van ICF concrete doelstellingen vormen rond de zorg van de cliënt/patiënt.

De respondenten zien dit ook als een goede optie. Stakeholder nr. 19 is positief over een link tussen gezondheids- en welzijnssector daar verschillende subjectieve ICF- evaluaties van de cliënt/patiënt, een rijker resultaat zal opleveren. Toch komen ook bedenkingen naar boven: *“En nu in de SEL trachten wij daar ook een soort vergoeding te voorzien. Maar misschien, is het genoeg of niet genoeg, dat is niet dezelfde perceptie, ze hebben de indruk dat ze dan niet aan het werken zijn eh, maar toch is dat zo eh. Als we in die richting werken, als men iets doet dat buiten de normale prestaties is, dat dan evenwaardig is en op een evenwaardige manier vergoed worden. Persoonlijk vind ik niet dat we dat kunnen vervangen, dat alle informatie op een elektronische manier wordt doorgestuurd, dan zijn we al veel tijd gewonnen, dat we niet meer moeten zeggen wat is de situatie enzoverder. Dat eigenlijk iedereen de volledige informatie in zijn hoofd heeft alvorens te vertrekken naar het overleg. En dan op het overleg enkel nog puur over wat er nog allemaal moet gebeuren. En het voordeel is dan wel dat iedereen op identieke wijze registreert, maar ook de informatie krijgt, en dan niet elk zijn eigen systeemke met elk eigen interpretatie” (stakeholder nr. 7).*

Men vreest dat een uitgebreide analyse rond het functioneren van een persoon veel extra tijd in beslag zal nemen. De betrokkenen, voornamelijk de zorgverleners, dienen een compensatie voor deze tijdsinvestering te krijgen. Een andere mogelijkheid kan zijn om op voorhand de belangrijkste zaken te bekijken in het elektronische dossier, en enkel de kernzaken te bespreken tijdens het overleg. Indien de gebruikte systemen ook met ICF werken, is er zo continuïteit mogelijk. De betrokkenen kunnen bijvoorbeeld het elektronisch thuiszorgdossier en zorgplan, dat met ICF-termen opgemaakt is, op voorhand lezen. Met die kennis in het achterhoofd kan men gericht overleggen tijdens het multidisciplinair overleg, eveneens volgens het ICF-kader. Ook zien sommige respondenten een optie om betrokken zorg- of hulpverleners die niet aanwezig kunnen zijn op het overleg, via elektronische wijze hun interpretatie te laten doorsturen. Als iedereen in hetzelfde kader denkt, zou dit begrijpbaar moeten zijn voor de anderen.

106 Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg. Het multidisciplinair overleg. Opgehaald op 1 december 2014, van <http://www.selgoal.be/mdo/>

7.2.4 Meso: Als gedeeld dossier

Als gevolg van geïntegreerde registratie zien de respondenten het gedeeld dossier opkomen. Dit zou er komen omdat volgens de respondenten een volledig functioneel bilan uitwerken op basis van ICF door één enkele zorg- of hulpverlener niet haalbaar is. Ook stellen enkele respondenten de vraag of ze alle concepten van het IFC-denkkader wel voldoende kunnen inschatten. In dit opzicht lijkt het volgens hen logisch dat, indien verschillende zorg- en hulpverleners met ICF aan de slag gaan, er een geïntegreerd cliënten-/patiëntendossier komt.

A. Afstemming van zorg en begeleiding mogelijk

Een opgemerkt voordeel van een gedeeld dossier is dat de zorg en begeleiding kan afgestemd worden op elkaar. Als iedereen volgens hetzelfde ICF-kader werkt kan men de eigen registraties toetsen aan de visie van andere betrokkenen: *“Functies en anatomische eigenschappen. Specifieke zaken zoals mobiliteit of –beperkingen. Op basis daarvan als er een bij mij komt en een rolwagen wilt, en dat dan doorsturen naar onze interne dienst, die dat dan kan opvragen aan onze arts en stelt, het is in orde met de keuring en naar Brussel met de parkeerkaart ook te regelen. Dat zou allemaal vlotter kunnen dan. Dus ik zie er wel de meerwaarde in, maar het moet allemaal wel bewaakt worden”* (respondent werkveld nr. 3).

Tevens kan zo dubbel werk worden vermeden: *“Bijvoorbeeld, iemand krijgt werkloosheidsuitkering. Die moet verplicht in opleiding bij de VDAB. Die moet haar sollicitatie inspanningen aantonen, en op gesprek gaan, voor wie ze gesolliciteerd hebben. En bij ons [OCMW] moeten die dat ook doen. Maar er is niets van communicatie over. Dus dat is eigenlijk dubbel werk dat die moeten doen. Een begeleiding bij de VDAB en een begeleiding bij het OCMW. En er is al een communicatieverbetering toegepast. Bijvoorbeeld, de begeleiding bij het OCMW kan in de VDAB het dossier gaan inkijken. Maar dat registratiedossier zit helemaal anders in elkaar, waardoor we er niet aan uit geraken. We kunnen er enkel uit afleiden op welke data onze klanten op gesprek zijn geweest, euh, met wat ze wel en niet in orde zijn. Heel abstract. Maar we weten niet, wat is daar besproken, welke afspraken zijn er gemaakt, welke begeleiding was er”* (respondent werkveld nr. 17). Zo komt er meer tijd vrij om te werken rond begeleiding, proactieve werking. Er wordt vanuit de wijkgezondheidscentra zelfs geopperd om de apothekers en ziekenhuizen mee in het gedeeld dossier te nemen. Een respondent ziet bijvoorbeeld ook een optie om de dokter van wacht te betrekken in het gedeeld dossier, om zo beknopte informatie door te sturen wanneer een acute situatie zich voordoet (informatie uit interview met respondent werkveld nr. 20).

B. Afspraken rond het delen van welke ICF-gegevens is noodzakelijk

Het lijkt de respondenten ook noodzakelijk dat er duidelijke afspraken gemaakt worden over elektronisch gedeelde gegevens. Daarvoor is grondig onderzoek nodig om een goede inschatting te maken welke (gezondheids-)gegevens nodig zijn voor bepaalde welzijnsinstellingen of gezondheidssectoren.

Een opmerking die komt is dat men daarbij moet opletten voor tegenstrijdige belangen. Dezelfde gegevens worden binnen verschillende instellingen niet altijd voor dezelfde doeleinden gebruikt: *Want er zijn soms tegenstrijdige belangen he. Maar ik denk niet dat iedereen in de maatschappij, die betrokken is met de patiënt, hetzelfde nastreeft. Alé, ik denk nog maar aan activering bijvoorbeeld”* (respondent werkveld nr. 12).

Anderzijds vinden veel respondenten uit de welzijnssector het gedeeld dossier een voordeel. Bepaalde gezondheidsgegevens kunnen zo wel verkregen worden bij de welzijnsinstellingen *“Dan geven ze de diagnose niet, en dat gaan ze aan mijn niet geven eh. In een aantal gevallen, voor tegemoetkoming voor gehandicapten heb ik dat wel nodig, en dan moet ik dat altijd via de klant doen. In de veronderstelling dat dat iemand is die mobiel is. En ik heb al geprobeerd. De laatste keer dachten ze in Middelheim dat het wel zou lukken, van uit de consultatie, een hele goede klant vanuit de consultatie. Dat hij dat wel zou doen, maar het is toch niet gebeurd. Faciale chirurgie was dat. Maar ik kan begrijpen dat hij het niet zou doen, ik dacht hij zal toch weer mailen naar u, dat hij hoort waar ge werkt, wie ge zijt, maar het is niet gebeurd”* (respondent werkveld nr. 11).

Respondenten uit de welzijnssector geven daarbij aan dat er nu vaak gezondheidsgegevens niet gedeeld worden vanuit de gezondheidssector, terwijl de welzijnswerkers deze gegevens wel nodig hebben om tegemoetkomingen, ziekte- of werkloosheidsuitkering te regelen voor een cliënt. Ze begrijpen daarbij wel dat het delen van gezondheidsgegevens niet altijd mogelijk is wegens privacybescherming van de cliënt/patiënt. Toch zien het als noodzakelijk om een betere en meer formele regeling van uitwisseling gezondheidsgegevens uit te werken, zodat zij de tegemoetkomingen en uitkeringen efficiënter kunnen uitwerken. Een gedeeld dossier op basis van ICF kan hierbij een oplossing bieden.

Vanuit de gezondheidssector ziet men daarin ook mogelijkheden om zo meer gegevens over de sociale en externe factoren van een patiënt te weten. Dit om een beter beeld te krijgen over de context van een patiënt, wat de zorg naar de persoon toe kan verbeteren: *“Zo kan maatschappelijk werker eens doorgeven aan de dokter welke job bv interessant zou kunnen zijn voor een patiënt. Ik denk dat de patiënt dat zelf niet zo rap zou vertellen. Ik denk echt dat een dossier delen een meerwaarde heeft voor de patiënt en dat we soms zelf denken dat dat niet zo is maar in feite wel”* (respondent werkveld nr. 22). Een ander aangehaald voorbeeld is het feit dat enkele tegemoetkomingen die een huisarts moet bepalen voor de patiënt, enkel zinvol zijn als een persoon onder een bepaald inkomensniveau valt. Het zou voor de huisarts interessant zijn indien hij/zij op voorhand wist onder welk inkomensniveau een persoon valt, doordat deze gegevens vanuit de welzijnssector worden doorgestuurd.

Tegenstrijdig hiermee, stelt men zich wel de vraag of al deze gegevens wel gecommuniceerd kunnen worden, louter via een elektronisch gedeeld dossier op basis van ICF-termen. Dit vooral met betrekking tot zéér complexe medische en sociale situaties van patiënten/cliënten. Sommige respondenten maken de bedenking dat telefonisch contact in deze situaties goede manier is om alle nuances uit te leggen. Er zal grondig onderzoek nodig zijn om te bepalen welke gegevens wél via een elektronisch gedeeld dossier overgedragen kunnen worden, en welke gegevens te complex zijn, en meer nuance nodig hebben dan louter een ICF-code. Dit geldt ook voor gegevens waar het niet duidelijk is of de privacy van de cliënt/patiënt wordt geschonden, bij deling ervan.

C. Praktische werking van een gedeeld dossier

Praktisch gezien lijkt het de respondenten beter het eigen dossier te behouden, mits toepassing van ontbrekende ICF-codes, indien er een gedeeld dossier komt. De gedeelde informatie zou vervolgens via eHealth of vitalink te consulteren zijn. Stakeholder nr. 18 vindt dat er een mogelijkheid moet zijn om gedeelde gegevens van andere zorg- en hulpverleners, eerst te controleren vooraleer ze in het eigen dossier terecht komen. Op die manier kan men zelf bepalen of de doorgestuurde informatie klopt, of relevant is om in het dossier te houden. Bij bepaalde patiënten/cliënten kunnen er verschillende visies van zorg- en hulpverleners gedeeld worden over één situatie, om uiteindelijk tot een goed onderbouwde conclusie te komen over de persoon.

De meeste respondenten zien de doorgestuurde gegevens eerder als een basis om een dossier of begeleiding mee te starten, of als een indicatie om de persoon op een bepaalde manier te benaderen. Dit houdt niet in dat ze in elke situatie met die gegevens zullen werken. Het is dus niet de bedoeling om de patiënt/cliënt tijdens een consultatie met die gegevens te confronteren. Wel ziet men het bruikbaar om het te gebruiken om zo hun eigen conclusies over een cliënt/patiënt af te toetsen. Zo kunnen vermoedens worden bevestigd of ontkend. Samenvattend vindt men de mening van de cliënt/patiënt nog altijd essentieel, en moet het grootste deel gegevens via hen verkregen worden.

D. Privacy van de cliënt/patiënt

Tot slot vinden de ondervraagde huisartsen dat het doorgestuurd krijgen en bekijken van sociale gegevens over patiënten, de privacy van de persoon niet in het gedrang brengt, gezien de huisartsen gebonden zijn aan het beroepsgeheim. Omgekeerd ziet de gezondheidssector wel problemen rond privacy in het doorsturen van medische of gezondheidsgegevens naar partners bij de welzijnssector. Het zou voor hen noodzakelijk zijn dat enkel relevante gegevens gedeeld worden, niet het volledige dossier.

Vanuit de welzijnssector komt er ook enige weerstand tegen het delen van gegevens, door de privacy van de cliënt. Zo vreest men dat de vertrouwensband tussen maatschappelijk werker en cliënt geschonden wordt, indien de maatschappelijk werker over (gevoelige) gegevens beschikt, die de cliënt niet zelf heeft gezegd. Men wilt elke nieuwe cliënt een nieuwe kans geven, wanneer ze bij hen aankloppen. Op voorhand inkijken van gegevens zou de objectieve aanpak tegenover de cliënt kunnen aantasten. Tevens gaat de begeleiding door maatschappelijk werkers ook over erkenning en luisteren naar het verhaal van de cliënt, volgens de respondenten.

Samenvattend kan men stellen dat de meeste respondenten een gedeeld dossier op basis van ICF als een mogelijkheid naar de toekomst zien, om zo geïntegreerde en betere zorg en begeleiding aan te bieden. Tevens kan het dubbel werk vermijden en zorgt het ervoor dat alle nodige gegevens bij de zorg- en hulpverleners terechtkomen. Er zijn echter heel duidelijk afspraken en richtlijnen nodig over welke gegevens gedeeld zouden worden, conform de privacy rechten van de patiënt/cliënt en het beroepsgeheim. Tot slot dient dit in een praktisch en gebruiksvriendelijk systeem verwerkt te worden.

7.2.5 Meso: Multidisciplinaire teams

Een tweede vorm waarin ICF toepasbaar lijkt volgens de respondenten is binnen multidisciplinaire teams (MDT), in een revalidatie- en wijkgezondheidscentrum, en teams binnen voor bijvoorbeeld het CLB en het VAPH. Het meeste onderzoek rond ICF werd ook gevoerd binnen multidisciplinaire teams (Tempest et al, 2012; 2013), en de lopende proefprojecten rond ICF, gebeuren eveneens binnen MDT's. Het ICF-denkkader en de ICF-classificatie lijkt goed bruikbaar binnen de MDT's, omdat er een gedeeld beroepsgeheim is, en men in hetzelfde dossier werkt.

ICF-componenten zouden zo door de verschillende teamleden ingevuld kunnen worden, waardoor er een goed onderbouwd beeld van de cliënt/patiënt en zijn of haar functioneren kan ontstaan. De componenten kunnen daarbij door alle teamleden worden ingevuld, of men kan ze verdelen naargelang relevantie per discipline. Respondenten uit MDT's geven aan dat er binnen hun huidige werking nog te vaak vanuit het eigen vakjargon wordt gedacht, bij het opstellen van de verslagen, of de bespreking van een persoon binnen het team. Een geïntegreerd systeem zoals ICF zet de persoon en zijn functioneren centraal. Daar rond zou het team kunnen verder werken. Op die manier worden de verschillende disciplines in het team niet het uitgangspunt, maar wel de cliënt/patiënt.

De huisartsen uit de wijkgezondheidscentra geven bijvoorbeeld aan dat ze nu met hun ICPC-2 codes niet kunnen communiceren met de maatschappelijk werker binnen het centrum. Ofwel wordt alle sociale informatie door de maatschappelijk werker onder één specifieke ICPC-2 code geschreven in de vorm van een vrij stuk tekst. In andere centra werken de maatschappelijk werkers met een WORD-bestand, waar alle informatie lukraak wordt genoteerd. De huisarts kan dit inkijken, maar gezien dit niet gestructureerd wordt weergegeven, zorgt dit voor veel extra werk. Ook ontstaan er bijvoorbeeld dubbele registraties doordat de huisarts en de maatschappelijk werker de sociale problematiek onder verschillende ICPC-2 codes registreren, zonder dat ze het van elkaar weten. In hoofdstuk 5 volgt een overzicht van proefprojecten rond ICF in Vlaanderen, met concrete toepassingen. De projecten worden allemaal binnen multidisciplinaire teams uitgevoerd.

7.2.6 Meso: Als verwijsbrief tussen zorg- en hulpverleners

Over het gebruik van ICF om de communicatie tussen de zorg- en hulpverleners te verbeteren, komt er veel enthousiasme. Ze zien de verwijsbrieven die nu worden verstuurd als een goede insteek om doelmatig doorgestuurde informatie te structureren. Op dit moment worden de verwijsbrieven vaak in vrije tekst of vanuit het eigen vakjargon ingevuld en doorgestuurd. Een voorbeeld is te zien in figuur 21. Het zou voor de respondenten handig zijn de verwijsbrieven op te stellen volgens de ICF-hoofdcomponenten. De zorg- of hulpverlener kan dan zo de informatie structureren onder de ICF-componenten. Dit kan zijn in de vorm van een blok tekst, of via de specifieke ICF-codes en *labels*. Zo is de brief een weerspiegeling van het functioneren van de persoon.

Stakeholder nr. 18 vat het zo samen: *“Uit de verwijsbrief neem ik de belangrijke diagnoses over en zet ik in het dossier. Als men automatisch aan zo’n brief bijvoorbeeld, een aantal diagnoses gaat gaan hangen, ICD-codes of ICPC-codes, welke classificatie ook, dus als daar een labeltje aan staat en dat labeltje wordt automatisch op mijn plaats waar de diagnoses moet komen, gezet, dan moet ik de kans krijgen om dat te valideren of om te zeggen: ik smijt dat eruit, ik ben daar niet mee akkoord”*. Het moet daarbij mogelijk zijn dat de verwijsbrief direct kan doorgetrokken worden in het dossier.

Datum 12-7-2010

Naam: █

Adres/ziekenhuis: █

Geachte Collega,

Hierbij verwijs ik u

Patiënt: █ Geboortedatum: █

Reden verwijzing: start zorgtraject diabetes
█

Antecedenten/co-morbiditeiten:
█

Huidige medicatie & dosering:

█	█
█	█
█	█

Relevante parameters:

Bloeddruk	█
HbA1c	█
LDL Cholesterol	█
BMI of gewicht en lengte	█

Complicaties:

(Micro)albuminurie	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Weet niet
Diabetesvoet	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Weet niet
Retinopathie	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Weet niet
Neuropathie	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Weet niet
Nefropathie	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Weet niet
Cardiovasculaire problemen	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Weet niet
Andere	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Weet niet

Belangrijke klinische informatie:
█

In bijlage:
 Zorgtrajectcontract
 Persoonlijk opvolgingsplan van de patiënt

Met Collegiale Groet,

Handtekening en stempel

Figuur 21 Verwijsbrief naar diabetoloog¹⁰⁷

Hierbij zou het wel belangrijk zijn dat de verwijsbrieven of andere communicatiemedia, met dezelfde classificatie en interpretatie van codes worden opgesteld, zodat de doorgestuurde codes of labels duidelijk zijn voor de verschillende systemen. Wat ook een mogelijkheid is dat enkel de verslagen of verwijsbrieven via ICF verlopen, maar dat ICF vervolgens *gemapt* wordt met de systemen die gebruikt worden in de eigen dossiers, wanneer een verslag of verwijsbrief binnenkomt: *“Je zou het inderdaad makkelijker kunnen zien als een soort verwijsbrief om een boodschap bv over te maken naar een MW om alles uit te typen. De MW leest dat en moet alles hercoderen en dat in haar systeem steken. En op die manier zeggen van kijk, ik ga u doorverwijzen naar MW, dan klik je aantal dingen aan. En dan komt dat aan bij MW. En via uw ID ga je bepaalde gegevens binnentrekken. Ik denk dat dat een heel anders perspectief heeft dan een heel gedeeld systeem waar iedereen toegang toe heeft en wij alles op tijd*

107 Domus Medica. Verwijsbrief. Opgehaald op 1 december 2014 van <http://www.domusmedica.be/component/search/?searchword=verwijsbrief&searchphrase=all&Itemid=1338>

moeten afsluiten of openzetten” (respondent werkveld nr. 21). Zo hoeven de huidige registratiesystemen niet volledig aangepast te worden aan ICF. Semantische interoperabiliteit tussen ICF en de huidige systemen is dan wel nodig.

7.2.7 Meso: Sociaal netwerk klant

Een laatste toepassing op mesoniveau is de vraag om het sociaal netwerk van een cliënt/patiënt via ICF in kaart te brengen. Respondenten vinden dat dit ontbreekt in hun huidige dossiers. Het kan de zorg verbeteren indien men beter en op een structurele manier op de hoogte zou zijn wie of welke instellingen er al betrokken zijn bij een patiënt/cliënt. Normaal komt men dit te weten via de cliënt/patiënt zelf, maar dat is niet altijd evident. Ook wordt gezegd dat collega’s uit andere sectoren vaak niet goed bereikbaar zijn via telefoon of e-mail. Indien het elektronisch registratiesysteem dit zelf kan voorzien, zou het efficiënter zijn.

Ook hier dient de cliënt/patiënt eerst toestemming te geven, alvorens deze informatie kan gedeeld worden. Dit gebeurt via hun ID-lezer op de site van eHealth, of vitalink in de toekomst. Dit is volgens de respondenten noodzakelijk omdat er een risico bestaat op vooroordelen tijdens de begeleiding of zorg, als de zorg- of hulpverlener op voorhand weet dat de cliënt/patiënt bijvoorbeeld al begeleiding krijgt van het OCMW. Dit kan de zorg of begeleiding enigszins beïnvloeden. Het feit dat de persoon zijn toestemming heeft gegeven om die zaken beschikbaar te stellen, is daarom een must. Al maken enkele respondenten zo de bedenking dat net de personen voor wie een zicht op hun sociaal netwerk noodzakelijk is, geen toelating zullen geven.

Praktisch gezien kunnen extra codes binnen de component Externe factoren aangemaakt worden voor de Belgische en Vlaamse instellingen te labelen. Dit is noodzakelijk, omdat er onder de component externe factoren, hoofdstuk 3: Ondersteuning en Relaties enkel vage codes zoals e340: Persoonlijke verzorgers en assistenten en e355: Hulpverleners in de gezondheidszorg bestaat. Wat betreft de welzijnsinstellingen kunnen die enkel worden gecodeerd onder hoofdstuk 5: Diensten, systemen en beleid en meer bepaald code e5750: Welzijnsvoorzieningen. Om een correct en volledig sociaal netwerk in kaart te brengen, is een Belgische of Vlaamse set van codes met daarin de voorkomende instellingen, zorg- en hulpverleners, noodzakelijk. Er zijn reeds plannen om in de toekomst via vitalink het zorgnetwerk in Vlaanderen te voorzien in de registratiesystemen voor de Vlaamse zorg- en hulpverleners. Dit zou kunnen gefaciliteerd worden door het gebruik van de ICF-classificatie.

Tot slot wordt in 7.2.8 en 7.2.9 enkele ICF-toepassingen op macrogebied weergegeven, die door de WHO zelf voorgesteld worden, en de respondenten bevestigen.

7.2.8 Macro: Intern en externe beleidsinformatie

Een voornaamste toepassing is de rapportering van gegevens naar betrokken overheden om het beleid mee te vormen. Volgens stakeholder nr. 19 is het logisch dat er gegevens van zorgbehoevende personen beschikbaar worden gesteld voor beleid. Dit geldt als ‘tegenprestatie’ voor de financiële steun en sociale zekerheid die de overheden bieden aan de bevolking. Men kan echter niet zomaar alle gegevens, ondanks volledig geanonimiseerd, beschikbaar stellen. Indien ICF wordt toegepast, zullen veel gegevens gecodeerd worden die het volledige functioneren van een persoon en zijn omgevingsfactoren in kaart brengen. Gezien ICF tot op vier niveaus kan coderen, zal dit erg uitgebreid zijn. Hierin zal een grondige selectie moeten gebeuren wat er echt relevant is om te gebruiken. De respondenten stellen dat het doorgeven van informatie aan overheden enkel kan als dit ten goede komt van de cliënt/patiënt. Indien het louter dient ter controle, vindt men een meer uitgebreide rapportering geen goed idee.

Als de verschillende zorg- en hulpverleners zouden coderen met ICF, ontstaat er geïntegreerde registratie en ook geïntegreerde rapportering. Dit zorgt ervoor dat vanuit verschillende perspectieven binnen de gezondheids- en welzijnssector, dezelfde gegevens worden gerapporteerd. Zo kan beter beleid gevoerd worden, doordat de gegevens vanuit verschillende instellingen over dezelfde problematiek niet meer *gemapt* moeten worden. Iedereen zou namelijk de ICF-codes gebruiken. Dit is tevens efficiënter en bespaart kosten.

Toch dient men volgens de respondenten de validatie van het coderen goed op te volgen. Het geven van een code en label aan een persoon gebeurt door een zorg- of hulpverlener. Dit impliceert dat, ondanks de objectiviteit van een code met een duidelijk label, het toch subjectief kan zijn. Dit omdat verschillende personen een andere code kunnen geven bij dezelfde symptomen. Deze subjectieve interpretatie zal zeker van toepassing zijn wanneer men op het derde en vierde niveau van ICF begint te coderen, gezien die niveaus detailanalyse vereist. Dit moet in rekening worden gebracht bij het analyseren van de data door de overheden. Ook zal er genoeg opleiding moeten worden voorzien om zorg- en hulpverleners te leren werken met de ICF-classificatie.

In datzelfde kader ziet men het gebruik van gegevens ook bruikbaar voor intern beleid. Daarop komen er gemengde reacties. Sommige respondenten zien een classificatie als een meerwaarde om meer duidelijk omschreven gegevens te verkrijgen voor het vormen van hun beleid. Anderen stellen dat ze door onderlinge afspraken of door regelmatig overleg met andere partners, over genoeg gegevens beschikken om intern beleid te voeren. Ook wordt bijvoorbeeld reeds gewerkt met enquêtes bij het personeel om zaken na te gaan.

Het is voor de respondenten tevens belangrijk dat de rapportage van gegevens geen extra registratietijd inneemt. Als dit geïntegreerd kan worden in het bestaand registratiesysteem door middel van goede software, waarbij de rapportering uit de registratieparameters kan getrokken worden, ziet men geen problemen

7.2.9 Macro: Internationaal uitwisselen van gegevens

Tot slot geven respondenten aan dat ze het interessant vinden om door middel van ICF, mee te zijn op internationaal gebied. Gezien Europa als geheel aan belang wint, zien respondenten het als relevant dat verschillende landen uit de Europese Unie op dezelfde lijn zitten. Op die manier zal er internationaal wetenschappelijk onderzoek mogelijk zijn, wat de zorg en hulp naar cliënt/patiënt ten goede zal komen.

Ook ziet men de relevantie in om internationaal geïntegreerd te registreren, met oog op betere zorg voor de cliënt/patiënt indien zij buiten de Belgische grenzen in een problematische situatie verzeilen. Dit is al in vorige paragrafen uitgelegd.

7.3 ICF-(proef)projecten

7.3.1 Indiceringsinstrument VDAB

In het kader van de decreten collectief maatwerk en lokale diensteneconomie kreeg de VDAB de opdracht om te indiceren. Daarbij moest de VDAB onderzoeken of iemand kan erkend worden als persoon met een arbeidsbeperking¹⁰⁸ en op basis daarvan rechten op maatregelen kan krijgen. Voornamelijk voor personen met psychosociale problemen en uiterst kwetsbaren van twee jaar werkloos met begeleidingsnood, diende er een indiceringsinstrument opgemaakt te worden. Het is een project dat zo de doorstroom van die groep mensen naar het normaal economisch circuit wil bewerkstelligen, vanuit een sociale economische insteek

De bedoeling is om die groep mensen toe te wijzen. Vroeger ging dat via harde criteria die vaststonden in functie van het aantal jaren werkloos, het bepaald diploma en de scholingsgraad. Daardoor kon doorstroom vaak niet gerealiseerd worden. Via ICF wil de VDAB een betere doorstroom genereren door de aan- of afwezigheid van een arbeidsbeperking op basis van het functioneren van een persoon (de ICF-indicatoren) te bepalen. Volgens stakeholder nr. 2 is dit een meer realistisch criterium, maar ook moeilijker te meten. Daarom heeft men dit project opgestart, om de meting van functioneren te bepalen: *“Met de oude criteria kregen mensen met bijvoorbeeld rugklachten, geen statuut ‘arbeidsbeperking’, terwijl die groep nu, door met ICF een profiel op te bouwen en te kijken hoe het functioneringsniveau is, wel meetelt om daar recht op te krijgen. Die rug zal waarschijnlijk op heel veel domeinen een effect hebben, op uw functioneren. Dat wordt overzichtelijk gemaakt om te kijken: hoeveel effect heeft dat eigenlijk en hoe groot is die problematiek. En dan kunnen uiteindelijk toch rechten geopend worden, via het nieuwe systeem”*. De twee nieuwe groepen, die met psychosociale problemen en uiterst kwetsbaren, worden direct met ICF ingeschaald.

Volgens de VDAB sluit ICF aan bij de visie die ze zelf ook willen hanteren, om op holistische wijze mensen te benaderen, met naast het betrekken van het medische ook randvoorwaarden, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren mee in beschouwing te nemen. Daarnaast speelde het aspect dat ICF een internationale en wetenschappelijke basis heeft ook een rol. Eveneens de mogelijkheid om te communiceren in een gedeelde taal, binnen de eigen organisatie, maar ook intersectoraal.

Het instrument kwam tot stand na 2,5 jaar projectontwikkeling en werd vervolgens goedgekeurd door Prof. Huib Ten Napel en Coen H. Van Gool (RIVM). Tijdens buitenlandse bezoeken maakte de VDAB kennis met ICF. Daarbij werd een *‘exchange group’* opgericht met buitenlandse en binnenlandse deelnemers. De buitenlandse ervaringen werden geëvalueerd en tot slot bestudeerden ze de ICF-categorieën en werden ze onder andere naast de R-Pass gelegd (een bestaand onderzoek). De verantwoordelijken voor het ICF-project bestond uit een projectteam met experts van de Centrale diensten van de VDAB; een groep provinciale consultants sociale economie; het Kabinet Werk, het Kabinet Sociale economie, het Departement WSE en VSAWSE, partners uit het werkveld en welzijnspartners, bij wie de VDAB elke stap in het project aftoetste.

Het indiceringsinstrument is gebaseerd op ICF als classificatie. Hiervoor werden 43 categorieën opgemaakt, afgeleid uit alle componenten van ICF (behalve de gezondheidstoestand). Elke categorie is

¹⁰⁸ Personen met een arbeidsbeperking' is een nieuwe term in de wetgeving en duidt op: a) personen met een arbeidshandicap; b) Personen met psychosociale problemen; c) uiterst kwetsbaren van 2 jaar werkloos met begeleidingsnood (VDAB. Wat doet de VDAB ihkv de decreten voor collectief maatwerk en lokale diensteneconomie ? Trefdag arbeidsbemiddelaars (oktober 2014)).

voorzien van een operationele definitie en een aantal gedragsindicatoren. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in figuren 22 en 23.

<p>20. Omgaan met stress</p> <p>Operationele definitie: kunnen omgaan met stress, afleiding en crisissituaties.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reageert gepast op frustraties, obstakels en tegenwerking. - blijft kalm in stresserende werksituaties - presteert onder (tijds)druk gelijkmatig en effectief en behaalt een goed resultaat
---	---

Figuur 22 Indiceringscategorie met operationele definitie en gedragsindicatoren¹.

<p>3. Psychische stabiliteit</p> <p>Operationele definitie: is van nature uit evenwichtig, staat met beide voeten op de grond, stabiel en kan om met moeilijke situaties. In tegenstelling tot labiel, angstig, wispelturig en lichtgeraakt.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatieveert - Verwerkt tegenslagen adequaat (is niet snel van slag) - Zet zich over vervelende dingen heen - is voldoende gelijkmoedig en zelden te zenuwachtig om een taak goed uit te voeren
--	--

Figuur 23 Indiceringscategorie met operationele definitie en gedragsindicatoren¹.

Om de categorieën te selecteren vertrok de VDAB van de officiële nota ‘Afstand tot de arbeidsmarkt’. De grote categorieën van multiple problemen die beschreven staan in de nota, zoals psychosociale problemen, werden afgetoetst aan bestaande classificatiesystemen zoals R-Pass, ICD 10 en een studie van SST over het profiel van doelgroep werknemers. Uit die vergelijking kwamen telkens dezelfde determinerende categorieën naar voor. Die werden vertaald naar ICF-categorieën. Nadat het Kabinet Werk en Sociale economie hun fiat over ICF heeft gegeven, heeft de VDAB het indiceringsinstrument op basis van ICF verder ontwikkeld.

Het instrument werd als volgt opgebouwd: een aantal categorieën met bijbehorende ICF-definities, operationele definities en gedragsindicatoren. Vervolgens werd een scoringsstelsel opgesteld, met vier scores (sterkte, geen probleem, licht probleem, ernstig), zoals ook te vinden bij ICF. De gedragsindicatoren werden door de consultants uitgewerkt aan de hand van voorbeelden en concrete dossiers. Zo bleven er 49 categorieën, waarvan na statistisch onderzoek uiteindelijk 43 arbeid gerelateerde categorieën finaal gekozen werden, te zien op figuur 24. In bijlage 15 zijn dezelfde categorieën met operationele definitie en gedragsindicatoren terug te vinden. Belangrijk daarbij is dat geen enkel categorie betrekking heeft op puur medische zaken, gezien mensen die daarop scoren vaak automatisch het recht toegekend krijgen.

<p>I. Functies</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inschikkelijkheid2. Nauwgezetheid3. Psychische stabiliteit4. Vertrouwen5. Betrouwbaarheid6. Motivatie7. Hunkering8. Driftbeheersing9. Aandacht10. Tijdmanagement11. Cognitieve flexibiliteit12. Inzicht13. Algemeen fysiek uithoudingsvermogen14. Pijngevaarwording <p>II. Activiteiten en participatie</p> <ol style="list-style-type: none">15. Ontwikkelen van vaardigheden16. Toepassen van kennis (niet anders gespecificeerd)17. Rekenen18. Oplossen van problemen19. Besluiten nemen20. Omgaan met stress21. Mobiliteit22. Verzorgen van lichaamsdelen23. Zorgdragen voor eigen gezondheid24. Verwerven van woonruimte25. Aangaan van relaties26. Economische zelfstandigheid27. Sociale activiteiten	<p>III. Omgevingsfactoren of externe factoren</p> <ol style="list-style-type: none">28. Ondersteuning en relatie met de naaste familie29. Ondersteuning en relatie met vrienden30. ondersteuning en relatie met collega's31. Ondersteuning en relatie met meerderen32. Ondersteuning en relatie met andere dienstverleners33. Maatschappelijke attitudes34. Producten en technologie <p>IV. Persoonlijke factoren</p> <ol style="list-style-type: none">35. Werkervaring36. Opleiding37. Gezinslast38. Copingsstijl39. Kennis van de Nederlandse taal40. Medische factoren <p>V. Andere werkvaardigheden</p> <ol style="list-style-type: none">41. Fijne motoriek42. Grove motoriek43. Werktempo
---	--

Figuur 24 indiceringscategorieën VDAB¹⁰⁹

¹⁰⁹ Ibid.

Uit het eerste statistisch onderzoek kwam naar voor dat het indiceringsinstrument een kwalitatief en statistisch onderbouwd instrument is maar geen antwoord kan geven op het bepalen van de cesuur voor de indicatie van personen met een arbeidsbeperking en het bepalen van de ranges van de doelgroepen per werkvorm. In een volgend onderzoek werd via datamining, op basis van 600 concrete dossiers, patronen gezocht die bepalend waren voor de indicatie van arbeidsbeperking en kunnen differentiëren tussen de verschillende werkvormen. Op die manier werden statistische beslissingsregels vastgesteld. Jaarlijks zullen die regels worden opnieuw bepaald, waardoor de VDAB continue het indiceringsinstrument zal monitoren.

De praktische werking gaat als volgt. Een indiceringsconsulent (die een ICF-opleiding heeft gevolgd) vult na een gesprek met de cliënt het indiceringsinstrument volledig in met 43 categorieën en motiveert elke keuze in een stuk 'vrije tekst'. Daarbij is het belangrijk dat de consulent elke categorie tracht in te vullen om zo een volledig beeld te krijgen. Eventueel door partners op te bellen kan aanvullende informatie opgevraagd worden. Het systeem in 'Mijn Loopbaan' (het registratiesysteem van de VDAB) formuleert computergestuurd advies op basis van de statistische beslissingsregels. De consulent beslist over erkenning als Personen met een arbeidsbeperking maar niet over recht op werkvorm. De indiceringsconsulent volgt of weerlegt advies over het recht dat het systeem voorstelt aan de hand van een grondige motivering en maakt het advies over het recht over aan de Dienst voor Arbeidsbeperking. Die dienst doet kwaliteitscontrole en neemt de uiteindelijke beslissing. Vervolgens zetten ze ook de registraties technisch in orde, zodat alles perfect klaar staat voor de automatische gegevensstromen via het MAGDA-platform¹¹⁰ voor de financiering door het VSAWSE¹¹¹.

Het instrument is zodus niet bindend, enkel adviserend. Tevens is het volgens de VDAB geen puur registratie instrument, maar eerder een kwalitatieve weergave van iemands functioneren: *"Het moet echt een gesprek zijn, en ge neemt die tool als hulpmiddel om een gestructureerd gesprek te hebben en die bepaalde levensdomeinen te bevragen. Het kan u gewoon helpen om de uiteindelijke bevraging te doen en uw gesprek, maar als het als een last wordt gezien, is het eigenlijk niet goed hé"* (stakeholder nr. 2).

Gezien ICF in een licentiesysteem zit en beschermd is, is een opleiding nodig om ICF te mogen toepassen. De VDAB heeft intussen 16 mensen officieel opgeleid tot gecertificeerde trainers. In heel Vlaanderen zullen er 50 officiële indiceringsconsulenten geselecteerd worden, die opgeleid worden en een verplicht coaching-traject moeten volgen om ICF te onderrichten. Daarnaast is er per provincie een expert in klantenwerking die het aanspreekpunt zal zijn bij problemen en vragen over het project. De VDAB investeert veel in dit project, dat officieel van start gaat in januari 2015. Er zal continue geëvalueerd en bijgestuurd worden, waarbij het aftoetsen met beleid en werkveld centraal staat¹¹². Op die manier zullen er binnen een jaar andere profielen van cliënten in de database zitten, die ingeschaald werden met ICF. Ook worden de cliënten om de vijf jaar geëvalueerd waarbij men zal kijken of de ICF-indicatoren nog van toepassing zijn.

Op de vraag of dit systeem kan gebruikt worden binnen andere welzijnsinstellingen antwoordde de stakeholder (nr. 2) het interessant te vinden als partners eenzelfde soort taal zouden gebruiken om te

¹¹⁰ Het MAGDA-platform zorgt voor de ontsluiting van authentieke gegevensbronnen (federale en Vlaamse) en de uitwisseling van gegevens.

¹¹¹ Vlaams Subsidieagentschap voor Werk en Sociale Economie.

¹¹² VDAB. Wat doet de VDAB ihkv de decreten voor collectief maatwerk en lokale diensteneconomie? Trefdag arbeidsbemiddelaars (oktober 2014).

registreren, om op lange termijn die data die de VDAB gebruikt om met de cliënt om te gaan, door te sturen naar een partner. Over het lage aantal ICF-categorieën, dat de VDAB beschikbaar kan stellen, zegt dezelfde respondent dat daarvan slechts een tental relevant zullen zijn in een andere context, bijvoorbeeld de financiële parameter voor CAW of OCMW. Bij die tien categorieën zou het overbodig werk zijn indien een andere instelling die ook moet registreren. De welzijnsinstellingen kunnen die categorieën dan gebruiken met het oog op tewerkstelling, alsook de medische sector die met de categorieën aan de slag kunnen op de weerslag bij het arbeidsmatig functioneren te bepalen. Daarbij is het volgens hen wel van groot belang dat alle instellingen dezelfde interpretatie geven aan die categorieën, wat dient besproken te worden tijdens overleg met alle partners. Toch ziet men ook problemen bij het beleidskader qua financiering, indien zo'n gedeeld dossier er komt. Wie er dan zal instaan voor de financiering van de profielinschaling, als verschillende organisaties elk een deel daarvan doen, is een vraag die oprijst.

7.3.2 CLB

Het idee om met ICF te werken binnen het CLB is in 2006 ontstaan door het besef dat enkel vanuit een medische diagnose het moeilijk is te zien waar een kind in de klas nood aan heeft, wat een kind nodig heeft om te leren lezen, schrijven, alsook hoe een kind zich kan ontwikkelen binnen de context van het lager en secundair onderwijs. Een medische diagnose geeft het CLB handvaten voor therapie, een idee over de mogelijke prognose, maar zegt weinig over het functioneren van een kind. Terwijl een kind dat school loopt, alles te maken heeft met functioneren. Zo kwam men uit bij ICF, die voor een kader bood om met de schoolse context te werken en een gemeenschappelijke taal aanreikt die alle partners van het CLB kunnen gebruiken, waaronder de leerling, de ouders, de leerkrachten, de maatschappelijk werkers van het CLB, arts, psycholoog, verpleegkundige en eventueel externe mensen van de revalidatiecentra.

ICF werd geïntegreerd in een kader, en is intussen ook opgenomen in een nieuwe onderwijsregelgeving, het M-decreet¹¹³. Voor het CLB kan met ICF een antwoord en oplossing gevonden worden voor situaties waarin kinderen, met onder andere chronische aandoeningen, die zich bevinden binnen de schoolse context. De focus wordt verschoven van 'welke aandoening heeft een kind en wat is het gevolg' naar 'wat kan er binnen de schoolse context gebeuren om het kind vlot zijn/haaronderwijsloopbaan te laten doorlopen'. Om dit te beantwoorden maakt het CLB voornamelijk gebruik van de taal achter de ICF-codes en het inhoudelijk ICF-model gefocust op functioneren, in plaats van het louter benoemen van ICF-termen met bijhorende code en de ernst van disfunctioneren. De bedoeling is een oplossing te vinden voor het kind aan de hand van concrete doelen voor het leerkrachtenteam, de ouders en het kind. Ook zal het mogelijk blijven om met het huidige CLB-systeem te werken als er voor een bepaalde stoornis, zoals dyslexie, al duidelijk omschreven richtlijnen uitgeschreven zijn. In die gevallen is een volledige analyse met het ICF-model niet altijd nodig. Toch moet men opletten dat ook in die situaties men niet vervalt in hokjes denken waarbij een kind automatisch bepaalde rechten krijgt omdat het kind een specifieke aandoening heeft, zonder te kijken naar de context waarin het kind zich in bevindt. Op die manier stelt stakeholder nr. 17 dat veel kinderen onterecht in het buitengewoon onderwijs belanden.

¹¹³ De Vlaamse Regering voorziet vanaf 1 september 2013 in een extra begeleidingskorps van 4 voltijdse betrekkingen voor de ontwikkeling en de ondersteuning van de implementatie van handelingsgerichte diagnostische protocollen en ICF in de centra voor leerlingenbegeleiding, Decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften, Vlaamse Regering (21 oktober 2014).

Inhoudelijk ziet het kader er als volgt uit. Bij het intakegesprek door mensen van het CLB wordt alle informatie over het kind verzameld en wordt voornamelijk vanuit CLB-context hierover nagedacht. De meeste gegevens die CLB-medewerkers nu krijgen vallen onder de ICF-categorieën anatomische eigenschappen, functies en persoonlijke factoren. Van daaruit wordt gekeken wat het kind nodig heeft op school. Een leerkracht heeft niet genoeg met te weten wat de gezondheidstoestand is van een kind, bijvoorbeeld epilepsie. Maar via ICF kan concreet bepaald worden welke vaardigheden en beperkingen (afgeleid uit de termen en codes die vallen onder de component activiteiten/participatie) gerelateerd zijn aan de functies, anatomische eigenschappen in een bepaalde situatie. Vervolgens worden onderwijsbehoeften en maatregelen uitgeschreven die daarmee verband houden. Op die manier worden de betrokken leerkrachten aangesproken op hun onderwijsprofessionaliteit en kunnen ze effectief aan de slag met die maatregelen. Belangrijk daarbij is dat men, naast de beperkingen die het kind zal hebben in de klas, ook kijkt hoe men zijn sterktes kan benutten. Bijvoorbeeld een kind dat wel goed is met de computer, kan zo een bijdrage leveren voor de klas.

Tot slot worden externe en persoonlijke factoren mee betrokken in het uitwerken van de doelstellingen. Die doelstellingen kunnen ook bedoeld zijn voor andere partners en niet voor de leerkrachten, gezien de laatstgenoemde niet voor elk probleem van het kind een oplossing kan bieden. Een voorbeeld van deze werkwijze is te zien in figuur 25. De achterliggende ICF-codes, te zien op figuur 26, worden dan eventueel gebruikt voor een rapportage, een opvolging en een validatie om het kind longitudinaal op te volgen. Maar dat is voor het CLB niet de grote meerwaarde van ICF. In bijlage 15 is een volledig overzicht te vinden van de werkwijze van het CLB met betrekking tot het proefproject rond ICF.

Funcities	Activiteiten en participatie
(140- b189) Specifieke mentale functies b140 Aandacht b1400 vasthouden van aandacht b144 geheugen b1442 Oproepen verwerken van informatie uit geheugen	Toepassen van kennis (d160- d179) d160 Richten van aandacht d163 Denken d166 Lezen d170 Schrijven d172 Rekenen d175 Oplossen van problemen
(b210- b229) Visuele en verwante functies b210 Visuele functies b2102 kwaliteit van de visus	Doelbewust gebruiken van zintuigen (d110- d129) d110 Gadeslaan
(b730- b749) Spierfuncties b735 Spiertonus b7352 Tonus van spieren aan één lichaamszijde	Dragen , verplaatsen en manipuleren van iets of iemand (d430- d449) d430 Optillen en meenemen d440 nauwkeurig gebruiken van hand d445 gebruiken van hand en arm
(b110- b139) Algemene mentale functies b126 Temperament en persoonlijkheid b 130 Energie en driften b1300 Energieniveau	Lopen en zich verplaatsen (d450- d469) Algemene tussenmenselijke interacties (d710- d729) Bijzondere tussenmenselijke interacties (d730- d779) Ondernemen van taken (d210- d220)

Figuur 25 Instrument voor de detectie van onderwijsbehoeften, CLB¹¹⁴.

114 CLB, KULeuven. (2014) Presentatie Casus Jonas CLB.



Figuur 26 Instrument voor de detectie van onderwijsbehoeften, CLB¹¹⁵.

Volgens stakeholder nr. 17 is het louter gebruik van de ICF-classificatie met de codes om een zicht te krijgen op het functioneren van mensen, een gemiste kans. In dat geval dient het enkel om de administratie, formele zaken en financiering in orde te houden, maar wordt de persoon in kwestie niet verder geholpen en onderscheidt ICF zich niet van andere classificaties zoals bijvoorbeeld ICD-10. Wat betreft de rubrieken is na lang overleg beslist om ze allemaal te behouden, en bijvoorbeeld geen *coreset* voor onderwijs te maken. De reden daarvoor is dat elke situatie waarin een kind zich bevindt uniek is door contextuele factoren en er telkens nieuwe factoren kunnen opkomen. Door met dit project bezig te zijn, stelt de respondent dat er zelfs ‘nieuwe’ elementen zijn gevonden met betrekking tot ‘de ontwikkeling van het kind’ die de lijst van de jeugdversie van ICF kunnen verrijken.

Wat betreft de integratie van het instrument in een werkbaar registratiesysteem is het CLB bezig met het te implementeren is de diagnostische protocollen en het te integreren in het huidig CLB-dossier. Intussen introduceert men het aan andere medewerkers binnen het CLB. Dit zal een lang proces worden aangezien men een volledig andere denkwijze moet hanteren, door niet enkel te kijken naar de diagnose, maar eerder hoe een kind daardoor wel of niet meer kan functioneren. Men moet volgens de respondent heel grondig leren denken vanuit het ICF-kader, wat een uitgebreide opleiding vereist. Het instrument moet heel toegankelijke en eenvoudige verslaggeving garanderen. Het wordt een onderdeel van het bestaande leerlingendossier. Op die manier wordt dubbelwerk wat betreft het invoeren van bepaalde (demografische) gegevens overbodig. Binnen twee jaar zal het instrument zonder de koppeling

¹¹⁵ CLB, KULeuven. (2014) Presentatie Casus Jonas CLB.

aan het elektronisch leerlingendossier gebruikt kunnen worden. De conclusies kunnen dan wel al in het dossier geschreven worden.

In tegenstelling tot het systeem bij de VDAB worden er geen achterliggende maatregelen gekoppeld aan de ICF-codes. Dit omdat drie kinderen dezelfde code kunnen krijgen, maar dit toch vanuit drie verschillende contexten. Op die manier zou een maatregel niet voor elk kind de beste oplossing bieden. Het CLB gaat er dus meer vanuit om elke situatie apart te bekijken. Al ziet de respondent zo wel mogelijkheden op lange termijn in maatregelen op maat van de cliënt, wat ook op economisch vlak meer rendement zal geven. Mensen die nu nergens recht op krijgen of net wel door fouten in de registratiesystemen en manier van denken zullen met het ICF-systeem wel correcte rechten verkrijgen.

Op de vraag of dat aanleiding kan geven tot een gedeeld dossier, waarbij iedere betrokken zorgverlener zijn deel kan invullen, komt het antwoord dat het CLB oorspronkelijk heeft gekeken om het te laten opnemen in eHealth, zodat de behandelingen die het kind in kwestie ondergaat, ook worden meegenomen in het dossier en omgekeerd, dat andere partners met de ingewonnen informatie vanuit het CLB aan de slag kunnen gaan. Hetzelfde geldt voor de informatie die via de integrale toegangspoort wordt uitgewisseld tussen welzijnsinstellingen. Maar het is niet de bedoeling om puur cijfermateriaal door te geven aan elkaar. De focus moet op het inhoudelijk werken met ICF blijven.

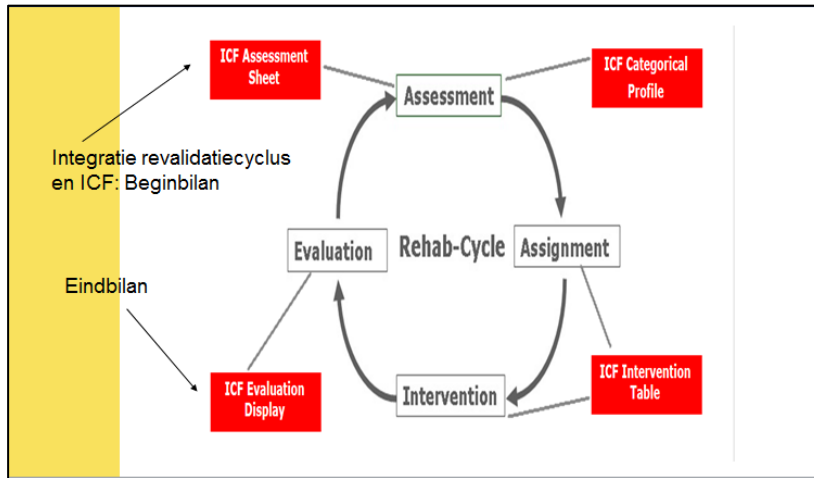
De verslaggeving met de inschatting en evolutie van de ernst van het probleem en de daarbij aansluitende codes kunnen worden uitgewisseld tussen verschillende partners, waar moet worden gecontroleerd dat iedereen dezelfde interpretatie geeft aan de termen. Indien er verschillende interpretaties zijn, moet men daarvan op de hoogte zijn. Onder die voorwaarden lijkt het voor stakeholder nr. 17 mogelijk dat verschillende partners ICF op verschillende wijze toepassen binnen hun eigen systeem. Wat allemaal wordt uitgewisseld is telkens een moeilijke afweging. Wat betreft het garanderen van de privacy voor de cliënt moet een gemeenschappelijke deontologische code ontwikkeld worden en dienen de systemen de privacy te waarborgen. Tot slot moet de cliënt hierover geïnformeerd worden en is een *informed consent* noodzakelijk. Als een cliënt weigert te tekenen, moet hij/zij aanvaarden dat er zo bepaalde zorg en middelen onmogelijk is

7.3.3 Revalidatiecentrum UZ Gent

In het Revalidatiecentrum UZ Gent is sinds kort een ICF-project gestart met als doelstelling ICF te implementeren in de huidige multidisciplinaire samenwerking voor revalidatie van kinderen en volwassenen met acute locomotore en neurologische aandoeningen. Dit biopsychosociaal model kan geïntegreerd worden in het recent gewijzigde zorgmodel van het centrum waarbij de revaliderende persoon centraal staat in het revalidatieproces. Hoewel het multidisciplinair team (revalidatiearts, kinesitherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, logopedist, maatschappelijk werker, psycholoog & neuropsychologisch assistent) reeds een biopsychosociaal kader hanteert om het functioneren van revaliderende personen te beschrijven en doelstellingen op vlak van activiteiten en participatie worden vooropgesteld, zijn er verbeterpunten om te komen tot een transdisciplinaire werking en de communicatie binnen het team, maar ook communicatie met de revaliderende personen en andere zorgverleners te optimaliseren.

Deze implementatie is gepland in verschillende fasen en wordt ondersteund door een interne ICF-taakgroep (interdisciplinaire samenstelling, waarbij de leden een ICF training hebben gevolgd). Het proefproject wordt bijgestuurd o.b.v. adviezen vanuit een ICF-supervisiegroep georganiseerd door VZW SIG. De vooropgestelde implementatie sluit aan bij de aanbevelingen van Glässel et al (2012), waarbij ICF in ons centrum zal worden geïntegreerd in de verschillende fasen van de revalidatiecyclus. Hierbij

wordt gesteund op *coresets* en ICF-gebaseerde *tools*¹¹⁶. Deze toepassing wordt ook geïllustreerd in de *casestudies* van *Swiss Paraplegic Research*¹¹⁷. In eerste fase zal gebruik worden gemaakt van een *assessment sheet* (invulformulier) bij start en afronding van de multidisciplinaire revalidatie, te zien in figuur 27.



Figuur 27 ICF in de revalidatiecyclus van het Revalidatiecentrum UZ Gent¹¹⁸

Dit proefproject loopt binnen het team arbeidsgerichte revalidatie voor locomotore aandoeningen, het team niet-aangeboren hersenletsel en het polytrauma-team. Er wordt gebruik gemaakt van volgende *coresets* (telkens de uitgebreide versie ervan): de *ICF Core Set for Vocational Rehabilitation* (binnen team arbeidsgerichte revalidatie), de *ICF Comprehensive Core Set for Traumatic Brain Injury* (binnen team niet-aangeboren hersenletsel) en de *ICF Core Set for Hand Conditions* (binnen polytrauma-team voor patiënten met handletsel). Er werd voor geopteerd om deze *coresets* te verwerken in het elektronisch patiëntendossier (afzonderlijk werkblad) om de praktische haalbaarheid hiervan te ondersteunen. De verschillende categorieën van de *coresets* werden verdeeld over de verschillende disciplines (dat werd eerst besproken op teamoverleg), waarbij elke discipline de eindverantwoordelijkheid krijgt om een welbepaalde categorie te voorzien van een typering (*qualifier*). Dit teamlid kan overleggen met de andere teamleden die over deze categorie ook relevante informatie hebben, om tot een eindtypering te komen. Een concreet voorbeeld hiervan is te zien in figuur 28. Deze verdeling met toekennen van een eindverantwoordelijke zal worden geëvalueerd in de nabije toekomst. In schriftelijke en mondelinge verslaggeving is het opzet om de informatie van de verschillende teamleden onder deze ICF-categorieën te plaatsen. Er wordt door de taakgroep ondersteuning voorzien om richtlijnen uit te werken voor het toekennen van typering aan een categorie.

¹¹⁶ World Health Organization. ICF Research Brand. Opgehaald op 8 december 2014 van <http://www.icf-research-branch.org>

¹¹⁷ Dit is een onderzoeksgroep die wetenschappelijk onderzoek verricht naar functioneren en rehabilitatie. Meer informatie is te vinden op: <http://www.paraplegie.ch/en/pub/spf.htm>

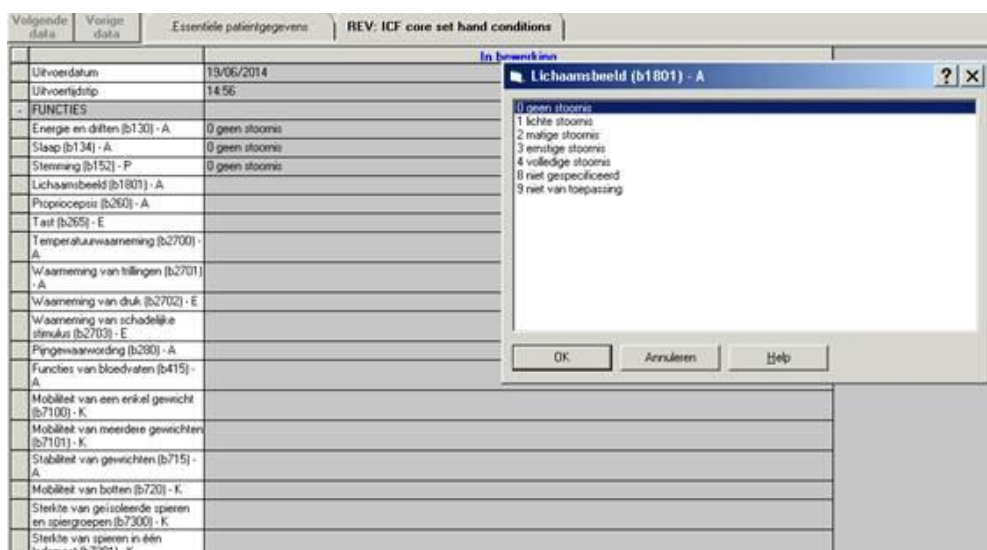
¹¹⁸ Revalidatiecentrum UZ Gent. Voorstelling implementatie ICF.

Gedetailleerde classificatie met definities	ARTS	KINE	ERGO	SW	VPK	PSY
FUNCTIES						
Slaap (b134) - A	x	x	x	x	x	x
Stemming (b152) - P	x	x	x	x	x	x
Lichaamsbeeld (b1801)	x	x	x	x	x	x
Proprioceptie (b260)	x	x	x		x	
Tast (b265)	x		x		x	
Temperatuurwaarneming (b2700)	x				x	
Waarneming van trillingen (b2701)	x				x	
Waarneming van druk (b2702)			x		x	

Figuur 28 ICF-classificatie en eindverantwoordelijken¹¹⁹

Er zal op twee momenten gebruik worden gemaakt van de specifieke *coreset*, namelijk bij aanvang van het revalidatieprogramma en bij afronding ervan. Dit laat toe om veranderingen in het functioneren in kaart te brengen en progressie op vlak van activiteiten en participatie (bv. arbeidsdeelname, zelfredzaamheid huishoudelijke taken, ...) te meten.

Vanuit een taakgroep ICF werd ook geadviseerd voldoende in te zetten op vorming van de therapeuten op de werkvloer. Hiertoe werden overlegmomenten vastgelegd om het ICF-model en de classificatie toe te lichten; deze vorming dient nog te worden verder gezet. Op dit moment zijn drie *coresets* met de ICF-categorieën en de *qualifiers* in een apart observatieblad opgenomen in het elektronisch patiëntendossier, te zien in figuur 29 en 30. In deze fase van het project wordt gevraagd dit observatieblad bijkomend aan andere observatiebladen in te vullen. Het team is nog niet verplicht het te gebruiken, maar wordt gevraagd dit bij tien revaliderende personen toe te passen om vervolgens een evaluatiemoment in te plannen.



Figuur 29 Weergave van ICF categorieën en qualifiers in het EPD¹²⁰

119 Ibid.

120 Ibid.

		facilitator				barrier			
		4+3+	2+	1+	0	1	2	3	4
e1101	Drugs								
e1151	Assistive products...for personal use in daily living								
e1201	Assistive products...for personal mobility								
e155	Design, construction...of buildings for private use								
e1602	Products...of urban land development								
e310	Immediate family								
e320	Friends								
e355	Health professionals								
e5700	Social security services								
e575	General social support services								
						influence			
		positiv				negative			
pf	Sportive person								
pf	Knowledge								
pf	Acceptance of disease								

Figuur 30 Weergave van codes uit de ICF-component Externe factoren, en Persoonlijke factoren¹²¹

Het project zit in de beginfase van de implementatie. De grootste hinderpaal blijken tot op heden de typering (*qualifiers*) te zijn. Om een correcte typering te bekomen die door verschillende therapeuten ook zou worden toegekend (inter beoordelaarsbetrouwbaarheid) dienen richtlijnen te worden uitgewerkt. Belangrijk hierbij is een link van bestaande gestandaardiseerde meetinstrumenten en vragenlijsten met de verschillende ICF-categorieën te ontwikkelen. Het Revalidatiecentrum is daarom bezig concrete richtlijnen op te stellen, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en literatuur, om het toekennen van deze *qualifiers* te vergemakkelijken en te objectiveren. In het patiëntendossier werd een tekstveld voorzien om toelichting bij de typering te geven. In de verslaggeving zal dit complementair aan de huidige multidisciplinaire verslaggeving worden toegevoegd als bijlage.

In een volgende fase plant het centrum de opgestelde doelstellingen voor de patiënt te koppelen aan de resultaten van de ICF-analyse. Dit kan eventueel besproken worden met de patiënt zelf. Ook is het de bedoeling om de verslaggeving te structureren volgens de hoofdcomponenten van ICF. Nu schrijft elke zorgverlener een nota voor zijn eigen discipline. De verschillende nota's staan achtereenvolgend in het verslag. Met de ICF-componenten wil het centrum de focus van de interne verslaggeving veranderen naar de patiënt en zijn/haar functioneren, in plaats te focussen op de visie van verschillende disciplines uit het zorgteam. Per ICF-component komen vervolgens de relevante gegevens, ongeacht welke zorgverlener die heeft gescoord. Tot slot denkt men er aan de bespreking van de patiënten, tijdens teamoverleg, volledig te focussen op het ICF-model. ICF bevordert op die manier de communicatie over de patiënt binnen het team. Voor de externe verslaggeving zal men, zolang de externe zorgpartners niet met ICF werken, eerder een beschrijving geven van de codes en *qualifiers*. Dit om het voor de externe zorgverleners leesbaar te maken.

121 Ibid.

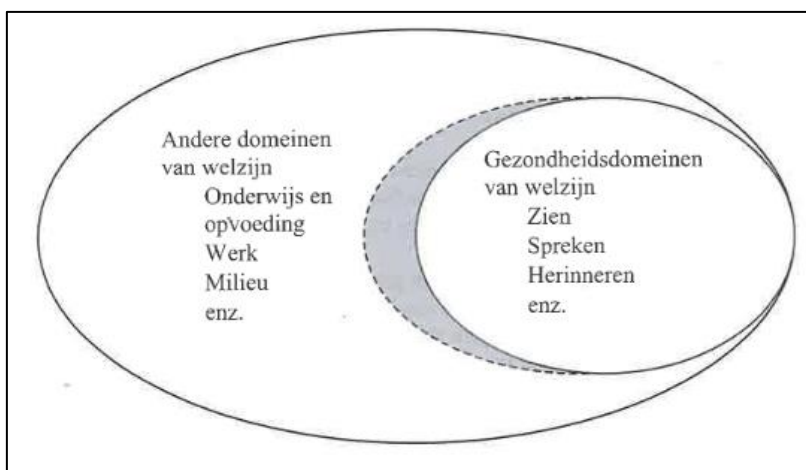
7.4 Randvoorwaarden geïntegreerde registratie op basis van ICF

Het volgende onderdeel geeft antwoord op onderzoeksvraag (4): **Hoe kan het 'functioneel' perspectief (ICF) op praktisch vlak geïntegreerd worden in de bestaande systemen?**

- (4.a) Zijn er belemmeringen op juridisch gebied?
- (4.b.) Is er semantische interoperabiliteit mogelijk tussen ICF en de huidige registratiesystemen?
- (4.c.) Hoe kan dit softwarematig verlopen?
- (4.d) Wat is het belang van de huidige platformen op Federaal en Vlaams niveau?

7.4.1 Wettelijk kader

Indien ICF wordt toegepast binnen welzijn en gezondheid, is onderzoek nodig om na te gaan of de welzijnssector de factoren die vallen onder het ICF-concept gezondheidstoestand, mag opvragen bij de cliënt en vervolgens registreren in het dossier. ICF ziet aspecten van de gezondheidstoestand in zijn classificatie als deel van Welzijn. Welzijn is een algemene term die het gehele universum van het menselijk leven omvat, met inbegrip van de fysieke, mentale en sociale aspecten van een 'goed leven'. Gezondheidsdomeinen vormen een *subset* van de domeinen die deel uitmaken van het welzijnsuniversum, te zien in figuur 31.



Figuur 31A Het welzijnsuniversum¹²²

Een functionele gezondheidstoestand is het niveau van functioneren in een bepaald gezondheidsdomein van ICF. Gezondheidsdomeinen zijn volgens ICF levensgebieden, waarvan hun doelen kunnen worden gedefinieerd als behorende tot de primaire verantwoordelijkheid van het gezondheidsstelsel. ICF legt echter geen vaste scheidingslijn tussen gezondheidsdomeinen en met gezondheid verband houdende domeinen. Daaronder vallen zien, spreken, herinneren. In dat opzicht wordt de privacy van de burger niet geschonden als de welzijnssector gezondheidsdomeinen registreert. Daarnaast suggereert ICF het gebruik van ICD-10 om de gezondheidstoestand te classificeren. ICD-10 omvat

¹²² Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. (2001). *ICF, Internationale Classificatie van het menselijk functioneren, Nederlandse vertaling*. Bilthoven: Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. pp: 212

aandoeningen, ziektes, letsels of trauma's. Maar evengoed kan een gezondheidsprobleem een zwangerschap, veroudering, stress, erfelijke afwijking of genetische aanleg zijn. Indien een gezondheidsprobleem geen puur medisch probleem is, kan de welzijnssector dit registreren.

Het wettelijk kader rond het delen van gegevens tussen welzijn en gezondheid is vastgelegd in het decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, dat bekrachtigd werd door de Vlaamse Regering in 2014. In geval zorg- en hulpverleners geïntegreerd zullen registreren met ICF, en zo informatie uitwisselen met elkaar, is echter meer uitbreiding van de gegevensdeling met de welzijnswerkers nodig. Volgens stakeholder nr. 3 zal men moeten nagaan hoe men die hulpverleners binnen de definitie van een therapeutische relatie past. Daaropvolgend moet worden besproken welke gezondheidsgegevens ingekeken mogen worden binnen een zorgrelatie. Als laatste dient het gedeeld beroepsgeheim herbekeken te worden, om Dit moet vervolgens in de regelgeving geïntegreerd worden. Volgende punten uit een nota van Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid¹²³ geven de huidige stand van zaken weer wat betreft de therapeutische en zorgrelatie:

Punt 6: *“Het Sectoraal comité stelt vast dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen een ‘therapeutische relatie’, die enkel kan bestaan tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg, zoals opgenomen in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, en een ‘zorgrelatie’, die bestaat tussen een patiënt en een andere persoon dan een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg”.*

Punt 7: *“Het Sectoraal comité acht het inderdaad noodzakelijk om zoals beschreven in de nota bij de organisatie van een elektronische uitwisseling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen voldoende onderscheid te maken tussen de verschillende betrokken actoren teneinde te verzekeren dat zij enkel kennis kunnen nemen van de persoonsgegevens die de gezondheid betreffen die strikt noodzakelijk zijn voor de uitoefening van hun respectieve 2/6 zorgtaken. Het is dan ook aangewezen om te voorzien in elektronische bewijsmiddelen van zowel therapeutische relaties als van zorgrelaties”.*

De Europese regelgeving rond dit thema is vastgelegd in EU-richtlijnen, zoals de *Directive 1995/46/EC on the protection of personal data; Directive 1999/93/EC on the community framework of electronic signatures; Directive 2006/123/EC on services in the internal market* en *Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications*. De Europese Commissie heeft ook een aanpassing aangekondigd van de *‘Data Protection’ regelgeving*. Het doel daarbij is om online privacy van individuen beter te beschermen¹²⁴.

Wat zou kunnen gebeuren is het opnieuw afdrukken en herbekijken van de Vlaamse, federale en Europese regelgeving om een duidelijk wettelijk kader te creëren rond de privacy van de cliënt/patiënt in een gedeeld dossier met ICF tussen de gezondheids- en de welzijnssector, met inbegrip van het gedeeld beroepsgeheim. Tevens zou in de verschillende regelgevingen nagegaan kunnen worden welke positie de welzijnswerker daarin het beste opneemt.

¹²³ Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid. Beraadslaging nr 11/088 van 18 oktober 2011 met betrekking tot de nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische relatie en van een zorgrelatie. Opgehaald op 16 november 2014 van http://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/beraadslaging_AG_088_2011_0.pdf

¹²⁴ Flanders' Care (2012). Visietekst (e)Zorgzaam Vlaanderen. Gegevensdeling in de zorg- en welzijnssector.

7.4.2 Beheerder van het geïntegreerd registratiedossier

Binnen geïntegreerde registratie komt de vraag op wie dit zal beheren. Het lijkt de respondenten noodzakelijk dat een persoon het beheer heeft over een gedeeld dossier. Zoals bij het thuiszorgdossier er een zorgbemiddelaar is, is een gelijkaardige rol weggelegd voor een zorg- of hulpverlener bij een gedeeld dossier. Ook al zal de burger in de toekomst zijn eigen dossier mee kunnen beheren, toch zien de respondenten een extern beheerder als noodzakelijk, voornamelijk bij personen die bijvoorbeeld door dementie, niet in staat zijn hun eigen dossier goed bij te houden.

Volgens sommige respondenten is die rol weggelegd voor de betrokken huisarts van de persoon in kwestie. De huisarts wordt volgens hen gezien als de vertrouwenspersoon en aanspreekpunt, waarmee de patiënt alles kan bespreken, zonder dat zijn/haar privacy in het gedrang komt. Als coördinator zou de huisarts het globaal dossier van de persoon bijhouden, en vervolgens de binnengekomen gegevens en informatie (in ICF-termen) van betrokken zorg- en hulpverleners valideren: *“Ik ben persoonlijk voorstander van het model waar de huisarts effectief bekend is met de patiënt, over een lange periode en het dossier bijhoudt met alle nodige informatie, filtert en behandelt en opkuist. Het geven van ICF-evaluatie door verschillende spelers zoals het OCMW, dat dat een bericht wordt dat gaat naar de huisarts, en die geeft dan een totaal overzicht van hoe de verschillende partijen de situatie evalueren. Elk moet daar zijn eigen zeg in hebben, zeker. Als je weer iets apart gaat maken dan het medisch dossier, is volgens mij absurd”* (stakeholder nr. 19).

De focus licht vooral bij de ambulante sector van de artsen. De huisarts registreert en classificeert in het globaal medisch dossier (GMD). De huisarts verwijst de patiënt naar een specialist via een verwijfsbrief en ontvangt de ontslagbrief van het ziekenhuis. Hij/zij heeft zo een centrale spilfunctie en behoudt het volledige overzicht. Bij de doorverwijzing van de patiënt naar een specialist krijgt de specialist of een andere zorgverstrekker geen toegang tot het GMD maar enkel een voorschrift over de concrete behandeling. De specialist zal zelf een diagnose stellen en nagaan of zijn bevinding corresponderen met het behandelingsplan dat opgesteld is door de huisarts. Hij houdt dus een apart dossier bij. Enkel de huisarts van wacht of de vervangende huisarts (in een groepspraktijk of als de patiënt veranderd van praktijk) kan het GMD ook volledig inzien. Stakeholder nr. 19 stelt: *“Ik ben voorstander van het model waar de huisarts effectief bekend is met de patiënt over een lange periode, het dossier bijhoudt met alle nodige informatie en het dossier filtert, behandelt en opkuist”*.

Voorlopig is het zo dat het User Access Management van eHealth werkt vanuit het principe dat de behandelende huisarts alles mag zien. De andere zorgverstrekkers werken enkel op voorschrift van de huisarts. De behandelende huisarts schrijft voorschriften en deelt met de andere zorgverstrekkers informatie uit het medisch dossier. In dat medisch dossier heeft de behandelende huisarts alle binnengekomen informatie selectief gestructureerd (informatie uit interview met stakeholder nr. 1). Ook voor een VAPH-dossier bezorgt de huisarts nu de basis- en medische gegevens. Het moet tevens ook mogelijk zijn dat hulpverleners uit de welzijnssector aanvullingen in het globaal dossier aanbrengen, gefilterd door de huisarts. Op die manier heeft elke betrokken zorg- of hulpverlener een gedeeltelijk zicht op het dossier van de persoon in kwestie, afhankelijk van de privacy clausules. De huisarts behoudt het globaal overzicht.

Andere respondenten zien de huisarts echter wel als een belangrijke figuur, maar vrezen dat zij door tijdsgebrek het gedeeld dossier niet voldoende zullen kunnen opvolgen. Dit omdat, als men alle ICF-categorieën in acht neemt, er naast de gezondheidstoestand, ook veel informatie over het functioneren, de sociale achtergrond, gezinssituatie, de financiële en juridische informatie bijkomt. Het lijkt daarom beter om na analyse van het sociaal netwerk van de persoon, de best geplaatste zorg- of hulpverlener als spilfiguur te kiezen.

Stakeholder (nr. 6) stelt hierbij aansluitend voor om te vertrekken van een dubbele vertrouwenspersoon. In het kader van een volledige zorg- en hulpverlening stelt de stakeholder voor om te vertrekken van een medische en sociale anamnese. Dit gebeurt door een huisarts en een 'welzijnsarts' (een maatschappelijk werker of psycholoog). Zij dienen als team het medische en psychosociale aspect van de anamnese samen te bespreken en te behandelen. Afhankelijk van de noden van de persoon, kan die behandeling verdergezet worden bij de huisarts of de maatschappelijk werker/psycholoog, of beide. Zij kunnen de persoon doorverwijzen naar externe zorg- of hulpverleners. In dit voorgesteld model is er een dubbele spilfiguur die het gedeeld 'medisch en sociaal dossier' bijhoudt. De stakeholder denkt tevens dat een geïntegreerd medisch en sociaal dossier, gebaseerd op ICF, een beter beeld geeft over de persoonlijke situatie van de cliënt//patiënt. Dit resulteert in een meer accurate weergave van de Belgische en Vlaamse bevolking, dat volgens de stakeholder het beleid en de organisatie van zorg kan verbeteren.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt er zodanig geen eenduidige visie te zijn over wie de rol van beheerder van het geïntegreerd dossier het best kan invullen.

7.4.3 Semantische interoperabiliteit tussen ICF en de huidige systemen en softwarevoorwaarden

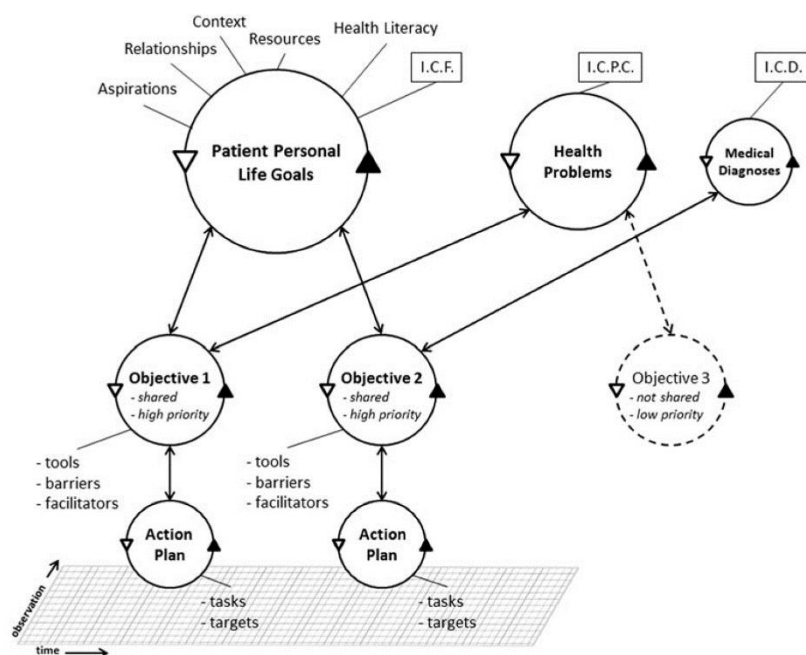
Om een classificatie zoals ICF te integreren met de huidige registratiesystemen is wetenschappelijk onderzoek nodig om de parameters te mappen, en semantische interoperabiliteit na te gaan. Vervolgens is een goed uitgewerkt softwareprogramma noodzakelijk dat gebruiksvriendelijk is in gebruik voor de zorg- en hulpverleners. Wat betreft de verbinding van parameters, is dit al onderzocht tussen enerzijds ICF en anderzijds ICPC-2 en ICD-10. Laatstgenoemde blijken complementair met ICF. Ook tussen ICPC-2 en ICD-10 is er een koppeling gebeurd. Tussen de parameters van het CLB en VAPH met ICF is er ook onderzoek gebeurd. Bij het CLB is intussen een denkkader ontwikkeld om ICF te integreren, maar nog geen concreet programma om ICF te integreren in het CLB-dossier. De parameters van het VAPH zijn gelijklopend met ICF, maar het project om ICF te integreren in het VAPH-dossier is er voorlopig niet doorgekomen. In dit rapport is een tevens een eerste aanzet gegeven tot *mapping* tussen de huidige registratiesystemen en ICF.

Vooraleer de software ontwikkeld kan worden, dient er een gemeenschappelijk taal- en codegebruik te zijn binnen de gezondheids- en welzijnssector, aan de hand van *mapping* met ICF. Op dit moment ontbreekt dit voor de welzijnssector, behalve bij het CLB, VAPH en VDAB. Voor die sector is het bijgevolg nog niet mogelijk om software te ontwikkelen.

Wat betreft de gezondheidssector, meer bepaald de huisartsen die werken met ICPC-2 en de ziekenhuissector die werkt met ICD-10, is er al software beschikbaar voor een gebruiksvriendelijk programma. Inhoudelijk wordt ICF aanvullend gebruikt, waar de registratiecodes van ICPC-2 en ICD-10 tekortschieten. Dit kan gaan via tabbladen, of openklapbare luiken, waar bijvoorbeeld achter elke code 28 uit ICPC-2 (functioneringsprobleem) er een luik ICF-factoren kan gekoppeld worden.

Recent hebben Tange et al een geïntegreerd model voor een nieuwe architectuur van elektronische patiëntendossiers voor de eerstelijns ontwikkeld. Hierbij worden zowel de doelstellingen van de patiënt ("Goal-Oriented Care") als de problemen waar de patiënt mee geconfronteerd wordt en de diagnoses

van ziekte en aandoeningen gecombineerd¹²⁵. In figuur 31B wordt aangegeven hoe men vertrekt vanuit de persoonlijke levensdoelen van de patiënt en daarrond de informatie integreert, gebruikmakend van ICD, ICPC, en ICF.



Figuur 31 B. Architectuur van elektronisch patiëntendossier vertrekkend vanuit de levensdoelen van de patiënt, gebruikmaken van ICD, ICPC en ICF op een geïntegreerde manier (Tange et al, 2017).

Stakeholder nr. 3 ziet softwareprogramma's met een *cloud*-technologie als een mogelijkheid om mee te werken. Bij een *cloud*-technologie, worden gegevens van patiënten opgeslagen in een '*cloud*'¹²⁶. Door goed uitgewerkte softwareprogramma's kunnen de communicatiekanalen vergemakkelijkt worden. Bijvoorbeeld bij het overschrijvingsstelsel wordt er een kanaal uitgewerkt die de apotheker kan gebruiken om feedback te geven over de medicatie die de huisarts voorgeschreven heeft aan een patiënt. Dat komt vervolgens automatisch in het patiëntendossier van de huisarts terecht (informatie uit interview met stakeholder nr. 3).

Wat ook mogelijk moet zijn is dat de software zelf linken legt tussen ICF en de huidige parameters uit de registratiesystemen, zonder dat de zorg- of hulpverlener zelf moet coderen. Via een thesaurus voor de gezondheidssector, of afvinklijsten bij de welzijnssector kunnen de huidige parameters worden ingegeven. De software *mapt* die vervolgens met ICF-codes om door te sturen naar andere zorg- en hulpverleners, of om lijsten te trekken voor intern en extern beleid. Dit is een methode die weinig aanpassing zal vergen van beide sectoren. Een nadeel hierbij is dat de volledige set ICF-codes, waarbij er gefocust wordt op het functioneren van een persoon, zo niet wordt toegepast. Het beste model zou

¹²⁵ Tange H, Nagykaldi Z, De Maeseneer J. Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches. *European Journal of General Practice* 2017;23:257-260.

¹²⁶ De *cloud* representeert een netwerk dat met al de computers die erop aangesloten zijn een soort 'wolk van computers' vormt, waarbij de eindgebruiker niet weet op hoeveel of welke computer(s) de software draait of waar die computers gevestigd zijn. De gebruiker is zo geen eigenaar meer van de gebruikte hard- en software en niet verantwoordelijk voor het onderhoud. De details van de informatietechnologische infrastructuur worden aan het oog onttrokken en de gebruiker beschikt over een "eigen", in omvang en mogelijkheden schaalbare, virtuele infrastructuur. De cloud is dus een begrip dat onlinediensten aanduidt (Vaquero et al, 2009).

zijn dat de huidige parameters uit de registratiesystemen *gemapt* worden met de passende ICF-codes. Aanvullend dienen extra ICF-parameters in het systeem worden toegevoegd, die ontbreken in de huidige set van parameters om een functioneel bilan van de cliënt/patiënt op te maken. Vervolgens zou volgens een respondent de software alle parameters kunnen linken met de achterliggende ICF-code: *“In de toekomst zullen we kunnen coderen zoals we nu met onze smartphone werken. We typen een woord, de software geeft ons direct enkele suggesties en bij het selecteren van het woord zit de code er door de software automatisch aan gelinkt”* (stakeholder nr. 1). Of dit effectief mogelijk zal zijn in de nabije toekomst, is echter niet duidelijk. Andere stakeholders waarschuwen bij dit voorstel voor het gevaar om zo belangrijke contextfactoren te vergeten melden in de registraties.

Het Digital Health Innovation expertisecentrum, opgericht door de Vlaamse Overheid, kan naast de opvolging van de technologische evoluties en opportuniteiten binnen eHealth en het overbruggen van de communicatiemoeilijkheden tussen ICT en de gezondheids- en welzijnssector, ook de software-programma's mee helpen uitwerken. Eveneens kan het centrum als aanspreekpunt dienen om actoren in de gezondheids- en welzijnssector te helpen met het implementeren van ICF, en bijsturen indien nodig. Op die manier kan men ervoor zorgen dat ICF op dezelfde manier wordt gebruikt. Ook moet vanuit het centrum, indien er aanpassingen in ICF worden gemaakt, dit gecommuniceerd worden naar de sectoren en vervolgens toegepast worden. Deze suggesties kunnen bekeken worden op haalbaarheid.

7.4.4 Platformen

De platformen zijn van cruciaal belang bij geïntegreerde registratie. Ze bieden *tools* aan om informatie en gegevens te delen. Wat volgt is een overzicht van de visie van respondenten op het gebruik ervan.

A. Kruispuntbank sociale zekerheid

De kruispuntbank zien de betrokken welzijnsinstellingen (zoals mutualiteiten, kinderbijslagfondsen, werkloosheidsorganisaties) als een goede manier om 'neutrale' demografische en persoonlijke gegevens van de cliënten op te vragen. Het wordt tevens gebruikt om (sociale) rechten van de cliënt aan te spreken uit het sociaal zekerheidsstelsel. Het is bijvoorbeeld te zien of iemand een leefloon krijgt. Attesten kunnen ook rechtstreeks uit de KPB worden geconsulteerd. Het spaart werk uit voor de dienstverleners en ook voor de cliënt is het efficiënter. Afhankelijk van de noden van de betrokken instellingen, is een partieel zicht op de gegevens uit de KPB beschikbaar. Het is echter niet te consulteren voor de actoren uit de gezondheidszorg en welzijnsinstellingen die geen linken hebben met de sociale zekerheid. Voor het CAW is men bezig de toegang tot de KPB te verlenen. Ook kijkt men om onderwijsgegevens van de burgers erin te betrekken. Doordat de KPB niet integraal door alle zorg- en hulpverleners gebruikt wordt, is het geen allesomvattende *tool* voor geïntegreerd registreren en het uitwisselen van gegevens binnen de hele eerstelijns.

B. eHealth en Vitalink

Vanuit de federale en Vlaamse overheid is een actieplan met actiepunten en richtlijnen rond het delen van gegevens binnen de eerstelijns en de ziekenhuizen opgesteld¹²⁷. Hierbij is de focus voornamelijk gericht op actoren binnen de gezondheidssector en is eHealth (of vitalink voor Vlaamse instellingen) het faciliterend platform. Een overzicht van de projecten waar ICF als geïntegreerd registratiesysteem zou gebruikt kunnen worden, is te zien in bijlage 15. In volgende paragrafen worden mogelijke suggesties gedaan hoe deze samenhang tussen de projecten en ICF zou kunnen verwezenlijkt worden.

Het project rond het Globaal Medisch Dossier (GMD) stelt het patiëntendossier voor van de (huis)artsen. Het GMD kan, zoals uitgelegd in tabel 1 van de resultaten, een combinatie zijn van de WHO-classificaties ICPC-2 en ICF. Wat betreft de communicatie en het delen van de relevante gegevens tussen zorgverleners ziet men binnen het actieplan¹²⁸ de *sumehr* (*summarized electronic health record*) als geschikt medium. Zoals uitgelegd in 7.2.3. kan zowel een sumehr en het GMD dat eraan gekoppeld is, gestructureerd worden met ICF en ICPC-2 codes. Een sumehr is een elektronisch document dat de minimale gegevens bevat die een arts nodig heeft om de gezondheidstoestand van de patiënt snel in te schatten en zo zorg te bieden. Het wordt enkel tussen artsen gedeeld via vitalink. De sumehr bevat demografische en contactgegevens, de medische voorgeschiedenis, informatie over risicofactoren, medicatie- en vaccinatie overzicht en een samenvatting van de actuele problemen.

Artsen zouden met hun computerprogramma sumehrs kunnen aanmaken op basis van het medisch dossier van de patiënt. De sumehr zal pas nuttige informatie bevatten als de huisarts het dossier van de patiënt zorgvuldig bijhoudt in zijn computerprogramma. De sumehr werd ingevoerd door de Belgische regering in 2005. Alle erkende softwarepakketten voor huisartsen moeten een sumehr kunnen aanmaken op basis van het elektronisch medisch dossier¹²⁹. Om duidelijke gegevensdeling door de sumehr via vitalink mogelijk te maken kunnen ICF-codes uit de GMD's op de sumehrs verschijnen voor de actuele problemen, informatie van risicofactoren en de persoonlijke gegevens. De zaken rond de medische voorgeschiedenis zullen dan eerder uit de ICPC-2 codes van het GDP komen.

Een volgend actiepunt, het 'Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) in ziekenhuizen', stelt het dossier voor binnen de ziekenhuissector. Uit het actiepunt is af te leiden dat dit gestructureerd en gecodeerd moet worden, en eHealth de deling ervan tussen zorgverleners mogelijk maakt. Afgeleid uit tabel 1, kan dit misschien door een combinatie van ICD-10 en ICF te gebruiken. Tevens zal SNOMED CT een rol spelen om de uniforme registratie te verwezenlijken. In punt 10.1 van resultaten deel 2 wordt daar dieper op ingegaan.

Het actiepunt 'Gegevens delen via hubs & metahub' beoogt dat via eHealth de EPD's beschikbaar worden gesteld om te delen bij chronische zorg, zorgtrajecten, thuiszorg, psychiatrie en in de toekomst ook andere instellingen. Zo zouden ICF-codes ook bij die sectoren doorgetrokken kunnen worden. Daarnaast zal ook het BelRAI instrument in die context gebruikt worden. De mogelijke samenhang tussen BelRAI en ICF wordt toegelicht in punt 10.2 van resultaten deel 2. Het Hub/MetaHub systeem laat zorgverleners toe om informatie die binnen ziekenhuizen beschikbaar is te consulteren,

¹²⁷ Ronde Tafel eHealth. (2012). Actieplan e-GEZONDHEID 2013-2018.

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ Vitalink. Sumehr. Opgehaald op 1 december 2014 van <http://www.vitalink.be/Vitalink/Zorgverleners/Gegevens/Sumehr/>

onafhankelijk van waar deze informatie zich bevindt¹³⁰. Ook het actiepunt 'Ontwikkelen van een minimaal EPD', is gebaseerd op het EPD. Via eHealth kunnen zorgverleners gestructureerde gegevens opnemen en delen met elkaar.

Het laatste relevante actiepunt 'Vergemeend elektronisch voorschrijven' betreft de digitalisering van verschillende voorschriften tussen zorgverstrekkers. Recip-e¹³¹ beoogt de invoering van de elektronische voorschriften. De deling ervan gebeurt via het eHealth-platform. Voor de geneesmiddelen-voorschriften kan geen beroep gedaan worden op ICF. De ICF-code e1101: Geneesmiddelen (Component externe factoren, Hoofdstuk Producten en technologie) is daarvoor te algemeen. Hetzelfde geldt bij de voorschriften voor medische beeldvorming en laboratoria. De zorgvoorschriften voor kinesitherapie, en verpleegkunde kunnen wel door middel van voornamelijk de ICF-componenten functies, gezondheidstoestand (ICD-10 of ICPC-2) en anatomische eigenschappen opgemaakt worden.

Vanuit de respondenten komt sterk de vraag om de opvraging van gegevens en de communicatie tussen zorg- en hulpverleners sterk te uniformiseren. Dit door zoveel mogelijk gebruik te maken van dezelfde diensten binnen eenzelfde platform: *"Wat ik het gemakkelijkst zou vinden is dat iedereen met Ehealth een dossier heeft en dat alle zorgverleners, welzijnswerkers van die specifieke patiënt hebben toegang daarin, in dat stukje dat voor hen relevant is. En stel dat ik een vraag voor de mutualiteit, een bepaald attest nodig heb, dat zij dat daarin kunnen zien en zij dat daarin kunnen plaatsen en ik het eruit kan krijgen. Alles elektronisch eh"* (respondent nr. 22).

De respondenten uit de gezondheidssector zien eHealth als een betrouwbaar medium om de uitwisseling van gegevens en de gegevensstromen te faciliteren. Het kanaal om bijvoorbeeld geadresseerde boodschappen, zoals verwijsbrieven en voorschriften, die nu per brief worden uitgeschreven, elektronisch te laten verlopen via de eHealthbox, is voor de meeste respondenten een positieve evolutie. Het User Acces Management van eHealth, waarbij al dan niet gedeeltelijke toegang wordt verleend aan zorgverleners, vindt men een evenzeer een goed werkbaar systeem. Waar men zich wel vragen bij stelt is of de gegevens opgeslagen worden op het internet, en als daar inbreuken op de privacy door *hacking* of inbreuk mogelijk zijn. Bij eHealth worden de gegevens niet opgeslagen op internet, dit gebeurt wel bij het vitalink-project. Vitalink voorziet echter ruime veiligheidsmechanismen. Toch zal men deze opmerking binnen het vitalink-project grondig moeten bekijken, en indien er een gedeeld systeem via ICF uitgewerkt wordt, zal er duidelijke communicatie naar de betrokken zorg- en hulpverleners nodig zijn over deze werking.

Vanuit de respondenten uit de welzijnssector blijkt dat voornamelijk met vitalink gewerkt wordt. Het technologisch platform wordt op dit moment gepiloteerd in de gezondheidssector, maar de Vlaamse regering plant in de toekomst het platform te gebruiken om ook in andere takken van de zorg en welzijnssector te gebruiken. De mutualiteiten zien dit platform als een opportuniteit om een overzicht van een zorgnetwerk uit te bouwen. In de toekomst zal er bijvoorbeeld een journaal beschikbaar zijn met gedeelde informatie, voor een zorgteam.

Niet-geadresseerde boodschappen, de gedeelde informatie, waarbij zorg- of hulpverleners gegevens op de server van de ziekenhuishubs/metahub en vitalink zullen plaatsen zonder te weten wie dit zal consulteren, vinden de respondenten nog niet duidelijk genoeg om er vertrouwen in te hebben. Dat vertrouwen heeft voornamelijk betrekking op het feit dat ze onzeker zijn over het gebruik van die

¹³⁰ Health Connect. Opgehaald op 1 december 2014 van <https://www.healthconnect.be/nl/blog/alles-op-een-rijtje-ehealthbox-vitalink-en-hubs>

¹³¹ Recip-e. Opgehaald op 1 december 2014, van <http://recip-e.be/home-nl/>

gegevens en de interpretatie ervan door andere zorg- en hulpverleners. De encrypting van de gegevens op zich, lijkt volgens de respondenten wel veilig. Naast dit vinden de meeste respondenten dat het doel en gebruik van alle diensten en platformen nog niet duidelijk is genoeg is, om een goede inschatting qua werkbaarheid te maken.

7.4.5 Betrokkenheid en privacy van de patiënt/cliënt

De privacy van de cliënt/patiënt behouden binnen een gedeeld dossier is een moeilijk gegeven voor de respondenten, waar voor hen veel onduidelijkheid over heerst, indien er een gedeeld dossier op basis van ICF komt. Er is overleg en een duidelijk beleidskader nodig, om hier richtlijnen over uit te schrijven.

De federale overheid heeft in zijn actieplan¹³² wel al enkele actiepunten uitgeschreven over dit thema. Volgens de federale overheid wordt de patiënt/cliënt bij het delen van zijn gegevens aan zorgverleners actiever betrokken. Er wordt een laagdrempelige toegang voor de burger voorzien tot zijn patiënten-dossier via een patiënten portaal. De patiënt kan evenals toevoegingen en bemerkingen geven in zijn dossier. In elk dossier heeft elk gegeven vanaf 2014 een auteur. De patiënt wordt de auteur van de gegevens die hij ingevoerd heeft. Kennis over e-gezondheid wordt vergroot door verschillende aspecten. Er komt bijvoorbeeld een breed maatschappelijk debat, over welke zorgverstrekkers toegang moeten krijgen tot welke gegevens, waarbij de vraag van toegang of geen toegang tot bepaalde gegevens door een bepaalde beroepsgroep wetenschappelijk onderbouwd en proportioneel is.

Tevens komt er brede mediacommunicatie over de toegankelijkheid van data. Daarbij kunnen de burgers vertrouwd worden met hoe de systemen voor elektronische uitwisseling van gegevens werken. Als laatste wordt een vak 'e-gezondheid' in elke opleiding in de gezondheidszorg (artsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, enz.) opgenomen. Het wordt ook opgenomen in de competentieprofielen van de diverse zorgberoepen. Hier is terug een insteek om naast e-gezondheid, ook ICF mee te nemen in de opleidingen.

Indien gegevens gedeeld worden, zal de persoon in kwestie met de ID-kaart *informed consents* geven welke zorg- en mindere mate hulpverleners toegang krijgt tot de gegevens. Bij geadresseerde boodschappen zoals een voorschrift en een verwijfsbrief is dit niet nodig. Dit gaat via de eHealthbox. Het is wel nodig voor niet-geadresseerde boodschappen, wat via vitalink en de (meta-)hubs zal verlopen. Dat is de informatie van een persoon die zal gedeeld worden met betrokken zorg- en hulpverleners. Daar zitten verschillende beschermingsmechanismen op. Het eerste daarvan is het verplicht zorgcertificaat van de zorgverlener alsook de computer die hij/zij gebruikt. Het geeft de zorgverlener de toegang om eHealth te gebruiken. Een tweede bescherming is de *informed consent* die de patiënt geeft. De patiënt kan daarin zelf kiezen. De derde barrière is de therapeutische relatie. De zorgverlener dient een therapeutische relatie te hebben met de patiënt om gegevens te mogen inkijken. Dat is vastgesteld in Koninklijk Besluit 78. Voorlopig zitten daar geen welzijnswerkers bij. Als laatste is er de bescherming op de aard van het gegeven. Een sumehr kan bijvoorbeeld enkel door de betrokken huisarts ingekeken worden, en niet door de betrokken kinesist.

Deze beveiligingsmechanismen zijn ook noodzakelijk bij het delen van het medicatieschema, dat wordt gefaciliteerd door vitalink. Gezien hulpverleners die niet onder de definitie van een therapeutische

¹³² Ronde Tafel eHealth. (2012). *e-GEZONDHEID 2013-2018*.

relatie vallen (zoals welzijnswerkers) ook toegang mogen krijgen om het schema te zien, is beveiliging noodzakelijk.

Stakeholder nr. 19 ziet als laatste ook problemen bij de uitgebreide rapportage van gegevens aan de overheid. De demografische gegevensstromen uit de medische summaryrecords dienen gebruikt te worden voor wetenschappelijk onderzoek om bijvoorbeeld het aantal procent van de bevolking die leidt aan bepaalde allergieën te zien. Het is volgens de stakeholder niet eenvoudig om dit zomaar, ondanks de gegevens geanonimiseerd zijn, toe te laten.

7.5 ICF en andere terminologiesystemen

De volgende paragrafen geven meer toelichting bij **deelvraag 4.e: Is er integratie mogelijk tussen ICF en SNOMED CT en/of BelRAI/InterRAI?**

7.5.1 Gebruik van ICF en SNOMED CT

A. Huidige afspraken op federaal en Vlaams niveau rond SNOMED CT

Uit overeenkomsten van de Ronde Tafel¹³³ is duidelijk dat de federale overheid, alsook de Vlaamse overheid die mee zijn handtekening onder deze overeenkomsten heeft gezet, het pad van SNOMED CT kiest als toekomstige medische terminologie binnen de gezondheidssector. Er wordt door een groep experts een strategie uitgewerkt voor een medische terminologie die de tegenstellingen tussen de eerstelijns en de tweedelijns overstijgt, en die het hergebruik van de gegevens binnen een administratieve en wetenschappelijke context toelaat. Er zal een nationaal terminologiebeleid opgesteld worden om de nodige terminologie- en communicatiestandaarden te ontwikkelen.

In het actieplan van de Ronde Tafel¹³⁴ staat te lezen dat een terminologiecentrum de toepassing van SNOMED CT zal faciliteren. Het centrum zal *tools* zoals een terminologieserver ontwikkelen. Daarbij worden de standaarden en coderingen uit de verschillende huidige systemen bijeengebracht. Zo verhoogt de semantische interoperabiliteit tijdens het elektronisch delen van informatie. Dit zal gebeuren op federaal, gewestelijk en gemeenschapsniveau. De interoperabiliteit binnen de gezondheidssector zal worden gefaciliteerd door een medische referentiethesaurus te creëren, die gebaseerd is op een vertalingen van SNOMED CT in het Nederlands en het Frans. Er wordt een aangepaste granulariteit voorzien, om aan de specifieke behoeften van de verschillende sectoren te voldoen. Het geheel aan huidige coderingssystemen die nu voor diverse doeleinden worden gebruikt, zal *gemapt* worden met SNOMED CT termen, tegen 2017. Dit zal gebeuren onder toezicht van de betrokken overheden. Echter is de invoering van SNOMED CT zoals hierboven uitgelegd, intussen uitgesteld voor onbepaalde duur. Het is met andere woorden op dit moment niet duidelijk of SNOMED CT verder zal worden uitgewerkt of niet.

¹³³ Ronde Tafel eHealth. (2012). *e-GEZONDHEID 2013-2018*.

¹³⁴ Ibid.

B. Samenhang ICF en SNOMED CT: mogelijkheden

Wat echter ook niet voorkomt in dit document¹³⁵, is of SNOMED CT zou kunnen samengaan met een classificatie zoals ICF (of ICD-10 en ICPC-2). Dit is echter cruciaal indien er zal worden beslist om met ICF te werken in de toekomst. Literatuur biedt hier wel enigszins een antwoord op. Zo stelt van Puijenvelde & de Groot (2014) dat SNOMED CT en ICD-10, beide gebruikt kunnen worden voor het vastleggen van diagnoses. Daarbij is de sterkte van SNOMED CT het aanbieden van gedetailleerde termen zoals klachten, symptomen, diagnoses en verrichtingen in elektronische patiëntendossiers. Zo wordt uitgebreide registratie van medische gegevens van een patiënt in het primaire proces gerealiseerd. Een deel van SNOMED CT kan hier als een thesaurus dienen om te gebruiken. Enkel zal men maar een deel van SNOMED CT kunnen gebruiken. Dit zou in de vorm van een Belgische *reference set* kunnen gebeuren (stakeholder nr. 18).

Omdat SNOMED CT overlappende categorieën bevat (longkanker kan bijvoorbeeld vallen onder 'kankers' en 'longaandoeningen'), is het noodzakelijk om er een eenduidige classificatie aan te koppelen, als men wilt lijsten trekken voor overheden of wetenschappelijk onderzoek, of om financiering aan te koppelen. Ook zijn de internationaal erkende classificaties van de WHO nodig indien men over de grenzen heen gegevens wilt doorsturen of vergelijken. Door de vertaling van de SNOMED CT termen in het Nederland en het Frans kunnen er nuanceverschillen ontstaan, waardoor internationale vergelijking niet volledig accuraat kan zijn (informatie uit interview met stakeholder nr. 18).

De taak van ICD-10 in deze samenhang zou het classificeren van ziekten/aandoeningen en redenen van contact met zorginstellingen zijn. Tevens zou ICD-10 voor de aggregatie van medische gegevens voor nationale en (internationale) statistieken en rapportages, gebruikt kunnen worden. Als men beide stelsels kan integreren in een goed uitgewerkt softwareprogramma en in de bestaande informatiesystemen, is er slechts eenmalige registratie nodig voor meervoudig gebruik. Hetzelfde zou kunnen gebeuren tussen ICPC-2 en SNOMED CT. Voor de huisartsen is er al een GP-*refset* van SNOMED CT¹³⁶ ontwikkeld, waarbij de relevante termen uit SNOMED CT voor de huisartssector gegroepeerd staan. Deze set is tevens al gekoppeld aan ICPC-2-codes (informatie uit interview met stakeholder nr. 18).

De rol van ICF in dit verhaal zou volgens stakeholder nr. 18 de volgende kunnen zijn. ICD-10 of ICPC-2 kan uitgebreid worden met ICF-codes. Voor de ICF-component gezondheidstoestand te classificeren stelt ICF sowieso het gebruik van ICPC-2 en ICD-10 voor. Op die manier zou een combinatie van SNOMED CT als thesaurus met een gecombineerde classificatie van ICD-10/ICPC-2 en ICF een mogelijkheid kunnen zijn.

135 Ibid.

136 General Practitioner reference set

C. Integratie tussen de welzijns- en gezondheidssector door gezamenlijk gebruik van ICF en SNOMED CT: niet duidelijk

Gezien de codes uit ICF verder gaan dan louter het medische, lijkt deze combinatie ook werkbaar voor de welzijnssector. Beide sectoren kunnen zo met ICF en SNOMED CT aan de slag. Het gebruik van ICF is hierbij cruciaal, gezien ICPC-2 en ICD-10 en bij uitbreiding andere classificaties uit verschillende welzijnsinstellingen, sectorspecifiek en niet ideaal zijn om interdisciplinair mee te communiceren of gegevens te delen.

Ook SNOMED CT beweert dat binnen hun uitgebreid aantal termen er genoeg de verscheidene sociale problematieken weergeven, om bruikbaar te zijn voor welzijnsinstellingen (informatie uit interviews met stakeholders nr. 1 en 18). SNOMED CT bevat ‘*secondary diagnoses*’ en hieronder vallen de welzijnsaspecten. SNOMED CT biedt daarnaast de mogelijkheid om een ‘*name Space*’ aan te maken voor een bepaalde instelling. In deze ‘*name Space*’ kunnen coderingen toegevoegd worden die enkel voor een bepaalde welzijnsinstelling van toepassing zijn.

Zo zou een registratiesysteem kunnen ontstaan, waarbij een combinatie van ICF en ICD/ICPC-2 voor de gezondheidssector, en ICF en de huidige welzijnssystemen voor de welzijnssector, de classificatie in het systeem representeren. Vervolgens kan SNOMED CT als thesaurus gebruikt worden in datzelfde systeem. De communicatie en gegevensdeling tussen zorg- en hulpverleners kan via SNOMED CT en/of ICF verlopen. Het sectorspecifiek registratie- of classificatiesysteem kan eventueel in combinatie met ICF behouden worden voor de interne registraties. Zo zouden zowel de gezondheids- en de welzijnssector met ICF én SNOMED CT kunnen werken. Of dit pad haalbaar is, dient verder onderzocht te worden.

Stakeholder nr. 18 betwijfelt echter of SNOMED CT wel echt volledig toepasbaar is binnen systemen voor de welzijnssector. Ook stakeholder nr. 1 en 3 kunnen dit niet bevestigen en besluiten dat er eerst grondig wetenschappelijk onderzoek moet worden verricht naar SNOMED CT vooraleer de toepasbaarheid binnen de welzijnssector gegarandeerd kan worden. De welzijnsinstellingen maken tevens geen gebruik van terminologieën, wat het niet evident zal maken om SNOMED CT toe te passen binnen die sector.

D. Praktische toepassing van het gecombineerd systeem tussen ICF en SNOMED CT: enkel voor de gezondheidssector suggesties

Voor de gezondheidssector komt een suggestie om de gecombineerde toepassing van ICF, ICD-ICPC en SNOMED CT in één registratiesysteem praktisch mogelijk te maken: *“Wat hebben we nodig? Een slim systeem, dat vertrekt van klinische labels, waar andere zaken aan toegevoegd worden zodat het een multiterminologisch systeem wordt. Zodat het verschil in terminologie en classificaties gebruikt wordt, op een manier dat ze het meest efficiënt zijn. Dus als je meer detail wilt, en je wilt voornamelijk beschrijving, dan is SNOMED CT een goede keuze. Als je wil gaan tellen en classificeren, dan ga je classificaties nodig hebben zoals ICPC en ICD-10, en ICF”* (stakeholder nr. 18).

Het is daarbij volgens stakeholder nr. 18 belangrijk dat, indien SNOMED CT in voege gaat, er in de verschillende zorgsettingen op dezelfde manier gewerkt wordt met deze terminologie. De praktische *tool* om termen te zoeken in het registratiesysteem, moet gelijklopend zijn binnen de verschillende sectoren. Dezelfde *tool* kan in de verschillende softwaresystemen van de sectoren geïmplementeerd worden. Het nationaal terminologiecentrum kan deze taak op zich nemen. Welke classificaties daaraan *gemapt* worden, kan vervolgens verschillen van sector tot sector.

7.5.2 Gebruik van ICF met BelRAI

Verschillende respondenten stellen zich de vraag wat er zal gebeuren met de BelRAI indien ICF er komt. Onder andere in het e-zorgplan¹³⁷ en bij de mutualiteiten zal de BELRAI geïntegreerd worden in het dossier. Het lijkt hen onlogisch dat er apart geregistreerd zal worden voor ICF en BELRAI. Een *mapping* van parameters uit beide systemen lijkt nodig volgens hen, zodat geen dubbelwerk door registratie van dezelfde gegevens, ontstaat.

A. Toepassing van BelRAI

Op dit moment maken enkele rusthuizen gebruik van de BelRAI. Het verliep volgens stakeholder nr. 16 in het begin vrij moeilijk, doordat het elektronisch systeem vaak blokkeerde. Daarnaast vereist het ook een intensieve opleiding. De stakeholder zegt echter dat de meeste hulpverleners die er mee werken, enthousiast zijn. Een pluspunt is dat de screenings in de BelRAI door de verschillende zorg- en hulpverleners, resulteren in een aantal caps. Deze caps zijn aandachtspunten over de patiënt/cliënt in kwestie, die het zorgteam kan aanpakken. Het minpunt is dat invulstelsel zeer tijdrovend is. Daardoor ziet men dit voornamelijk bruikbaar voor cliënten die zwaar zorgbehoevend zijn (informatie uit interview met stakeholder nr. 15). Deze opmerkingen liggen in dezelfde lijn als de opmerkingen van respondenten en stakeholders over ICF.

Men ziet echter nu al problemen om bijvoorbeeld de parameters van de KATZ-schaal voor de verpleegkundigen, of de systemen van de zorgverzekering af te stemmen op de beschaal van de BelRAI. Het struikelblok is dat de systemen een andere interpretatie vereisen. Ook de resultaten of de output verschilt. De beschaal heeft betrekking op het recht op een uitkering, bij de KATZ-schaal gaat het eerder op het recht op meer of minder zorgen. Dat is niet zomaar gelijk te schakelen. Vanuit die optiek lijkt het ook niet evident om ICF te mappen met BelRAI, of om de doelstellingen en interpretaties van beide systemen op elkaar af te stemmen. Grondig onderzoek en overleg is nodig om hier meer duidelijkheid over te krijgen (informatie uit interview met stakeholder nr. 7).

B. Semantische interoperabiliteit tussen ICF en BelRAI/InterRAI: noodzakelijk

Er is onderzoek lopende die semantische interoperabiliteit tussen ICF en de RAI-beoordelingsinstrumenten tracht te vinden. Dit is nodig vooraleer Vlaanderen met beide systemen zal werken. Op Europees niveau is binnen *Semantic Health Net*¹³⁸ een project gestart om klinische data uit verschillende systemen te mappen. De onderzoeksgroep LUCAS (Kleven) werkt mee aan dit onderzoek en tracht in die context ICF-codes met InterRAI HC¹³⁹-codes te mappen.

Daaruit komen enkele bedenkingen: het blijkt mogelijk om InterRAI HC-codes te mappen met ICF-codes tot op het tweede niveau binnen de ICF-classificatie. Bij het derde en vierde niveau van ICF-codes is het onduidelijk bij welke ICF-codes de InterRAI HC-codes het best passen. Met andere woorden, de InterRAI HC-codes kunnen bij meerdere ICF-codes uit het derde en het vierde niveau geplaatst worden, afhankelijk van de interpretatie van de onderzoeker. Dit is voornamelijk zo bij de codes die betrekking hebben op emoties. Bijgevolg loopt de mapping op deze twee niveaus stroef. Een ander probleem is dat

137 Vlaams Brabant. E-zorgplan. Opgehaald op 1 december 2014, van http://www.vlaamsbrabant.be/binaries/handleiding_e-zorgplan_tcm5-7491.pdf

138 Semantic Health Net. Opgehaald op 10 november 2014, van <http://semantichhealthnet.eu/>

139 InterRAI Home Care

indien drie mensen beide systemen schalen, er verschillende mappings ontstaan tussen 1 InterRAI-code en meerdere ICF-codes, die ook allemaal lijken te kloppen.

Berg et al. (2009) onderzochten de relatie tussen InterRAI HC-codes en ICF. Meer specifiek keken ze naar het aantal InterRAI HC-items die overeenkwamen met de hoofdstukken en codes uit de classificaties van ICF (voor de componenten functies, anatomische eigenschappen, activiteiten & participatie, en externe factoren). Ze kwamen tot de conclusie dat InterRAI HC goed aansluit bij het conceptueel kader van ICF en dat een substantieel aandeel van items past binnen de ICF-componenten functies, activiteiten en participatie, en externe factoren. De mogelijkheid om ICF-codes te linken aan systemen zoals InterRAI HC, zou de verspreiding van ICF en meer bepaald, om personen vanuit hun functioneren te bekijken, bevorderen. Concrete toepassingen ziet men bij instellingen die al InterRAI HC systemen gebruiken maar wensen om ICF-codes te hanteren om zo de gezondheidstoestand van personen goed te rapporteren. Een andere optie ligt volgens hen bij instellingen die InterRAI HC systemen willen gebruiken om het conceptueel kader van ICF te representeren, zonder echter de specifieke ICF-codes te gebruiken.

In de discussie wordt echter ook vermeld dat de interpretatie van de ICF-codes door verschillende onderzoekers een invloed heeft op de *mapping* ervan met de InterRAI HC-codes. De *qualifiers* bij de ICF-codes zijn volgens de onderzoekers te algemeen en vaag (men spreekt over 'geen', 'licht', 'matig', 'ernstig' en 'volledig' probleem, en een plus of minteken om een positieve of negatieve situatie aan te geven). Volgens de auteurs is het mogelijk om elk probleem in de populatie met een ICF-code te detecteren, maar is meer gedetailleerd onderscheid tussen de codes essentieel om personen met functioneringsproblemen te omschrijven.

Stakeholder nr. 4 is van mening dat ICF nog niet volledig gevalideerd is, en ziet daardoor geen *mapping* ervan met de registratiesystemen mogelijk. InterRAI HC is wel valideerbaar (Hirdes et al, 2008; Morris et al, 1994; Berg et al, 2002) en betrouwbaar. Er worden specifieke beschrijvingen gelinkt met elke antwoordoptie binnen InterRAI HC. Die beschrijvingen faciliteren het begrijpen van de beperkingen en de sterktes van een persoon. Er is ook een handleiding die de inhoud en de definities verklaart, en voorbeelden geeft bij de *scoring items*. Deze zaken hebben bijgedragen tot de betrouwbaarheid van InterRAI HC. Daardoor is stakeholder nr. 4 van mening dat een *mapping* tussen BelRAI en de registratiesystemen beter is. ICF zou vervolgens de inhoudelijke uitwerking van de zorgplannen kunnen faciliteren. Het is volgens dezelfde stakeholder wel noodzakelijk dat voor bepaalde welzijnsinstellingen, zoals CAW en OCMW, extra parameters in de BelRAI toegevoegd worden, om beter gebruik mogelijk te maken. Er wordt bijvoorbeeld nog niet voor armoede geschaald binnen BelRAI. Binnen het globaal medisch dossier stelt de stakeholder voor dat het mogelijk zou moeten zijn om met één knop gegevens door te sturen naar de BelRAI-schalen. Vervolgens krijgt de huisarts de resultaten terug.

De functie van ICF om de inhoudelijke uitwerking van de BelRAI-zorgplannen te faciliteren, ligt bij het denkkader rond ICF. Door middel van overleg via het ICF-denkkader, zou men beter uitgewerkte richtlijnen over het wel of niet uitvoeren van een zorgplan, kunnen ontwikkelen. Zo zouden zorgplannen bepaald worden, met oog voor het functioneren, de externe en persoonlijke factoren van de persoon. Bijvoorbeeld, indien er een 'cap' alcoholprobleem oplicht bij een persoon, kan men door een analyse gebaseerd op ICF, nagaan of een alcoholverbod een grote impact zou hebben op het sociaal leven en het functioneren van de persoon in kwestie. Of dit een goede methode zou zijn om ICF met BelRAI gezamenlijk in te voeren, dient verder bekeken en onderzocht te worden.

C. BelRAI en SNOMED CT

Wat betreft SNOMED CT en BELRAI is er volgens stakeholder nr. 17 een optie om de i-codes die samenhangen met concepten uit de BelRAI te koppelen aan SNOMED CT-codes. In geval deze samenhang ingevoerd zou worden, dient een gebruiksvriendelijk systeem dit mogelijk te maken. Daarbij zou de software de koppeling van beide codes zelf moeten maken, in plaats van de zorg- of hulpverlener zelf. De stakeholder ziet deze koppeling echter alleen relevant als men internationaal volledig op SNOMED CT inzet, in het kader van het internationale uitwisseling van gegevens. Indien SNOMED CT enkel zou gebruikt worden in België, zijn de i-codes van BelRAI volgens de stakeholder even werkbaar en voor dezelfde doeleinden bruikbaar. In dat opzicht zou de stakeholder het niet efficiënt vinden om ook SNOMED CT in te passen in de verschillende registratiesystemen in de gezondheids- en welzijnssector.

D. Reflectie

Uit al deze overwegingen, komt naar voor dat het belangrijk is om duidelijk aan te geven wat de precieze positie is van BelRAI, ICF, SNOMED CT.

In een eerste benadering zou men kunnen stellen dat de BelRAI een scorings-instrument is, behulpzaam bij het evalueren van het functioneren in brede betekenis van een persoon. De ICF is een classificatie, dit betekent dat de begrippen waarnaar de termen verwijzen een hiërarchische relatie met elkaar hebben. SNOMED CT is een thesaurus met beschrijving van begrippen.

De meest voor de hand liggende keuze is dat wellicht ze alle drie noodzakelijk zijn, omdat ze elk een eigen functie hebben. Bovendien moeten deze 3 gekaderd worden binnen ICD, ICPC, ATC, ...

Een eerste uitdaging vormt het afstemmen van het instrumentarium (BelRAI...) op de classificatie. Hier stellen zich twee belangrijke problemen: enerzijds de onvolledigheid: via BelRAI capteert men in het beste geval de helft van de codes (bv. in "body functions" en "activities en participation"), maar in de andere gebieden is de overeenstemming nog veel kleiner. Dit betekent dat men conceptueel het scorings-instrument moet aanvullen, zodat het de overgrote meerderheid van de ICF-codes capteert. Het tweede probleem is de moeilijkheid van een eenduidige interpretatie. Wellicht is dit niet volledig uit te sluiten, vermits het gebruik van dit soort instrumenten een "menselijke bezigheid" is, en er dus zeker een "inter-observer"-variatie aanwezig is (en zal blijven). Deze inter-observer-variatie vormt enkel een probleem, wanneer er consequenties (bv. op het vlak van omkadering, financiële ondersteuning...) aan verbonden zijn. In de dagelijkse hulpverlening zal het werken vanuit een "Goal-Oriented Care"-concept¹⁴⁰ zeker duidelijk maken hoe de ICF-gecodeerde informatie in concrete interventies moet worden omgezet (zie figuur 30B).

De aanbeveling is dus om op geïntegreerde wijze de ontwikkeling van BelRAI, de vertaling naar ICF en het gebruik van SNOMED CT op elkaar af te stemmen. Een belangrijk argument om dit zorgvuldig te doen is dat, via de ICF, internationale vergelijking van informatie op een systematische wijze mogelijk wordt. Dit is van groot belang omdat de epidemiologie van het "functioneren" in de toekomst wellicht even belangrijk (zo niet belangrijker) dan de "epidemiologie van de diagnoses".

¹⁴⁰ De Maeseneer J, Boeckstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: Multimorbidity, Goal-Oriented Care and Equity. Br J Gen Pract 2012;62:522-4.

Hoofdstuk 8

Beleidsaanbevelingen

In dit hoofdstuk formuleren we op basis van de bevindingen uit de resultaten deel 1 en deel 2 enkele beleidsaanbevelingen. De aanbevelingen zijn opgesteld met het oog op de verdere uitwerking van een geïntegreerd registratiesysteem in de eerstelijns gezondheids- en welzijnssector. De integratie gebeurt daarbij op basis van het denkkader en de classificatie van ICF.

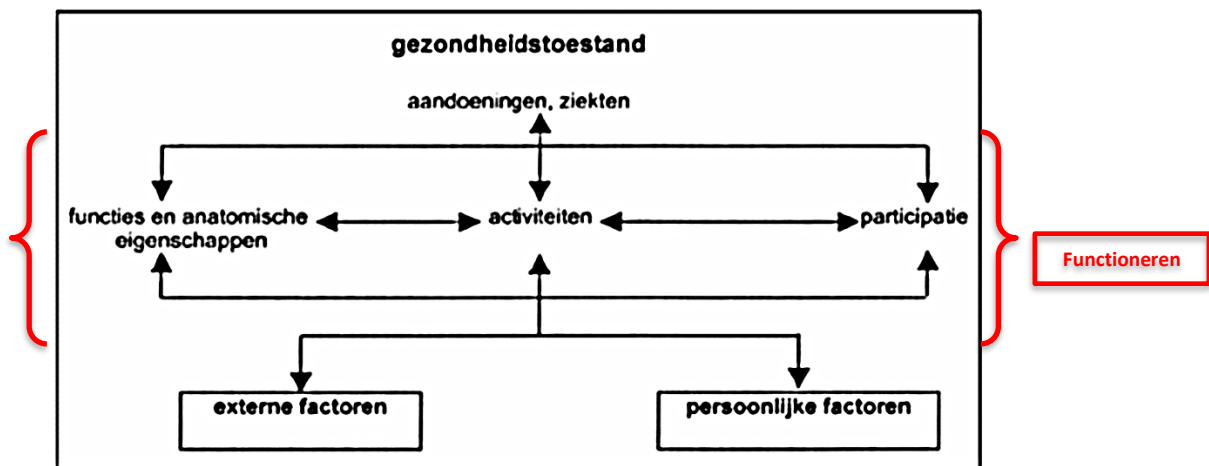
Uit de resultaten komt naar voor dat eenduidige implementatie van de ICF-classificatie in de registratiesystemen niet mogelijk is. De systemen zijn daarvoor te verschillend van elkaar en hebben niet per definitie dezelfde doelstelling van registratie voor ogen dan ICF. Indien men voor ICF kiest, zal er per instelling/(deel)sector rekening moeten gehouden worden met de specifieke contextfactoren, alvorens de ICF-classificatie toe te passen. Het lijkt het wel mogelijk om al met het ICF-denkkader te werken binnen zorg en begeleiding. Daarom bevatten de beleidsaanbevelingen voornamelijk algemene richtlijnen en aandachtspunten, zonder expliciet te stellen dat ICF hét toekomstig model voor geïntegreerde registratie wordt. De aanbevelingen zijn te onderscheiden in richtlijnen voor implementatie en gebruik van ICF enerzijds en beleidsmatige suggesties rond ICF en geïntegreerd registreren anderzijds. Deze exploratieve studie kan als vertrekpunt dienen voor verder, meer gericht onderzoek.

8.1 Maak in de keuze van implementatie van ICF een onderscheid tussen ICF als denkkader en ICF als classificatie voor functioneren

Grondige analyse van documenten, ICF-proefprojecten en de data uit de interviews, geeft aan dat ICF kan gezien worden als een denkkader om het functioneren van een persoon te beschrijven, maar ook als classificatie. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de beste toepassing een gezamenlijke implementatie van zowel het denkkader als de classificatie van ICF zou zijn, gezien beide ICF-aspecten elkaar aanvullen.

8.1.1 Concrete toepassingen van ICF als denkmodel voor functioneren: meerwaarde

ICF kan geïnterpreteerd worden als een inhoudelijk denkmodel rond het functioneren van een persoon, met inbegrip van zijn/haar gezondheidstoestand, externe en persoonlijke factoren. Een visuele weergave is te zien in figuur 32.



Figuur 32 Conceptueel model ICF141

Het functioneren van een persoon wordt gezien als een combinatie van zijn/haar mentale en lichamelijke functies, anatomische eigenschappen, activiteiten in het dagelijks leven en participatie in het maatschappelijk leven. De gezondheidstoestand van een persoon en zijn externe en persoonlijke factoren werken in of worden beïnvloed door het functioneren. De gezondheidstoestand is in principe geen volledig onderdeel van ICF. De gezondheidstoestand wordt binnen ICF gezien als een problematisch of faciliterend deel van een persoon, dat in interactie staat met zijn/haar functioneren. Externe factoren weerspiegelen daarbij de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. Persoonlijke factoren betreffen de individuele achtergrond van het leven van het individu en coping strategieën.

Over dit denkmodel zijn de meeste respondenten enthousiast. Ze geven aan dat er nog teveel in hokjes wordt gedacht, en afhankelijk van de eigen discipline, lijkt het hen een goed idee om de andere ICF-concepten meer aandacht te schenken tijdens de begeleiding en zorg. Het ICF-denkmodel legt de **focus op het volledige functioneren van een persoon**. Als iemand bijvoorbeeld dementie heeft, moet het uitgangspunt niet de diagnose 'dementie' zijn, maar wel de impact ervan op zijn of haar activiteiten en participatie in het dagelijks en sociaal leven, de mate van functioneren die nog mogelijk is en de faciliterende of hinderende externe en persoonlijke factoren. Zo kan het dat eenzelfde diagnose bij twee personen, toch een volledig verschillende aanpak qua zorg, hulp en begeleiding vereist. Als men volgens dat principe denkt, zal een meer gerichte zorg mogelijk zijn.

Omdat het gebruik van de ICF-classificatie veel aanpassingen zal vereisen binnen de dossiers, met voor- en nadelen wat betreft implementatie, overeenkomsten met de gebruikte parameters uit de dossiers, gebruiksvriendelijkheid en gebruik, zien de respondenten het als een goede tussenstap om **eerst binnen het dossier te leren denken in het ICF-denkmodel**. Op die manier kan volgens hen geleidelijk aan overgestapt worden op een registratie en hulpverlening gebaseerd op de ICF-classificatie (zie figuur 30B). Binnen de meeste instellingen is men ook tevreden over de huidige registratieparameters en dossiers en voelt men niet de nood dit te veranderen door middel van de ICF-classificatie. Wel ziet men de meerwaarde van het ICF-denkmodel om de zorg en hulp te faciliteren. We denken echter dat het beter is om naast het denkmodel, ook de classificatie te implementeren binnen de huidige registratiesystemen. De ICF-classificatie kan namelijk een belangrijke *tool* zijn om het denken van de

¹⁴¹ Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. (2001). *ICF, Internationale Classificatie van het menselijk functioneren, Nederlandse vertaling*. Bilthoven: Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre.

zorg- en hulpverleners rond functioneren, te faciliteren. Structurele veranderingen zoals classificaties blijken immers een belangrijke invloed te hebben op het denken.

Concrete toepassingen van het ICF-denkkader liggen in het **multidisciplinair overleg en binnen multidisciplinaire teams**. De ICF-proefprojecten zijn voornamelijk binnen zo'n teams uitgebouwd. Gezien er verschillende disciplines binnen een team of overleg samenwerken of overleggen over de situatie van een patiënt/cliënt, biedt ICF een goed denkkader om de visie van de verschillende disciplines te structureren volgens de verschillende componenten. Een overleg of samenwerking kan zo vertrekken vanuit de specifieke situatie van een patiënt/cliënt, waarbij zoals in een vorige paragraaf uitgelegd, de focus wordt geplaatst op de persoon zelf, en niet op de stoornis of het probleem. Maar evengoed kan een individuele zorg- of hulpverlener bijvoorbeeld **tijdens het intakegesprek of consultatie met het ICF-denkkader in het achterhoofd**, vragen stellen met betrekking tot de verschillende ICF-concepten. Zo kan rijkere informatie verkregen worden, die een meer gerichte zorg en hulp kan voorzien.

Toch is dit **niet vanzelfsprekend** en vermelden de respondenten die al met ICF gewerkt hebben, dat deze manier van denken zich pas na veelvuldig gebruik ontwikkelt. Zo is het voor de gezondheidssector niet altijd gebruikelijk om de focus op andere componenten dan de gezondheidstoestand of de diagnose te leggen. Hetzelfde geldt voor de welzijnssector die vaak de sociale achtergrond als startpunt neemt. Ook geven enkelen aan dat ze niet over alle ICF-componenten informatie wensen te verkrijgen, gezien ze dit als niet noodzakelijk zien voor hun werking of zorgaanbod. Tevens vermelden ze dat de privacy van de cliënt/patiënt bewaard moet blijven in dit verhaal. Welke informatie de verschillende gezondheids- en welzijnsactoren nodig hebben voor hun werking en zorgaanbod, met inbegrip van de privacy van de cliënt/gezondheid dient verder onderzocht te worden, mede in het kader van het denken over het "gedeeld beroepsgeheim". Dit kan zowel op Vlaams niveau of binnen de instellingen zelf. In de volgende aanbevelingen wordt geschetst welke voorwaarden nodig zijn om dit te realiseren.

8.1.2 Toepassingen van ICF als classificatie bieden veel voordelen, maar ook bedenkingen

ICF is een classificatie van het menselijk functioneren. Het is systematisch geordend in gezondheidsdomeinen en met gezondheid verband houdende domeinen. ICF classificeert niet alle componenten die in het ICF-denkmiddel voorkomen. Zo wordt de gezondheidstoestand niet opgenomen in de ICF-classificatie. Men verwijst daarvoor naar de WHO-classificaties ICD-10 en ICPC-2 om ziektes en aandoeningen te classificeren. Tevens is er voor de component persoonlijke factoren ook geen classificatie. Deze persoonlijke factoren zijn (nog) niet geassocieerd in de ICF vanwege de grote sociale en culturele verschillen die erin voorkomen (Nederlands WHO-FIC, 2001; WHO, 2010). De componenten waarvoor wel een classificatie bestaat zijn functies, anatomische eigenschappen, activiteiten & participatie (is samengevoegd tot één classificatie), en externe factoren. Op elk niveau zijn deze componenten verder gegroepeerd in hoofdstukken en deelhoofdstukken op grond van gemeenschappelijke kenmerken. Zo ontstaat een hiërarchische opbouw met vier niveaus die telkens meer gedetailleerde codes bevatten.

Ook is het mogelijk een score te geven aan de code, om de mate van ernst van het probleem of de situatie aan te geven. Dit kan via een *qualifier* voor de component functies, anatomische eigenschappen en activiteiten & participaties. Bij de component externe factoren wordt geen score gegeven, maar kan wel een onderscheid gemaakt worden of het een ondersteunende of belemmerende invloed heeft op het functioneren.

Het uitgebreide aantal codes onder de classificaties van vier van de zes ICF-componenten zien veel respondenten als een **pluspunt**. Zo kan namelijk het **algemeen functioneren van een persoon beter in**

kaart gebracht worden, wat met de huidige systemen en classificaties niet mogelijk is. De zorg naar de patiënt/cliënt verbeteren doordat er een completer spectrum van zijn/haar leven geregistreerd wordt. Het ICF-proefproject bij de CLB gaat uit van de voordelen van deze uitgebreide classificatie omdat zo goed als alle mogelijke contexten zo beschreven kunnen worden. Daarbij maken ze gebruik van de ICF-component activiteiten & participatie om concrete doelstellingen voor het verbeteren van het functioneren van de cliënt op te stellen.

Anderzijds lijken de **vele codes** enkele respondenten **niet werkbaar, wegens te uitgebreid**. De classificatie in verschillende niveaus geeft veel details maar is niet gebruiksvriendelijk om mee te werken. Er is verder onderzoek nodig om na te gaan hoe de registratielast beperkt kan worden. De resultaten van deze studie suggereren echter al enkele oplossingen:

- De gedetailleerde ICF-codes (op niveau 3 en 4) enkel toepassen op de zwaar zorgbehoevenden, bijvoorbeeld via een apart tabblad in de elektronische dossiers.
- Het gebruiken van de voorziene ICF-coresets die een (beperkt) aantal relevante ICF-codes omvatten, die in specifieke vakgebieden worden gebruikt. De *coresets* variëren van neurologische condities (bv. Een *coreset* voor traumatische hersenbeschadiging) tot een ICF *coreset* voor slaap of ADHD. Ze helpen om ICF en de beschrijving van functioneren op een gebruiksvriendelijke manier toe te passen. Deze *coresets* zijn voor een beperkt aantal actoren binnen de gezondheidssector bruikbaar. Twee van de drie geanalyseerde ICF-proefprojecten zijn op die manier ontwikkeld.
- Voor de overige gezondheidsactoren en welzijnsinstellingen waar geen ICF-coreset toepasbaar is, kan men zelf een eigen *coreset* ontwikkelen.

Echter zal men voorzichtig moeten omgaan met het louter gebruiken van ICF-coresets voor het classificeren binnen de dossiers, gezien het gevaar van reductionisme. Als men enkel de codes uit één of meer *coresets* gebruikt, binnen een bepaalde sector of instelling, bestaat de kans dat andere problemen of aspecten van een persoon niet geregistreerd kunnen of zullen worden, die niet in de *coreset* voorkomen.

Een tweede bedenking is het **gebruik van de classificatie binnen de Belgische en Vlaamse context**. Enkele actoren uit de welzijnssector merken op dat bepaalde gegevens omtrent voorzieningen, attesten, zorg- en hulpinstellingen niet gecodeerd kunnen worden met ICF, gezien dit niet met de naam wordt genoemd in de classificatie. Alhoewel deze gegevens wel onder algemene codes van de ICF-component externe factoren geregistreerd kunnen worden, lijkt het toch noodzakelijk om extra codes te maken die alle specifieke Vlaamse en federale instellingen, attesten, zorgvoorziening juridische zaken, bevatten.

Als derde punt vinden de correspondenten dat er **voldoende ruimte voor nuance** moet overblijven. Men wil de patiënt/cliënt niet verengen tot een reeks codes. Als mogelijkheid suggereert men om bijvoorbeeld naast de ICF-code een klein stuk vrije tekst te voorzien. Een alternatief is om de verschillende ICF-codes uit andere componenten aan te wenden om meer nuancering te geven. Verder onderzoek moet dit concreet maken. Men mag echter het ICF-denkmodel niet los zien van de ICF-classificatie. Het denkmodel kan in deze situatie dienen om meer nuance te geven aan een ICF-code.

Het grootste mogelijke voordeel van de ICF-classificatie is wellicht de **facilitering van communicatie tussen de zorg- en hulpverleners**. De respondenten zien ICF unaniem als een bruikbaar middel om informatie uit te wisselen over patiënten/cliënten. Het feit dat iedereen dezelfde codes gebruikt, zorgt voor een gemeenschappelijke (code)taal wat miscommunicatie vermijdt.

- Concreet ziet men toepassingen in een gedeeld dossier. Hierbij maakt men wel de bedenking dat de cliënt zelf beslist welke informatie wordt gedeeld. Daarom wordt een code 'niet gekend/niet relevant' en een code 'informatie niet toegestaan' als noodzakelijk gezien zodat de hulpverleners weten waarom doorgestuurde gegevens ICF-velden leeg zijn.
- Naast het gedeeld dossier zien de respondenten een toepassingsveld van ICF in het thuiszorgdossier en het zorgplan. Gezien verschillende zorg- en hulpverleners werken met hetzelfde dossier en plan, is ICF een goede methode om de (elektronische) gegevens beter te structureren. Het lijkt daarom opportuun om de stand van zaken wat betreft de digitalisering van het thuiszorgdossier te herbekijken op compatibiliteit met de ICF-classificatie. In deze studie zijn al bepaalde overeenkomsten geschetst.
- Een andere toepassing ligt in de verwijsbrieven die zorg- en hulpverleners doorsturen naar elkaar om diagnose of hulpwijzen te communiceren. Vooral bij verwijzingen tussen hulpverleners van verschillende disciplines kan een gestructureerde verwijsbrief volgens de ICF-componenten een grote meerwaarde betekenen: elke discipline kan dan immers informatie of commentaar onder de best passende ICF-component(en) noteren. De toekomstige sumehrs waar een samenvatting van de diagnose of situatie van patiënt beschreven wordt, kan eveneens via dezelfde structuur verlopen.
- Tenslotte, indien ICF algemeen gebruikt wordt, kan dit zelfs internationale gegevensuitwisseling mogelijk te maken (bv. wanneer Belgische patiënten/cliënten zorg in het buitenland nodig hebben). Vanzelfsprekend zal dit goede afspraken (op Europees niveau) tussen de betrokken landen vereisen.

Als laatste verwacht men dat door de ICF-classificatie de **rapportering** van gegevens voor intern of extern beleid **correcter** zal verlopen.

- Door uniforme codering van gegevens van de cliënt/patiënt verlaagt het gevaar voor foute inschattingen van de situatie door de zorg- of hulpverlener.
- De uitgebreide rapportering via ICF kan een beeld geven van de mate van (dis)functioneren en de nood aan hulpverlening binnen de Belgische of Vlaamse bevolking. Dit kan leiden tot een beleid meer specifiek gericht op autonomie en functioneren. Nu worden deze zaken nog niet in kaart gebracht.
- De verkregen informatie kan, eens geanonimiseerd, gebruikt worden voor uitgebreid (internationaal) wetenschappelijk onderzoek.
- De respondenten stellen zich echter wel de vraag of de privacy van de cliënt/patiënt niet in gevaar komt, door zo een uitgebreide rapportering aan te leveren voor gebruik door de overheid of de academische wereld. Men vraagt daarom om goed onderbouwde afwegingen te maken over welke gegevens echt nodig zijn voor beleid en onderzoek, en welke niet.
- Het vroegere GEWIN-decreet bevatte uitgebreide bepalingen over een beleidsondersteunend netwerk, om analyses te doen op de operationele data, die gebruikt kon worden om beleid te sturen of om wetenschappelijk onderzoek te voeren. Deze passages zijn in het huidige decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor gegevensdeling tussen actoren in de zorg, niet meer opgenomen. Er is met andere woorden geen fiat meer om de operationele data te laten gebruiken door wetenschappers of ambtenaren. Gezien ICF-codes erg interessante en bruikbare data oplevert voor beleid en wetenschappelijk onderzoek, lijkt het een suggestie de nieuwe bepalingen te herbekijken, indien ICF in voege zou gaan.

8.2 Zorg voor meer uniformiteit in structuur en inhoud van de registratiesystemen

Uit het onderzoek komt dat op dit ogenblik nagenoeg elke uniformiteit ontbreekt:

- A. De focus van de verschillende systemen is verschillend van ICF;
- B. Het gebruik en de wijze van registratie/codering is verschillend;
- C. De gebruikte software systemen zijn zeer divers;
- D. Er worden verschillende platformen gebruikt om gegevens te delen.

A. De focus van de verschillende systemen is verschillend van ICF

Uit tabel 1 en de antwoorden van de respondenten blijkt dat de focus bij de systemen uit de gezondheids- en de welzijnssector zowel verschillend is van ICF, als van elkaar onderling. De focus van de welzijnsinstellingen ligt hoofdzakelijk op het opvolgen van de cliënt en zijn of haar hulpvraag. De problematiek van de cliënt wordt hierbij door de welzijnswerker vaak geformuleerd onder de vorm van vrije tekst. De meeste systemen van de gezondheidssector zijn opgebouwd rond de registratie van ziektes en gezondheidsproblemen. Enkel de focus van het systeem van VAPH is in lijn met ICF, met name rond het functioneren van de zorggebruiker. Indien men een geïntegreerd systeem ontwikkelt rond ICF, is het aan te raden om de focus en inhoud van de andere systemen meer op het functioneren van de zorggebruiker te oriënteren. Toepassen van een geïntegreerd systeem gebaseerd op ICF, vereist een verschuiving in de zorg- en welzijnssector van een probleemgerichte naar een persoonsgerichte registratie. Daarbij dient de hulpvraag, de ziekte, het gezondheidsprobleem of aandoening in de context van de zorggebruiker te worden gekaderd. Op het moment dat men een patiënt/cliënt begeleidt, kan het ICF-kader helpen om een goede zorg of hulp aan te bieden. In plaats van één probleem geïsoleerd te behandelen, is het beter te kijken naar de volledige situatie van de persoon tijdens de behandeling.

B. Het gebruik en de wijze van registratie/codering is verschillend

Verder blijkt uit tabel 1 onder punt 6.2 en 6.3 van deze studie, dat enkel de gezondheidssector systemen met uitsluitend coderingen gebruikt (en ook daar werkt niet iedere zorgverlener met deze classificaties; bijvoorbeeld huisartsen die nog werken met een papieren dossier). ICD-10 en de ICPC-2 zijn opgebouwd uit codes die gestructureerd zijn in logische en systematisch opgebouwde hoofdstukken. De codes worden echter voor verschillende doeleinden gebruikt, waardoor het enkel mogelijk is om ze complementair te gebruiken met ICF als één uitgebreide classificatie. ICD-10 en ICPC-2 kunnen zo de ICF-component gezondheidstoestand representeren, terwijl de ICF de andere ICF-componenten classificeert.

In de welzijnssector registreert men in mindere mate met behulp van coderingen. Integrale jeugdhulp gebruikt naast vrije tekst en voorkeurlijsten, het classificatiesysteem CAP-J om de problematiek van de jongere op een gestandaardiseerde manier te classificeren. Het VAPH maakt gebruik van zelf ontwikkelde handicapcodes en stoorniscodes, ook in combinatie met voorkeurlijsten en vrije tekst. Deze codes zijn gebaseerd op ICF-codes.

De andere welzijnsinstellingen gebruiken louter vrije tekst en afvinklijsten, veelal opgesteld binnen de eigen instelling. Zo gebeurt het dat maatschappelijk werkers die te werk zijn gesteld binnen een mutualiteit en tevens de VAPH-dossiers beheren, met verschillende registratiedossiers rond een zorggebruiker op meerdere tabbladen dezelfde informatie invullen. Dit is volgens de respondenten een tijdrovende en inefficiënte manier van werken.

Om geïntegreerde registratie mogelijk te maken, waarbij er in een latere fase een gedeeld dossier aan gekoppeld wordt, is het noodzakelijk om uniform te coderen en registreren, met parameters die

dezelfde betekenis hebben binnen de verschillende instellingen en sectoren. Op die manier kan er geen verwarring ontstaan bij de interpretatie, wanneer gegevens uitgewisseld worden. Tevens kunnen gegevens zo vlot geüpload worden in verschillende dossiers van één zorggebruiker, wat dubbel werk vermijdt. Een ICF-classificatie is hiervoor een goede insteek.

C. De gebruikte softwaresystemen zijn zeer divers

De data uit de interviews geven aan dat een veelvoud aan softwaresystemen gebruikt worden, die specifiek binnen en voor de instelling zelf zijn gemaakt. De OCMW's gebruiken bijvoorbeeld elk hun eigen softwaresysteem. Dit zorgt er ook voor dat integratie van de registratiesystemen moeilijker verloopt, gezien de systemen niet (altijd) compatibel zijn. De socialistische mutualiteiten hebben een eigen systeem ontwikkeld dat nu onder andere wordt overgenomen door de liberale mutualiteiten. Dit is een positieve evolutie naar meer uniformiteit. Idealiter zou zijn om vanuit een centraal punt geschikte software te ontwikkelen voor de welzijns- en gezondheidssector, bijvoorbeeld in het kader van een Publiek-Private Samenwerking. De Vlaamse Gemeenschap zal namelijk zelf geen software ontwikkelen, en schuift dit door naar de private sector. Het Agentschap voor de Gegevensdeling in de Zorg zal wel het kader rond geschikte software uitwerken (Flanders' Care, 2012).

D. Er worden verschillende platformen gebruikt om gegevens te delen

Tot slot blijkt dat binnen de sectoren een veelvoud van platformen gehanteerd worden om gegevens te delen terwijl het efficiënter is om zoveel mogelijk dezelfde platformen te gebruiken. De rol van eHealth en vitalink lijkt hierbij cruciaal. Beide platformen zouden verder uitgewerkt moeten worden om de integratie van persoonsgegevens door middel van ICF mogelijk te maken. Dit met oog op gegevensdeling en integratie tussen de gezondheids- én de welzijnssector. Op dit moment zijn beide platformen geschikt om gegevensdeling tussen gezondheidsactoren uit te wisselen, maar ontbreekt een volledig uitgewerkte link met de welzijnsactoren. Wel dient bekeken te worden of dit effectief zal mogelijk zijn in de praktijk, gezien eHealth bijvoorbeeld al volledig inzet op SNOMED CT.

8.3 Ontwikkel een handleiding of duidelijk denkkader om ICF als geïntegreerde registratie toe te passen binnen het werkterrein en voor beleidskwesties

Vanuit de respondenten die al rond ICF via (proef-)projecten werken, weerklinkt de vraag naar meer duidelijkheid over het gebruik van ICF voor de realisatie op het terrein. Die vraag betreft verduidelijking omtrent de concrete toepassing van ICF binnen het eigen cliënten-/patiëntendossier. De behoefte aan verduidelijking betreft meerdere aspecten.

A. Verwachtingen en doelstellingen over ICF

Een eerste element betreft de vraag naar verduidelijking van de verwachtingen en doelstellingen van de overheid wat betreft ICF binnen een geïntegreerde registratie. In het 'ICT plan: van een visietekst naar een (e)zorgzaam Vlaanderen¹⁴²' staan vage richtlijnen om de internationale standaarden en daarbij gepaarde standaardisatie geïntegreerd toe te passen. Dit biedt onvoldoende houvast voor de uitwerking op het terrein. Daarnaast wordt in geen enkel officieel decreet of visietekst verwezen naar ICF. De doelstellingen van registratie met ICF moeten echter heel helder geformuleerd worden, vooraleer de betrokken sectoren en instellingen het opnemen in hun dossier. Bijvoorbeeld, indien er achterliggende subsidies of financiën gegeven worden door de rapportering van bepaalde gegevens, dient dit duidelijk worden meegedeeld. Tevens moet men erop toezien dat er zo geen misbruiken met registratie ontstaan. Het Agentschap voor de Gegevensdeling in de Zorg kan hier een rol in spelen om dit op te stellen.

B. Samenhang tussen ICF, BelRAI en SNOMED CT

Een tweede aandachtspunt is de samenhang tussen ICF, BelRAI en SNOMED CT. Het is voor de respondenten niet duidelijk hoe de ICF en BelRAI-systemen samen gebruikt kunnen worden. Het 'actieplan e-gezondheid 2013-2018' van de Ronde Tafel¹⁴³ vermeldt de invoering van BelRAI als uniform evaluatie-instrument vanaf 1 juli 2017 voor de sectoren thuiszorg, ziekenhuiszorg in de geriatriediensten en palliatieve zorg. Daarbij wordt niets geschreven over de toepassing van ICF of de combinatie van ICF en BelRAI. Uit dit rapport is echter gebleken dat er overlap is tussen beide systemen. Zo is men op Europees niveau bezig de parameters van beide systemen te linken met elkaar. Een duidelijk kader waarin de verschillen tussen ICF en BelRAI, het gezamenlijk gebruik ervan en de doeleinden geschetst worden, is nodig vooraleer de systemen ingevoerd worden. Uit interviews met stakeholders komt naar voor dat ICF op dit ogenblik eerder als achterliggend denkkader kan gebruikt worden ter ondersteuning van het BelRAI evaluatie-instrument. Dit omdat de ICF-codes nog niet voldoende geoperationaliseerd zijn om een eenduidige registratie mogelijk te maken in de praktijk, terwijl dit bij BelRAI wel zo is.

De stakeholders uit de gezondheidssector werpen dezelfde vraag op met betrekking tot SNOMED CT en ICF. In hetzelfde actieplan staat dat om interoperabiliteit tussen de gegevens binnen de gezondheidssector te garanderen, er een medische referentiethesaurus gecreëerd wordt die voornamelijk ontwikkeld is op basis van de SNOMED CT-terminologie. Indien ook ICF wordt gelanceerd is grondig onderzoek noodzakelijk over de interoperabiliteit tussen beide en het gebruik ervan in de praktijk als ook voor beleidsmatige toepassing, zoals rapportering in overheidsstatistieken. Vanuit de geïnterviewde stakeholders komt de suggestie om SNOMED CT als thesaurus te gebruiken, gekoppeld aan ICF als classificatie. Voor de gezondheidssector zullen de classificaties ICPC-2 en ICD-10, gelinkt moeten worden met zowel SNOMED CT als ICF. De combinatie van deze systemen dient eerst grondig onderzocht te

¹⁴² Vandeurzen, J. (2012). ICT Plan: van een visietekst naar een (e)zorgzaam Vlaanderen.

¹⁴³ Ronde Tafel eHealth. (2012). Actieplan e-GEZONDHEID 2013-2018.

worden op werkbaarheid alvorens het wordt toegepast. Of een combinatie van SNOMED CT, ICF en de systemen uit de welzijnssector mogelijk is, is niet duidelijk. Ook dit vereist verder onderzoek.

In elk geval verdient het de aanbeveling om de ontwikkeling en toepassing van ICF, BeRAI, SNOMED CT, op elkaar af te stemmen.

C. Duidelijkheid over concrete toepassingen van ICF in de huidige registratiesystemen

Een derde aspect betreft de vraag naar meer duidelijkheid over de concrete toepassing van ICF in de bestaande systemen. De instellingen met lopende proefprojecten rond ICF geven aan dat het jaren duurt vooraleer ze zelf een concreet idee hadden over een goede implementatie van ICF, die tevens een meerwaarde biedt tegenover de huidige werking. Struikelblokken blijken het aantal codes te zijn, de ICF-*qualifiers* om de codes te scoren, en het verschil tussen de ICF-componenten te kunnen onderscheiden. Ook de Nederlandse vertaling gericht op gebruik van ICF in Nederland zorgt ervoor dat sommige concepten een andere benaming hebben die in Vlaanderen niet courant gebruikt is (bijvoorbeeld 'gadeslaan' in plaats van 'zien'). Een ander probleem is dat de verschillende instellingen, elk hun eigen ICF-project uitwerkten (soms geïnspireerd op buitenlandse voorbeelden). Daardoor ontstaat een grote verscheidenheid aan ICF-toepassingen in Vlaanderen. Dit is niet efficiënt omdat het ervoor zorgt dat geïntegreerd registreren en in een latere fase het uitwisselen van gegevens met behulp van ICF, vanuit verschillende invalshoeken zal verlopen. Dit kan gedeeltelijk opgelost worden door een duidelijke handleiding te ontwikkelen.

Een mogelijke oplossing wordt geboden door de WHO die op dit moment een praktisch handboek, *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health* (ICF) ontwikkelt. Hierin biedt hoofdstuk 6: 'How can ICF be used?', een overzicht van de verschillende toepassingsvelden. De WHO voorziet ook een *e-learning tool*¹⁴⁴ waarmee het mogelijk wordt om ICF te leren kennen. Voor praktische implementatie is op dit moment echter enkel een tool voor de klinische praktijk beschikbaar. Er bestaat onder andere een elektronisch instrument om een patiëntendossier op te stellen, gebaseerd op ICF (een *ICF-based Documentation Form*). Het is beschikbaar in verscheidene talen, maar nog niet in het Nederlands. Ook is een *casestudy* van ICF-implementatie binnen een revalidatiecentrum beschikbaar¹⁴⁵. Daarnaast bracht WHO een handboek voor 'ICF in de klinische praktijk' uit, waarin gedetailleerd wordt weergegeven hoe een ICF-dossier ontwikkeld kan worden.

Dit is niet voldoende voor het werkveld om zelf een ICF-project uit te bouwen. Voornamelijk voor de welzijnsinstellingen is een concrete handleiding een must. Om dit te ontwikkelen kan hulp en ondersteuning gezocht worden bij het ICF-team van het WHO-FIC Collaborating Centre, dat zich bevindt in Nederland. Ook de ad hoc werkgroep 'ICF-Platform voor Nederlandstalig België', die gelinkt is aan het Collaborating Centre, kan een hulp zijn¹⁴⁶.

¹⁴⁴ World Health Organization. eLearning tool. Opgehaald op 8 december 2014 van <http://p.ideaday.de/104.2/icf/en/index.html>

¹⁴⁵ World Health Organization. ICF Research Brand . Opgehaald op 8 december 2014 van <http://www.icf-research-branch.org>

¹⁴⁶ Verzekeringsgeneeskunde Vlaanderen. Opleiding International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Opgehaald 29 oktober 2014 van <http://www.verzekeringsgeneeskundevlaanderen.be/assets/upload/ICFopleiding.pdf>

8.4 Ontwikkel een centraal kennis- of terminologiecentrum die de toepassing van ICF en bij uitbreiding de combinatie ervan met andere terminologieën kan faciliteren. Dit als kader voor interne en externe kwaliteitsbewaking

Aansluitend op het aanbieden van een denkkader en handleiding voor gebruik van ICF, is aansturing en ondersteuning van de gezondheids- en welzijnsinstellingen nodig. Een centraal kennis- of terminologiecentrum kan zo de interne en externe kwaliteitsbewaking faciliteren. Dergelijk kader blijkt een behoefte te zijn bij de instellingen die al ICF-projecten lopende hebben, maar kan ook de opvolging van de nieuwe projecten ondersteunen. De centrale initiatieven zoals een supervisiegroep die rond ICF opgericht is in Gent, zijn voorbeelden om een kenniscentrum uit te bouwen. Binnen de supervisiegroep komen verschillende ICF-experts geregeld samen om de toepassing van ICF te bespreken en op te volgen binnen de ambulante revalidatie.

Een aantal bestaande structuren zouden hiervoor gebruikt kunnen worden:

- Het Vlaams Agentschap voor de Gegevensdeling in de Zorg zal hoogstwaarschijnlijk instaan voor de voornaamste beslissingen wat betreft ICF-gebruik en implementatie.
- Op Vlaams niveau is er echter ook iMinds, een onafhankelijke onderzoeksinstelling die in opdracht van de overheid innovatie binnen ICT stimuleert. Het is opgericht om het beheersorgaan voor ICT-standaarden uit te werken in opdracht van het Zorgvernieuwingsplatform (zie verder). Deze onderzoeksinstelling zou de taak van kenniscentrum op zich kunnen nemen om ook ICF in de ICT-toepassingen te faciliteren. Het is echter ook noodzakelijk dat binnen het kenniscentrum een ondersteuning van ICF op inhoudelijk vlak ontwikkeld wordt. Volgens de stakeholders is het immers noodzakelijk dat ICF op dezelfde wijze geïmplementeerd wordt binnen de verschillende sectoren, om zo uniformiteit te verkrijgen.
- Het Zorgvernieuwingsplatform van Flanders' Care geeft via een platform (bestaande uit stakeholders uit de ondernemers-, academische en politieke wereld) strategisch advies aan de bevoegde ministers.
- Het Samenwerkingsplatform Eerstelijns heeft een werkgroep ICT¹⁴⁷. Deze kan in de toekomst geïntegreerd in het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.
- Op federaal niveau werken de Vlaamse overheid en alle zorgactoren mee binnen het federale eCare overlegorgaan. eCare, tracht gezondheidsgegevens beter te delen en beoogt een betere samenwerking en communicatie tussen de zorgverleners.

Deze verschillende structuren kunnen een goede basis vormen om de ICF-implementatie verder uit te werken, in kader van een betere samenwerking tussen zorg- en hulpverleners. Maar evengoed kunnen deze platformen de nodige ICT- en softwarevoorwaarden ontwikkelen.

¹⁴⁷ Het Samenwerkingsplatform heeft o.a. als opdrachten advies te verlenen over het beleid en gegevensdeling te organiseren tussen de verschillende zorgactoren binnen de eerstelijns via een ICT-platform. De werkgroep ICT is voornamelijk de stuurgroep van vitalink.

8.5 Voer wetenschappelijk onderzoek uit naar de semantische interoperabiliteit tussen de systemen om de ICF-concepten te integreren in de huidige registratiesystemen

Een geïntegreerd registratiesysteem op basis van ICF vereist het nagaan van de semantische interoperabiliteit tussen ICF en de bestaande systemen in het Vlaamse gezondheids- en welzijnslandschap. In tabel 2, terug te vinden in punt 6.4 en 6.5 van deze studie, is een poging ondernomen om semantische interoperabiliteit of overeenkomsten te vinden tussen de parameters uit enkele systemen van de welzijns- en gezondheidssector en de ICF-concepten of ICF-codes. De geanalyseerde classificaties in de huisartsen- en ziekenhuissector (ICPC-2 en ICD-10 respectievelijk) zijn aanvullend te gebruiken met ICF-classificaties, waarbij ze de ICF-component gezondheidstoestand kunnen representeren. Een andere mogelijkheid kan zijn om aan bepaalde codes uit ICPC-2 en ICD-10, een luik ICF-codes te verbinden die het functioneren uitgebreider documenteert.

De systemen van de welzijnssector bevatten gevarieerde overeenkomsten met ICF. Voornamelijk het VAPH-dossier, dat al bepaalde ICF-componenten verwerkt in de registratieparameters, is compatibel met ICF. De CAP-J-classificatie uit de registratiedossiers van Integrale Jeugdzorg bevat ook enige overeenkomsten. De andere registratiesystemen echter, die voornamelijk werken met afvinklijsten en vrije tekst, staan het verst af van de ICF-classificatie. De ICF-componenten externe en persoonlijke factoren zijn wel vertegenwoordigd, maar de vier overige concepten komen niet of in beperkte mate terug. Voor de overige gezondheids- en welzijnsinstellingen, waar voor deze studie geen onderzoek naar is gevoerd, is het aan te raden de semantische interoperabiliteit met ICF ook na te gaan.

De poging tot het vinden van semantische interoperabiliteit in tabel 2 van deze studie, is van exploratieve aard en spit niet elk detail uit. Indien de Vlaamse overheid beslist om verder te gaan met ICF, is uitgebreid wetenschappelijk onderzoek nodig om per welzijns- of gezondheidsinstelling een nauwkeurige *mapping* te voeren met de ICF-codes. Uiteindelijk dient een duidelijke structuur uitgewerkt te worden met uniforme semantische codes en concepten. Dit zowel tussen de systemen onderling, als met de ICF-classificatie. Op dit ogenblik is men op federaal vlak (een werkgroep binnen eHealth) bezig SNOMED CT-termen met de ICD-10 en ICPC-2 classificaties te mappen, maar niet met ICF. Binnen enkele welzijnsinstellingen heeft men zelf het initiatief genomen om het eigen systeem te linken met ICF. Er zal moeten bekeken worden welk niveau (federaal, Vlaams of regionaal) het meest geschikt is om de *mapping* uit te voeren. We suggereren dat eHealth en vitalink hierin een rol opneemt, in samenwerking met stakeholders uit de betrokken instellingen en sectoren, en de universiteiten om het wetenschappelijk onderzoek te voeren.

8.6 Werk proefprojecten rond ICF uit om innovatie na te gaan

Een logisch vervolg op de nood aan semantische interoperabiliteit tussen ICF en de bestaande registratiesystemen, is het uitvoeren van ICF-proefprojecten binnen de gezondheids- en welzijnssector. Het lijkt beter om eerst de instellingen of sectoren die de meeste overeenkomsten hebben met ICF, te laten proefdraaien. Dit omdat het sowieso een grote aanpassing zal vragen van de instellingen of sectoren om een tijdlang volgens een ander systeem te werken. Te meer omdat vele instellingen nog maar recentelijk hun systemen gewijzigd hebben.

Concrete richtlijnen om de proefprojecten vorm te geven kunnen verkregen worden uit overleg met de instellingen of sectoren die al ICF-proefprojecten ontwikkeld hebben, uit buitenlandse ervaringen met

ICF (buurland Nederland staat bijvoorbeeld al verder met de implementatie van ICF), of door samen te werken met de Wereldgezondheidsorganisatie zelf.

In deze studie zijn verschillende suggesties naar boven gekomen in het onderdeel over ICF-proefprojecten. Een suggestie is om de registraties binnen het ICF-kader eerst optioneel te gebruiken, in een apart tabblad binnen de dossiers. Zo kan men geleidelijk aan met ICF leren werken. Een andere mogelijkheid is om eerst het ICF-denkkader ingang te doen vinden (zie hoger), alvorens effectief in ICF-codes te registreren. Het is van groot belang om de proefprojecten grondig uit te werken met oog voor gebruiksvriendelijkheid, zodat het werkveld, dat de registraties in het cliënten/patiëntendossier verzorgt, de meerwaarde van ICF inziet.

8.7 Voorzie binnen relevante opleidingen aan hogescholen en universiteiten, cursussen waarin ICF wordt toegelicht.

Het leren denken in het ICF-model en het classificeren binnen de ICF-componenten ontwikkelt zich pas na veelvuldig oefenen. Eveneens is daarvoor een uitgebreide opleiding noodzakelijk. Dit is volgens de respondenten echter een tijdrovende en dure investering, waarvoor het werkingsbudget niet volstaat. Bovendien ondermijnt een uitgebreide opleiding de tijd die aan zorg en hulp besteed wordt. Tevens is het niet efficiënt om ICF in elke instelling apart te onderrichten.

Daarom wordt voorgesteld om ICF op te nemen in bepaalde opleidingen (zoals Bachelor en Master Verpleegkunde, Geneeskunde, Revalidatiewetenschappen, Sociaal Werk, Ergotherapie...) aan de Hogescholen en Universiteiten. Op dit moment gebeurt dit al in enkele opleidingen aan universiteiten, waar ze ICF opnemen in het curriculum. Dit zou meer algemeen moeten worden aangeboden.

ICF valt onder een licentie en kan enkel door een officiële ICF-trainer aangeleerd worden. De opleiding tot ICF-trainer kan onder andere gevolgd worden aan het Nederlandse WHO-FIC Collaborating Centre in het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in Nederland of via de ad hoc werkgroep 'ICF-Platform voor Nederlandstalig België', die gelinkt is aan het Collaborating Centre. Verschillende revalidatiecentra, CLB, VDAB en VAPH hebben al mensen die opleiding laten volgen. Ook het onderwijzen van ICF in de vakken binnen de Bachelors en Masters, gaat via een gecertificeerde trainer. Hierin zou de Vlaamse overheid meer kunnen investeren, om zo het bereik van mensen met ICF-kennis te vergroten.

8.8 Voorzie in financiële ondersteuning en subsidies om een geïntegreerde registratie via ICF te ontwikkelen

Unaniem klinkt het vanuit het werkveld en de stakeholders dat de uitwerking van een geïntegreerde classificatie binnen het eigen registratiedossier niet uitvoerbaar is zonder externe financiering. Zonder financiële steun in de vorm van subsidies zien de respondenten het niet haalbaar om in ICF te investeren, zowel wat betreft de opstart als de instandhouding ervan. Uit de interviews is niet geheel duidelijk hoe de externe financiering georganiseerd kan worden, maar het is wel mogelijk om enkele suggesties te vermelden.

In het actieplan van de Ronde Tafel eHealth¹⁴⁸ staat te lezen dat er vanaf 2014 meer financiering wordt voorzien om e-gezondheidssystemen te ontwikkelen. Dit kan een eerste bron zijn om subsidies te verkrijgen, indien de gezondheidssector het elektronisch dossier zou aanpassen aan ICF. Een andere suggestie voor diezelfde sector is de telematicapremie voor huisartsen die gebruik maken van een aanvaard softwarepakket voor het beheer van hun medische dossiers¹⁴⁹. ICF kan in de aanvaarde softwarepakketten worden toegepast, zoals nu bijvoorbeeld gebeurt met de ICPC-2 classificatie. Echter, voor andere spelers binnen de gezondheidssector en de welzijnssector zijn geen duidelijke *incentives* van diezelfde aard. Een stakeholder vermeldt dat deze premie eventueel uitgebreid kan worden naar die groepen. Men dient daarbij wel op te letten dat het doel van registratie niet de financiële *incentive* wordt. Het moet eerder een aansporing zijn om het werk goed te doen. Een andere mogelijkheid kan zijn om financiering te koppelen aan de eHealth-certificaten van de registratiesystemen in de zorg. Artikel 5.3 van de wet houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen, wilt immers nagaan of softwarepakketten voor het beheer van elektronische patiëntendossiers voldoen aan de vastgelegde ICT-gerelateerde functionele en technische normen, standaarden en specificaties, en het registreren van deze softwarepakketten. De voorwaarden zouden bijvoorbeeld uitgebreid kunnen worden met het gebruik van de ICF-classificatie. Vervolgens zou financiering kunnen voorzien worden voor de instellingen die de gecertificeerde softwarepakketten gebruiken.

Gezien er vanuit verschillende niveaus (federaal, Vlaams, gemeente- of stedenfonds) subsidies voorzien worden, afhankelijk van de instelling of sector, is het niet evident om een financieel plan uit te werken. Er is bijgevolg nood aan een transparant kader om de voorwaarden voor financiering duidelijk te maken. Criteria zullen nodig zijn om de grootte van het subsidiebedrag te bepalen, bijvoorbeeld door de mate waarin het systeem dient aangepast te worden aan de ICF-voorwaarden. De respondenten zien trouwens vooral nood aan extra financiële middelen voor opleiding van het werkveld (zie hoger).

De subsidiëring voor de toepassing van ICF zou ook gedeeltelijk gekoppeld kunnen worden aan de financiering voor de ontwikkeling van e-gezondheidssystemen, gezien het gebruik van ICF onlosmakelijk verbonden is met elektronisch registreren. Internationaal ziet men dan weer een shift van betalen voor softwarepakketten naar betalen voor registratie.

8.9 Bouw niet-financiële ondersteuning voor de gezondheids- en welzijnssector uit

Naast de noodzakelijke financiële externe steun voor de eerstelijnszorg, is niet-financiële ondersteuning even belangrijk. Aanbeveling 5 geeft reeds het nut van een kenniscentrum weer, dat gebruikt kan worden voor de opzet en de opvolging van de systemen. Dit dient echter aangevuld te worden door een brede ondersteuning en aansturing die zo de instellingen en sectoren kan begeleiden in de uitwerking van de randvoorwaarden en acties. Gezien naast de organisatie van meerdere welzijnsinstellingen, ook de organisatie voor de eerstelijnsgezondheidszorg wordt overgedragen naar de deelstaten, heeft de Vlaamse overheid een pertinente taak om deze niet-financiële ondersteuning uit te bouwen.

¹⁴⁸ Ronde Tafel eHealth. (2012). *Actieplan e-GEZONDHEID 2013-2018*.

¹⁴⁹ Vlaams artsensyndicaat. Telematicapremie. Opgehaald 21 november 2014 van <http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/telematicapremie>

Een eerste ondersteuning is nodig voor de ICF-trainers. Het zal niet evident zijn om binnen welzijnsinstellingen geschikte personen te vinden die de ICF-opleiding willen volgen en tevens een aanspreekpunt zijn voor andere zorg- en hulpverleners. Suggesties zijn: personen aanspreken die binnen de verschillende instellingen registratiesystemen opvolgen, of profielen opstellen om geschikte personen te kunnen selecteren.

Een tweede aandachtspunt is de begeleiding van de beheerder van het geïntegreerd registratiedossier, die een grote verantwoordelijkheid zal dragen. Vanuit de respondenten komt de vraag naar voor wie de geïntegreerde registratiedossiers zal beheren. Het lijkt hen noodzakelijk dat een persoon uit het zorgnetwerk van een patiënt/cliënt het overzicht bewaart van de verschillende ICF-registraties die in het gedeeld dossier zouden terechtkomen. Dit kan de huisarts zijn, alhoewel sommige ervoor pleiten om, met naast een rol voor de huisarts ook meer inspraak voor de welzijnswerker te voorzien.

De Vlaamse overheid kan de organisatie van de ICF-vormingen ondersteunen of de ICF-trainers concrete richtlijnen te bezorgen. Dit past in het ICT-plan van Jo Vandeurzen¹⁵⁰, waarin staat om via een betere ICT-ondersteuning de kwaliteit van leven en werken bij de eerstelijnsactoren beter te garanderen door training, vorming, coaching en sensibilisering.

Tenslotte kan de overheid een kader creëren waarin kennis uitgewisseld wordt door bv. een centraal of decentraal overleg te organiseren waar de instellingen en sectoren die ICF gebruiken of opstarten, ervaringen kunnen delen of doorgeven. De toekomstige ICF-trainers binnen de sectoren en de dossierbeheerders vervullen daarbij een belangrijke taak, gezien zij over de meeste kennis zullen beschikken. Dit laat ook de verschillende actoren toe op de hoogte blijven van evoluties binnen ICF of van interessante nieuwe toepassingen. Eveneens kunnen de instellingen en sectoren die al met ICF-projecten gestart zijn een aanspreekpunt vormen bij het ontwikkelen van nieuwe ICF-projecten.

8.10 Laat voldoende autonomie voor de gezondheidssector om de toepassing van ICF in het eigen systeem uit te werken

Ondanks de vaststelling van de nood aan een duidelijk kader voor de ICF-toepassing opgesteld door een centrale overheid, komt vanuit de respondenten de vraag om rekening te houden met de eigen autonomie. Dit is volgens hen noodzakelijk om de goede werking van hun specifieke sector of instelling via een nieuw registratiesysteem te kunnen garanderen. Het werken met ICF binnen multidisciplinaire teams in revalidatie- of wijkgezondheidscentra zal namelijk verschillen van het gebruik van ICF bij artsen uit solopraktijken. Ook zal de insteek vanuit ICF voor welzijnsinstellingen niet dezelfde zijn als die voor de gezondheidsactoren. Zo geven enkele welzijnsactoren al aan dat bepaalde codes of parameters die relevant zijn voor hun werking, niet voldoende aanwezig zijn binnen de ICF-classificatie. Deze zaken zijn belangrijk om in acht te nemen bij de implementatie van ICF.

Toch dient de autonomie niet onbepert te zijn. Zoals te zien bij de lopende ICF-projecten, worden verschillende invullingen gegeven aan de toepassing van ICF wat de integratie van de registratiedossiers kan bemoeilijken. Vanuit het kenniscentrum zal dus nauwgezette opvolging nodig zijn om de kwaliteit van de projecten te behouden en er op toe te zien dat de betrokken sectoren en instellingen correct

¹⁵⁰ Ibid.

omgaan met de gegeven autonomie. Al dient hierbij met oriënterende suggesties eerder dan verplichte richtlijnen gewerkt te worden, om de instellingen en sectoren de nodige vrijheid te garanderen.

8.11 Herbekijk het wettelijk kader rond de privacy van de zorggebruiker, het statuut van de welzijnswerker binnen het ‘gedeeld beroepsgeheim’, en de deling van de soort gegevens, in het kader van geïntegreerde registratie

Indien ICF wordt toegepast binnen een geïntegreerd gedeeld dossier tussen de welzijns- en gezondheidssector, is onderzoek nodig om na te gaan of de welzijnssector de gegevens onder het ICF-concept gezondheidstoestand mag consulteren om vervolgens op te nemen in het cliëntendossier. ICF ziet aspecten zoals zien, spreken, herinneren, ook als deel van de gezondheidstoestand. In dat opzicht wordt de privacy van de burger niet geschonden als de welzijnssector deze gezondheidsdomeinen registreert: als een gezondheidsprobleem geen puur medisch probleem is, kan de welzijnssector dit opnemen in het dossier.

Het decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, dat bekrachtigd werd door de Vlaamse Regering in 2014, laat toe dat zorg- en hulpverleners relevante persoonsgegevens van een zorggebruiker met wie ze een therapeutische of zorgrelatie hebben, elektronisch kunnen delen met andere zorg- en hulpverleners. De toegangsrechten om gegevens te zien voor zorgverleners binnen een zorgrelatie zijn beperkter dan binnen een therapeutische relatie. Er is onderzoek en grondig overleg nodig om te beslissen of de welzijnssector binnen de definitie van een therapeutische relatie past, waardoor zo meer gegevens geconsulteerd kunnen worden door welzijnsactoren. Hiervoor dient het gedeeld beroepsgeheim herbekeken te worden. Daarnaast is overleg nodig om duidelijke garanties te voorzien voor de privacy van de burger bij het delen van zijn gegevens tussen gezondheids- en welzijnsactoren. Tot slot dient men te bekijken welke gegevens die via ICF geregistreerd zullen worden en vervolgens gedeeld, binnen de wet Verwerking Persoonsgegevens passen. Indien nodig, kan men daarop aanpassingen maken.

8.12 Zorg voor meer integratie binnen het Vlaamse beleidskader wat betreft de gezondheids- en welzijnsinstellingen

De respondenten verklaren dat er tussen het eigen registratiedossier en dat van andere instellingen, veel versnippering of overlap is. Zo wordt dubbele of tegenstrijdige informatie bijgehouden over de patiënt of cliënt, wat dubbel werk of onnodige registratietijd veroorzaakt. De mate van versnippering of overlap verschilt van instelling tot instelling. Voornamelijk voor de VAPH-dossiers die ook binnen de mutualiteiten worden opgemaakt, is er veel dubbele registratie van dezelfde gegevens in twee dossiers. Ook de VDAB en het OCMW registreren voor bepaalde zaken dezelfde gegevens maar op een andere manier, waardoor geen integratie mogelijk is. Het lijkt echter onmogelijk om volledige integratie te bekomen binnen de welzijnssector. Dit is ook niet wenselijk, gezien sommige doeleinden van registratie kunnen verschillen tussen de instellingen. Toch zien we dat bijvoorbeeld de jeugdsector al inspanningen leverde tot meer integratie, met bijvoorbeeld de intersectorale toegangspoort. Ook enkele gezondheidssectoren, de mutualiteiten en het OCMW zijn alle verbonden met de Kruispuntbank Sociale Zekerheid.

Gelijkaardige initiatieven kunnen tussen andere instellingen en sectoren ontwikkeld worden. De Vlaamse overheid zou meer afstemming kunnen creëren door gelijklopende doelstellingen of doelgroepen van meerdere instellingen beter te integreren of met elkaar te verweven. Verder onderzoek is nodig om te bepalen of ICF hierbij een rol kan spelen. De doelstelling zou kunnen zijn om verschillende lokale, regionale, Vlaamse en federale systemen en instellingen beter op elkaar af te stemmen, zowel beleidsmatig, organisatorisch, maatschappelijk, juridisch en financieel. Ook de Vlaamse overheid ziet dit als belangrijk aandachtspunt voor de komende jaren.

Tot slot lijkt het van belang dat er een *exchange of cultures* binnen en tussen de gezondheids- en welzijnssector gebeurt. Dit is cruciaal om tot meer geïntegreerde registratie te komen. Beide sectoren dienen in de vorm van overleg elkaars werking en doelstelling te leren kennen, om zo te bepalen waar samengewerkt kan worden. Op lokaal niveau wordt dit al gedaan, bijvoorbeeld het welzijnsoverleg in Gent. Een andere optie kan zijn om binnen de relevante universiteits- en hogeschoolopleidingen meer aandacht te schenken aan de verschillende culturen binnen het gezondheids- en welzijnslandschap. Studenten Geneeskunde kunnen zo bijvoorbeeld een les meevolgen van de opleiding Kinesithérapie, Ergotherapie of Sociaal werk, en vice-versa.

8.13 Samenvatting

Samengevat kunnen de beleidsaanbevelingen in 5 kernprioriteiten vertaald worden:

- Het ICF-denkkader en de ICF-classificatie kunnen verschillende doelen dienen, maar best is om beide aspecten van ICF gezamenlijk toe te passen binnen de gezondheids- en welzijnssector.
- Wetenschappelijk onderzoek naar semantische interoperabiliteit tussen ICF en de systemen in de welzijns- en gezondheidssector is noodzakelijk, vooraleer de ICF-classificatie toegepast kan worden. Dezelfde afstemming is nodig tussen ICF, SNOMED CT en de BelRAI.
- Er is meer integratie nodig op beleids- en juridisch vlak alsook binnen de verschillende registratiedossiers van de gezondheids- en welzijnssector, om geïntegreerde registratie mogelijk te maken.
- Ondersteuning op financieel en niet-financieel vlak (handleiding en kenniscentrum) is cruciaal om ICF te implementeren, al dient genoeg autonomie voorzien te worden voor de instellingen en sectoren tijdens de implementatie
- Een volgende stap op deze studie lijkt het meer in detail nagaan van overeenkomsten tussen ICF en de registratieparameters, en het toepassen van ICF—proefprojecten in bepaalde instellingen en sectoren.

Hoofdstuk 9

Conclusie en discussie

De opzet van deze studie was om de mogelijkheden tot geïntegreerde registratie op basis van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), na te gaan. Dit binnen de eerste lijn van zowel de gezondheids- als de welzijnssector. Het theoretisch begrippenkader van ICF maakt het mogelijk om in de gezondheidszorg, in de welzijnssector en in de aanverwante sectoren dezelfde gemeenschappelijk taal te spreken. ICF wordt niet alleen gebruikt voor classificatie, maar biedt ook een bredere kijk op functioneringsbeperkingen en autonomie via het ICF-denkkader, waardoor men een rijker beeld verkrijgt bij het analyseren en vervolgens begeleiden van een cliënt/patiënt.

De resultaten uit de studie zijn afgeleid uit een uitgebreid aantal informatiebronnen: interviews en focusgroeps gesprekken met zorg- en hulpverleners uit het werkveld van beide sectoren, documentanalyse van ICF en de huidige registratie- en classificatiesystemen in de eerstelijnsgezondheidszorg en welzijnszorg, interviews met experts en stakeholders, interviews en documentanalyse van lopende ICF-proefprojecten in Vlaanderen en internationale literatuur rond ICF. Zo is getracht een goed beeld te verkrijgen over de mogelijkheden en drempels om een geïntegreerde registratie te ontwikkelen.

Eerst werd een algemeen contextoverzicht gegeven van bepaalde registratie- en classificatiemethoden binnen de ziekenhuis- en huisartsensector, CAW, OCMW, CLB, Integrale Jeugdhulp en de diensten maatschappelijk werk van de liberale, socialistische en Christelijke mutualiteiten. Dit overzicht werd vervolgens onderworpen aan een vergelijking met de ICF-classificatie en het ICF-denkkader. Hierdoor werd het mogelijk om verschillen en overeenkomsten te extraheren tussen de verschillende systemen en ICF in twee vergelijkende tabellen. Tabel 1 bevatte meer algemene, vormelijke en technische vergelijkingen. Tabel 2 was een poging om de semantische interoperabiliteit tussen de ICF-parameters en codes, en de parameters en codes uit de registratiesystemen in kaart te brengen.

Het voornaamste resultaat uit tabel 1 was dat, indien er een geïntegreerde registratie via ICF zou ingevoerd worden, de focus van de registratiesystemen zal moeten verschuiven van het probleem, de diagnose of de hulpvraag, naar het functioneren van een cliënt/patiënt in zijn geheel. Daarnaast zou het aan te raden zijn dat de verschillende systemen een meer cross-sectionele aanpak hanteren bij het analyseren en begeleiden van de cliënt/patiënt. Tabel 2 gaf aan dat semantische interoperabiliteit tussen ICF en de huidige systemen niet evident is, gezien er binnen de systemen nog onvoldoende wordt geregistreerd en gecodeerd over de ICF-componenten functies, anatomische eigenschappen, activiteiten & participatie.

Toch kan geconcludeerd worden dat beide sectoren enigszins dezelfde doelstelling van registratie vooropstellen, met name om de activiteiten en participatie van hun cliënt/patiënt te verbeteren. Dit wordt echter niet weergegeven in de registratieparameters, maar eerder in de concrete begeleiding en uitgevoerde zorg. De ICF-classificatie zou hier een goede insteek vormen om dit te formaliseren in codes. Het ICF-denkkader kan dan eerder de inhoud van de begeleiding en zorg beter vormgeven. De resultaten uit beide tabellen werden tevens gebruikt om de beleidsaanbevelingen te formuleren.

Een tweede luik resultaten bestond uit een actieonderzoek en diepte-interviews met stakeholders. De data die hieruit voortgekomen is, werden aangehaald om de praktische haalbaarheid van ICF en de concrete implementatie ervan te bekijken. Tevens werden ICF-proefprojecten geanalyseerd en werd

gekeken naar beleidsmatige en technische kwesties die verband houden met geïntegreerd registreren. Tot slot werd het gebruik van ICF met andere terminologiesystemen zoals SNOMED CT en BelRAI bekeken. Ook dit blok resultaten leidde tot verschillende beleidsaanbevelingen.

Uit die resultaten is te zien dat er mogelijkheden zijn om ICF te implementeren binnen de geanalyseerde registratiesystemen. Doch zal dit niet evident zijn. De praktische obstakels zijn het ontbreken van goede opleiding, financiering, het gebruik van de vele ICF-codes en het gebrek aan uniformiteit binnen de registratiesystemen. Ook is er vanuit de overheid geen duidelijk kader met richtlijnen en doelstellingen voorzien, om met ICF aan de slag te gaan. Tot slot worden ook bedenkingen gemaakt over de privacy van de cliënt/patiënt binnen geïntegreerd registreren, het opkomen van verschillende deelplatforms, waarvan het gebruik niet duidelijk is voor de respondenten, en het gebrek aan gebruiksvriendelijke softwareprogramma's om dit alles mogelijk te maken.

Toch zien veel respondenten ook grote voordelen in een geïntegreerde registratie via ICF. Zo kan het ICF-denkmodel rond het functioneren van een persoon op veel bijval rekenen. Daarnaast zien ze het als een goede manier om betere en meer geïntegreerde zorg en begeleiding te voorzien. Ook zou de communicatie tussen zorg- en hulpverleners door een elektronisch ICF-systeem aanzienlijk verbeterd kunnen worden. Bijvoorbeeld verwijfsbrieven, het (e-)thuiszorgdossier, de (e-)zorg map, verslagen, het in kaart brengen van het zorgnetwerk, toekomstige sumehrs en multidisciplinair overleg zouden allemaal door ICF-registraties of het ICF-denkkader gefaciliteerd kunnen worden. Ook zien de respondenten ICF als een goede insteek om mee te werken binnen multidisciplinaire teams, of om het toekomstig gedeeld dossier mee vorm te geven. Tot slot ligt een belangrijke toepassing ervan binnen de rapportering van gegevens voor de overheid en extern internationaal beleid.

Een laatste deel van dit blok resultaten bekeek de randvoorwaarden voor geïntegreerde registratie. Zo gaven stakeholders meer toelichting bij het wettelijk kader, de noodzaak aan semantische interoperabiliteit, het gebruik van gepaste ICT en software, de taak van deelplatformen zoals eHealth en vitalink en de toekomstige beheerder van het geïntegreerd registratiedossier. Het toonde aan dat de omkadering nog niet volledig op punt staat om geïntegreerde registratie en daarbij aansluitend een gedeeld dossier tussen gezondheids- en welzijnsinstellingen te ontwikkelen.

De digitalisering en uitwisseling van patiënten-/cliëntendossiers in de zorg- en welzijnssector zal ongetwijfeld een positieve invloed op de efficiëntie en kwaliteit van de zorg- en hulpverlening hebben. Aan de andere zijde van de medaille staat een complex en uitgebreid wettelijk kader. Naarmate de digitalisatie van gegevens toeneemt, wordt de noodzaak van een gedegen beveiligingssysteem ter bescherming van deze informatie en de privacyaspecten almaar groter. De tweestrijd tussen enerzijds de kwaliteit van de zorg- en hulpverlening, dat voordeel haalt uit de efficiënte wijze waarmee gegevens beschikbaar gesteld worden, en anderzijds de strikte bewaking op de beperking van de toegang tot de gegevens met het oog op de bescherming van de betrokken patiënten/cliënten (Van der Laan, 2014), vereist een goed uitgewerkt wettelijk kader om de privacy op alle vlakken te garanderen. In beide sectoren is de wetgeving rond het gedeeld beroepsgeheim uitgewerkt zodat de uitwisseling van gegevens op een correcte wijze kan gebeuren. Echter, de voorwaarden voor gegevensdeling is enkel voor de gezondheidssector volledig uitgewerkt. De integratie met de welzijnsinstelling vereist op dat vlak nog aanpassingen en overleg.

Tevens is bij het efficiënt delen van gegevens tussen instellingen en zorg- en hulpverleners in de gezondheids- en welzijnssectoren het zeer belangrijk dat er een eenheid wordt gecreëerd in de 'taal' waarmee men met elkaar communiceert. De betekenis van de gegevens moet eenduidig zijn. Om dit te

bereiken moeten de informatiesystemen in zorg en welzijn zich toeleggen op semantische interoperabiliteit. Het gebruik van terminologie, classificaties en codestelsels vervult hierbij een essentiële rol. Internationale open standaarden, zoals ICF, moeten voorkomen dat men in de ene instelling gegevens anders gaat interpreteren dan men zou doen in een andere instelling (Schat *et al.*, 2010). Voorlopig is aan deze voorwaarde nog niet voldaan. Ook goed uitgewerkte softwareprogramma's dienen daarop in te spelen om de gebruiksvriendelijkheid te verhogen. Tot slot werd nagegaan hoe bestaande terminologieën zoals SNOMED CT en BelRAI kunnen samengaan met ICF. Een volledig sluitend antwoord daarop werd niet gevonden.

Beperkingen van de studie

Om de draagkracht van deze studie te verbeteren kon het volledige gezondheids- en welzijnsveld ondervraagd worden, alsook alle verschillende actoren binnen de sectoren. Door onder andere de korte tijdsperiode waarin dit onderzoek werd gevoerd, was dit niet mogelijk. Voor de gezondheidssector is zodoende gekozen om twee bestaande classificaties (ICPC-2 voor de huisartsensector en ICD-10 voor de ziekenhuissector) te analyseren. Alhoewel velen al softwarepakketten met mogelijkheid tot coderen via ICD-10 of ICPC-2 bevatten, worden die niet altijd gebruikt in de praktijk. Binnen de huisartsensector bestaan er tevens nog pakketten zonder codering. Daarnaast werken sommige solo-artsen ook nog met een schriftelijk dossier. Bijgevolg kunnen de resultaten voor de huisartsensector niet volledig veralgemeend worden, maar zijn ze eerder van toepassing voor een bepaald segment van deze sector. Toch lijkt hun manier van werken het toekomstbeeld waar de andere actoren naartoe dienen te evolueren. Het toekomstig voorstel van een combinatie tussen ICPC-2 en ICF dat in deze studie geschetst wordt, lijkt enigszins te gelden voor de gehele sector.

Bij de welzijnssector hebben we ons, eveneens door de korte tijdsperiode van onderzoek, beperkt tot de grootste actoren. CAW, OCMW, VAPH en de grootste mutualiteiten zijn onderzocht en bevraagd. De jeugdsector is meegenomen in het onderzoek naar semantische interoperabiliteit tussen ICF en de registratiesystemen, te zien in de resultaten van de documentanalyse. Toch dient met enige voorzichtigheid gepraat worden over 'dé welzijnssector', refererend naar deze selectie. Er zijn nog instellingen binnen deze sector die niet aan bod kwamen in deze studie. Daarnaast is er ook binnen de instellingen zelf een grote verscheidenheid aan registratiesystemen te vinden. Zo werken alle OCMW's in Vlaanderen met andere software. Om deze redenen mogen de resultaten van de welzijnssector niet veralgemeend worden. Verder onderzoek kan zich richten op de sectoren en actoren die in deze studie niet (volledig) opgenomen zijn.

Een volgend discussiepunt is het coderen van de data uit de afgenomen interviews en focusgroeps-gesprekken. Wederom kon door gebrek aan tijd en middelen de codering niet door verschillende onderzoekers gebeuren. De data is daarom twee- tot driemaal door dezelfde onderzoeker gecodeerd, ten einde betere afwegingen te maken. Daarnaast is er regelmatig overleg met andere betrokkenen gebeurd om de coderingen af te wegen.

Een laatste opmerking situeert zich bij de documentanalyse van de registratiesystemen binnen de welzijnssector. De analyse van handleidingen, beleidsdocumenten, PowerPointpresentaties, adviesrapporten, interviews en visieteksten, verliep niet altijd even gemakkelijk. De documentatie was vaak onsamenhangend en niet specifiek, waardoor het niet eenvoudig was om deze op systematische wijze te onderzoeken. Dit onderzoek heeft de sterkte een breed scala van systemen voor registratie en classificatie te beschrijven, maar over elk systeem op zich is er weinig literatuur beschikbaar. De moeilijkheid was het vinden van voldoende onderbouw zodat de classificatie- en registratiesystemen op

een correcte wijze geïnterpreteerd konden worden, om ze vervolgens te vergelijken met ICF. Om de correctheid van de analyses in het deel contextinformatie na te gaan, werd gevraagd aan de betrokken instellingen om feedback te geven over wat in deze studie geschreven is over hun registratiesysteem. De weergave van de systemen in het deel contextinformatie is dus goedgekeurd door de betrokken instellingen.

Sterke punten van het onderzoek

De sterkte van dit onderzoek zit in het explorerende aspect. De materie die in deze studie is onderzocht en samengebracht geeft een brede vernieuwende kijk op de mogelijke link tussen ICF en de registratie- en classificatiecultuur en systemen binnen de sectoren zorg en welzijn in Vlaanderen. Enerzijds worden de verschillende systemen en methoden van registreren en classificeren uitvoerig beschreven, anderzijds worden ze vergeleken met het ICF-model. Vervolgens werd ook uitgebreid ingegaan op implementatie en concrete toepassingsmogelijkheden van ICF. Daarnaast zijn lopende ICF-proefprojecten nagegaan, zijn de randvoorwaarden onderzocht om geïntegreerde registratie mogelijk te maken, en is gekeken naar de mogelijke samenhang van ICF en andere terminologieën zoals SNOMED CT en BelRAI. Dit onderzoek geeft daardoor een goed beeld weer van de mogelijkheden en hinderpalen om met ICF te werken binnen de specifieke setting van de welzijns- en gezondheidssector. Het biedt deels een antwoord op de steeds stijgende vraag naar kwaliteit en efficiëntie in de zorg- en hulpverlening.

Deze studie bevat concrete en algemene beleidsaanbevelingen over ICF en de link met het registratie- en classificatielandschap in de gezondheidszorg en welzijnssector. Het zou interessant zijn om de implementatie van ICF in de registratie- en classificatiesystemen in de praktijk te onderzoeken. Door het organiseren van proefprojecten in bepaalde instellingen kan men beter nagaan op welke manier de bestaande software en ICT gebruikt kan worden, hoe de ervaringen zijn van gebruikers en waar de voor- en nadelen op het werkveld concreet tot uiting komen. Dit wordt als een logische volgende stap gezien op deze studie.

Bronnenlijst

Boeken

- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, Groningen: Stenfert Kroese, 2001: 15.
- Benson, T. (2012). *Principles of Health Interoperability HL7 and SNOMED CT*. Second Edition. London: Springer.
- Bickenbach, J.E. (2009). *Disability, culture and the UN convention*. *Disabil Rehabil*; 31(14):1111–1124.
- Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., Stucki, G. (2012). *ICF CORE SETS. Manual for Clinical Practice*. Hogrefe, Göttingen.
- Borkan, J. (1999). Chapter 10: Immersion/crystallization. In: Crabtree BF, Miller, W.L. editors. *Doing qualitative research*. 2nd ed. London: SAGE Publications;179-194.
- Brager, G., Holloway, S. (1992). Chapter 2: Assessing prospects for organizational change: The uses of force field analysis. In: Bargal D., Schmid, H., editors. *Organisational change and development in human services organisations*. New York: HaworthPress.
- Callens, S. (1995). *Goed geregeld. Het gebruik van medische gegevens voor onderzoek*. Antwerpen – Apeldoorn: MAKLU
- De Bot, D. (2001). *Verwerking van Persoonsgegevens*. Antwerpen: Kluwer.
- De Maeseneer, J. (2013). Welzijns- en gezondheidszorg: een latrelatie. Uit Nuyens, Y., De Ridder, H. *Dokter, ik heb ook iets te zeggen. Gezondheid onder de scanner: een volledige stand van zaken van onze gezondheidszorg*. Uitgeverij Lannoo: 156-162.
- Messiaen, G. (2012). *Uitdagingen voor de ziekenfondsen in de eenentwintigste eeuw*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Messiaen, G. (2013). *Gezondheidszorg: meer dan geneeskunde*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Mortelmans, D. (2009). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. (2 ed.). Leuven, Uitgeverij Acco.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. (2001). *ICF, Internationale Classificatie van het menselijk functioneren, Nederlandse vertaling*. Bilthoven: Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre.
- Krueger, R.A. (1994). *Focus Groups. A practical Guide for Applied Research*, London: Sage Publications: 255.
- Madden, R.C., Sykes, C., Ustun, T.B. (2007). *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose*.
- Meyer, J. (2006) Chapter 18: Action Research. In: Gerrish, K., Lacey A., editors. *The Research Process in Nursing*. 5th ed. London: Blackwell Publishing;.pp 274-288;
- McNiff, J. (1988). *Action research principles and practice*. Basingstoke Macmillan.
- Put, J., Loosveldt, G., Verdeyen, V., Geens, P., Van Der Straete, I., Serrien, L., et al. (2003). *Gebruikersrechten in de welzijnszorg*. Brugge: die Keure.
- Rubin, H., & Rubin, I. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks, CA: Sage

- Spencer, L., Ritchie, J., O'Connor, W. (2006). Chapter 8: Analysis: practice, principles and processes. In Ritchie J, Lewis J (eds) *Qualitative research practice*. pp 199-218. London: Sage Publications, 2004.
- Schat, B., Cillessen, F., Oord, E., Bot, H., van der Meer, J., Levering, W., Gondelach, S. (2010). *Beter met Architectuur. Een integrale aanpak van de informatievoorziening in de Zorgsector*. Zaltbommel: Van Haren Publishing.
- Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C., De Souza, L. (2013). *Enhanced clarity and holism: the outcome of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England*. The Centre for Research in Rehabilitation, Brunel University, School of Health Sciences and Social Care, Uxbridge, UK.
- Van de Velde, D. (2012). *Participation Experiences From Individuals with Spinal Cord Injury*. Thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Health Sciences, Gent.
- Verbeke, M., Mennerat, F., Letrilliart, L., Fujita, S. & Virtanen, M. (2006). *Primary Care Classification: Report on the WHO/WICC Working Group*. Tunis.
- WONCA International Classification Committee. (2005). *International Classification of Primary Care. ICPC-2-R. Revised Second Edition*. New York: Oxford University Press Inc.
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization – Basic Documents*. Forty-fifth edition. Supplement.
- World Health Organization (2010). *Instruction manual ICD-10, Volume 2;113*.

Decreten en wetten

- Belgisch Strafwetboek (8 juni 1867).
- Decreet betreffende de kwaliteit van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (17 oktober 2003).
- Decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg (25 april 2014).
- Decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen actoren in de zorg (24 april 2014).
- Decreet betreffende het algemeen welzijnswerk (8 mei 2009).
- Decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften, Vlaamse Regering (21 oktober 2014).
- Deontologische Code voor CLB-medewerkers (23 juni 2009).
- Voorontwerp van decreet betreffende het platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie (18 maart 2009).
- Voorontwerp van decreet betreffende het Platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie (18 maart 2009).
- Wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002).
- Wet houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (15 januari 1990).
- Wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van de persoonsgegevens (8 december 1992).

Handleidingen

- Centrum Algemeen Welzijn. Definitieboek WeDossier.
- Christelijke mutualiteiten. (2012). xRM Thesaurus.
- Degraeve, L. (2013). CLB LARS Nomenclatuurlijst en Handleiding. Roeselare.
- GiVi Group & Jongeren Welzijn. (2013). Handleiding Insisto. Nederlandse versie.
- Handleiding BEL. (2008). Tweede bijlage bij het Ministerieel Besluit van 6 januari 2006 tot regeling van de vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen aan de hand van de BEL-profielschaal in het kader van de Vlaamse zorgverzekering.
- Socialistische mutualiteiten. Sjabloon IMO jaarverslag DMW (Geen datum beschikbaar).
- Socialistische mutualiteiten. Werkinstructies module Begeleiding (Geen datum beschikbaar).
- Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. (2013). Handleiding Regas. Berchem.
- Steunpunt Jeugdhulp & Jongeren Welzijn. (2012). Binc Handleiding. Brussel.
- VAPH. (2013a). Griffioen 1.1.13. Handleiding. Brussel.
- VAPH. (2013b). Handleiding Contactpersoon Web-applicatie Zorgregie, Versie 2.0. Brussel.
- VAPH. (2013c). Thuiszorgdossier model 2013.
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. (2014). Cookbook. Algemene Introductie tot Vitalink. Versie 4.0. Brussel.
- Werkgroep SKD. (2013). Handleiding Sociaal Klanten Dossier. In het kader van Sociale Dienstverlening.
- World Health Organization. (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Volume 2. Instruction Manual. 2010 Edition.*
- World Health Organization. (2013). ICF: A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), exposure draft for comment.

Presentaties

- Cevi/Logins. (2012). *Cliëntonthaal en Trajectopvolging. Heropfrissing OCMW Leuven*. Leuven
- CLB, KU Leuven. (2014) Presentatie Casus Jonas CLB.
- De Pooter, C. (2001). *Artsen en niet-artsen: een gedeeld beroepsgeheim?* Antwerpen.
- KU Leuven en BVVG Crataegus. Het zorgplan in het Woon Zorgcentrum. Opgehaald op 12 november 2014, van, <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2di/vers/18052706.pdf>
- Revalidatiecentrum UZ Gent. Voorstelling implementatie ICF.
- Robben, F. (2010). *eHealth, gezondheidsgegevens en privacybescherming*. Brussel.
- Robben, F. (2013). *eHealth & Elektronische Communicatie*. Brussel.
- Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. (19 maart 2013) Presentatie Kick-off start E-dossier.

VDAB (oktober 2014). Wat doet de VDAB ihkv de decreten voor collectief maatwerk en lokale diensteneconomie? Trefdag arbeidsbemiddelaars.

Rapporten en beleidsdocumenten

Agentschap Jongerenwelzijn & Steunpunt Jeugdhulp vzw. (2014). *Binc 2.0 Ontwerpnota*. Brussel.

Eerstelijnsgezondheidszorg Antwerpen (2010) *Syntheserapport Conferentie: Meer lijn in de eerstelijns*.

Flanders' Care (2012). *Visietekst (e)Zorgzaam Vlaanderen. Gegevensdeling in de zorg- en welzijnssector*.

Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., de Wilde, E.J. & Eijgenraam, K. (2009). *Ontwikkeling van en onderzoek naar het Classificatiesysteem Aard en Problematiek Jeugdzorg. Eindrapport*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Nictiz. (2012). *ICT-standaarden in de zorg. Een praktisch overzicht*. Den Haag.

Ronde Tafel eHealth. (2012). *e-GEZONDHEID 2013-2018*.

Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid. Beraadslaging nr. 11/088 van 18 oktober 2011 met betrekking tot de nota betreffende de elektronische bewijsmiddelen van een therapeutische relatie en van een zorgrelatie. Opgehaald op 16 november 2014 van http://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/beraadslaging_AG_088_2011_0.pdf

Vandeurzen, J. (2012). ICT Plan: van een visietekst naar een (e)zorgzaam Vlaanderen. Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Vlaamse Regering: Brussel.

Vanackere, S., Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2008). Antwoord op vraag nr. 183 va 24 april 2008 van Elke Roex.

VAPH. (mei 2013). Advies Intersectorale Stuurgroep Diagnostiek en Indicatie. Brussel.

Vlaams Patiëntenplatform. (2011). Dossier: De elektronische uitwisseling van gezondheidsgegevens. Heverlee.

Vzw Recht-Op. (2002). Rechten en inspraak van gebruikers/cliënten. Deurne.

World Health Organization. (2004) Family of International Classifications Network Meeting Reykjavik, Iceland: Executive Summary.

Webpagina's

AHIMA & AMIA. (2007). Healthcare Terminologies and Classifications: Essential Keys to Interoperability. Opgehaald op 3 augustus 2014 van http://www.amia.org/sites/amia.org/files/Classifications_and_terminology_Interoperability.pdf

British Sociological Association. (2004). Statement of Ethical Practice for The British Sociological Association. Opgehaald op 5 september 2014 van http://www.britisoc.co.uk/NR/rdonlyres/801B9A62-5CD3-4BC2-93E1FF470FF10256/0/Statement_of_EthicalPractice.pdf

- Carenet. Algemene beschrijving van MyCareNet. Opgehaald op 10 oktober 2014, van http://www.carenet.be/nl/cin/TI/content/cin/technical_information/mycarenet
- CAW Limburg. (2013). *Demo e-Dossier*. Opgehaald op 3 augustus 2014 van www.steunpunt.be/media/document/70678
- Domus Medica. Verwijsbrief. Opgehaald op 1 december 2014 van <http://www.domusmedica.be/component/search/?searchword=verwijsbrief&searchphrase=all&Itemid=1338>
- eHealth. (2014). Wat is de relatie tussen het eHealth-platform en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid? Opgehaald op 4 augustus 2014 van <https://www.ehealth.fgov.be/nl/over-het-eHealth-platform/veelgestelde-vragen/relatie-tussen-ehealth-en-ksz>
- Flanders' Care. (2014). *Naar een (e)Zorgzaam Vlaanderen. Status Maart 2014*. Opgehaald op 1 augustus 2014 van http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/2014_03_naar_een_eZorgzaam_vlaanderen_status.pdf
- Health Connect. Opgehaald op 1 december 2014 van <https://www.healthconnect.be/nl/blog/alles-op-een-rijtje-ehealthbox-vitalink-en-hubs>
- iMinds. Opgehaald op 3 september 2014, van <http://www.iminds.be/nl/onze-kernmarkten/digitaal-onderzoek-in-de-health-markt>
- IHTSDO. (2014). Opgehaald 9, juli, 2014 van <http://www.ihtsdo.org/SNOMED CT/>
- KNGF. (2014). Semantische Interoperabiliteit. Opgehaald op 3 augustus 2014 van http://rgfgg.fysionet.nl/index.php?p=477934&id=KNGF_MAIN_SITE_969553
- Krols, N. (2014). Vlaanderen heeft een integrale jeugdhulp. Opgehaald op 9 augustus 2014 van <http://www.weliswaar.be/nieuws/p/detail/vlaanderen-heeft-een-integrale-jeugdhulp>
- Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. (2011). Informatieveiligheid bij de integratie-oefening OCMW-gemeente. Opgehaald op 28 juli 2014 van https://www.ksz.fgov.be/binaries/documentation/nl/secureite/policies/isms_043_ocmw_cpas_gemeente_commune_nl.pdf
- Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. (2014). OCMW's. Opgehaald op 28 juli 2014 van https://www.kszbcss.fgov.be/nl/bcss/services/content/websites/belgium/services/service_citizen/service_publicwelfarecentres.html
- Markwell, D. (2014). Introducing SNOMED CT. The Global Clinical Terminology. Opgehaald op 11 juli 2014 van <http://SNOMED CT.elearningserver.com/>
- Memori. Brochure Beter communiceren met kansarmen: Elkaar vinden, Bouwstenen voor het communiceren met kansarme doelgroepen. Deze handleiding is gebaseerd op de resultaten van het onderzoeksrapport 'Overheidscommunicatie voor kansarme doelgroepen. Opgehaald op 25 november, 2014 van <http://www.memori.be>.
- Nederlands Jeugd Instituut. Classificatie Jeugdproblemen. Opgehaald op 9 december 2014 van <http://www.nji.nl/nl/Databanken/ClassificatieJeugdproblemen/Gebruiksaanwijzing/Systematiek.html>
- Onderwijs Vlaanderen. (1998). Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding. Opgehaald op 31 juli 2014 van <http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=12274>

Onderwijs Vlaanderen. (2014). Gegevensverzameling voor de Overheid. Opgehaald op 22 juli 2014, van <http://www.ond.vlaanderen.be/clb/CLB-medewerker/Gegevensverzameling.htm>

Orde der Geneesheren. (2002). Aanbevelingen van de Nationale Raad betreffende het bijhouden van elektronische medische databanken die nominatieve en identificeerbare gegevens bevatten. Opgehaald op 7 augustus 2014 van <http://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/aanbevelingen-van-de-nationale-raad-betreffende-het-bijhouden-van-elektronische-medische-databanken-die-nominatieve-en-identificeerbare-gegevens-bevatten>

Recip-e. Opgehaald op 1 december 2014 van <http://recip-e.be/home-nl/>

Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg. Het e-zorgplan. Opgehaald op 1 december 2014 van <http://www.e-zorgplan.be>.

Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg. Het multidisciplinair overleg. Opgehaald op 1 december 2014 van <http://www.selgoal.be/mdo/>

Samenwerkingsinitiatief Eerstelijns Gezondheidszorg GOAL. E-zorgplan. Opgehaald op 12 november 2014 van <http://www.selgoal.be/mdo/e-zorgplan/>

Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Zorgregio Gent vzw. Dossiervorming thuiszorg-dossier. Opgehaald op 12 november 2014 van http://www.selgent.be/sites/default/files/ZB_wat%20is%20TZD%20_linktekst_Def.pdf

Semantic Health Net. Opgehaald op 10 november 2014 van <http://semantichhealthnet.eu/>

Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. REGAS-CAW, het reisdagboek voor hulpverlener en cliënt. Opgehaald op 14 oktober 2014 van <http://www.steunpunt.be/public/article/322>

Steyaert, J. (1996). In de ban van het getal. Opgehaald op 10 augustus 2014 van <http://www.steyaert.org/jan/proefschrift/>

United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (2006). Opgehaald op 25 oktober 2014 van <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>

Van der Laan, K. (2014). Beveiliging van medische gegevens in zorginstellingen. Opgehaald op 7 augustus 2014 van http://www.kvdl.nl/wp-content/uploads/2014/03/140320_Beveiliging-van-medische-gegevens-in-zorginstellingen.pdf

Van der Straete, I. & Leenaerts, E. (2002). Beroepsgeheim en Deontologie in de Welzijnssector. Opgehaald 31 juli 2014 van <http://www.law.kuleuven.be/isr/onderzoek/welzijnsrecht/beroepsgeheimwelzijnssector.html>

Verzekeringsgeneeskunde Vlaanderen. Opleiding International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Opgehaald op 29 oktober 2014 van <http://www.verzekeringsgeneeskundevlaanderen.be/assets/upload/ICFopleiding.pdf>

Vitalink. (2013). Veiligheid & Privacy. Opgehaald op 29 juli 2014 van <http://www.Vitalink.be/>

Vitalink. Over Vitalink. Opgehaald op 7 oktober 2014 van <http://www.Vitalink.be/Vitalink/Burgers/Over-Vitalink/Andere-e-healthprojecten/>

Vitalink. Sumehr. Opgehaald op 1 december 2014 van <http://www.vitalink.be/Vitalink/Zorgverleners/Gegevens/Sumehr/>

Vlaams artsensyndicaat. Telematicapremie. Opgehaald op 21 november 2014 van <http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/telematicapremie>

- Vlaams Brabant. E-zorgplan. Opgehaald op 1 december 2014 van http://www.vlaamsbrabant.be/binaries/handleiding_e-zorgplan_tcm5-7491.pdf
- Ethische Commissie Vlaams Welzijnsverbond. (2005). Zorgvuldig omgaan met informatie-uitwisseling in het welzijnswerk. Beroepsgeheim en informatiestromen in de hulpverlening. Opgehaald op 12 september 2014 van http://www.vlaamswelzijnsverbond.be/files/page/ethicom/03%20ADVIES%203%20%20beroepsgeheim%20-%2020%20december%202005_2.pdf
- Vorming Jeugdhulp. (2014). Het werken met en het gebruiken van het A-document. Opgehaald op 9 augustus 2014 van <http://www.vormingjeugdhulp.be/documentatie>
- World Health Organization. ICF eLearning Tool. Opgehaald op 8 december 2014 van <http://p.ideaday.de/104.2/icf/en/index.html>
- World Health Organization. ICF Research Brand. Opgehaald op 8 december 2014 van <http://www.icf-research-branch.org>
- WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC) in the Netherlands. Browser – ICD10-nl.cla. Opgehaald op 28 november 2014 van <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICD10-nl.cla>
- WVG Vlaanderen. Intersectorale toegangspoort. Opgehaald op 16 oktober 2014 van <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/jeugdhulp/intersectorale-toegangspoort/>
- WVG Vlaanderen. Werkingsprocessen jeugdhulpaanbieders. Opgehaald op 17 oktober 2014 van <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/professionelen/assets/docs/jeugdhulpaanbieders/itp/werkingsprocessen-itp.pdf>

Wetenschappelijke artikels

- Berg, K., Mor, V., Morris, J., Murphy, K.M., Moore, T., Harris, Y. (2002). Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators. *Health Care Finance Rev*, 23:19-36.
- Berg, K., Finne-Soveri, H., Gray, L., Henrard, J.C., Hirdes, J., Ikegami, N., Ljunggren, G., N Morris, J., Paquay, L., Resnik, L., Teare, G. (2009). Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Services Research*, 9:47.
- Bridges, J., Meyer, J. (2007). Exploring the effectiveness of action research as a tool for organizational change in health care. *J Res Nurs*; 12:389-399.
- de Keizer NF, Abu-Hanna A, J. H. M. Zwetsloot-Schonk (2000). Understanding Terminological Systems I: Terminology and Typology. *Methods Inf Med* 39:16-21.
- Escorpizo R., Kostanjsek N., Kennedy C., Robinson Nicol, M.M., Stucki G., Üstün T.B. & namens de 'Functioning Topic Advisory Group (fTAG) Van de 11^{de} ICD revisie. (2013). Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. *BMC Public Health* 2013 13/742.
- Glässel, A., Rauch, A., Selb, M., Emmenegger, K., Lückenkemper, M., Escorpizo, R. (2012). A case study on the application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-based tools for vocational rehabilitation in spinal cord injury. *Work*; 41(4):465-74.

- Grill, E., Mansmann, U., Cieza, A., Stucki, G. (2007). Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the International Classification of Functioning, *Disability and Health. J Rehabil Med*; 39; 71-6.
- Hirdes, J.P., Poss, J.W., Curtin-Telegdi, N. (2008). The method for assigning priority levels (MAPLe): a new decision-support system for allocating home care resources. *BMC MED*, 6:9.
- Hofmans-Okkes, I.M. & Lamberts, H. (1996). The International Classification of Primary Care (ICPC): New Applications in Research and Computer Based Patient Records in Family Practice. *Fam. Pract.*
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16, (1), 103-121.
- Morgan, D.L. (1996) Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22, (X): 129-152.
- Morris, J.N., Fries, B.E., Mehr, D.R., Hawes, C., Phillips, C.D., Mor, V., Lipsitz, L.A. (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol*, 49: M174-82.
- Munn-Giddings, C., McVicar, A., Smith, L. (2008). Systematic review of the uptake and design of action research in published nursing research, 2000-2005. *J Res Nurs*; 13; 465-479.
- Tempest, S., Harries, P., Kilbride, C., De Souza, L. (2012). To adopt is to adapt: the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability & Rehabilitation*. Early Online: 1-9.
- Van Puijevelde – de Groot, E. (2014). SNOMED CT en ICD-10. Eenmalige registratie voor meervoudig gebruik. *Nictiz*.
- Luis M. Vaquero, L.M., Rodero-Merino, L., Caceres, J., Lindner, M. (2009). A Break in the Clouds: Towards a Cloud Definition. *ACM SIGCOMM Computer Communication*; 50(39):1.
- Westerhof, HP., Van Althuis, TR. (1998). De zorgepisodische als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. *Huisarts Wet*;41(11):515-9.
- Zubler-Skerritt., Fletcher, M. (2007). The quality of an action research thesis in the social sciences. *Qual Assur Educ* 2007; 15:413-436.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Informatie wettelijk kader¹⁵¹

1. Patiëntenrechten in de gezondheidszorg

In dit gedeelte willen we nagaan welke wetgeving van toepassing is bij het registreren en classificeren van gezondheidsgegevens in de gezondheidssector. We bekijken de regelgeving die betrekking heeft op het waarborgen van de privacy van de patiënt, het verwerken van persoonsgegevens, het patiëntendossier en het uitwisselen van patiëntengegevens.

1.1. Recht op privacy

De privacybescherming van de patiënt in de gezondheidszorg wordt logischerwijs verzekerd door de Privacywetgeving, maar dit is niet de enige wetgeving die een verbod stelt op het vrijgeven van bepaalde vertrouwelijke informatie. We limiteren ons in deze literatuurstudie tot de belangrijkste wetgevingen. Het beroepsgeheim bijvoorbeeld, waar verder in deze literatuurstudie dieper op ingaan wordt, en de Patiëntenrechtenwet. Het recht op privacy wordt onder artikel 10 aangehaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002) en stelt:

“De patiënt heeft het recht op de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid. (...)”

Bron: Art 10, §1 Patiëntenrechtenwet

De wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, ook bekend als de wet op de verwerking van de persoonsgegevens of simpelweg de Privacywet, heeft ook een belangrijke invloed op de privacy van de patiënt. De wet werd in 2003 aangepast door de Belgische wetgever om aan de snelle evolutie van de informatiserende maatschappij te voldoen. De wet bepaalt onder art. 2:

“Iedere natuurlijke persoon heeft in verband met de verwerking van persoonsgegevens die op hem betrekking hebben, recht op bescherming van zijn fundamentele rechten en vrijheden, inzonderheid op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer.”

Bron: Art. 2, Wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

¹⁵¹ Bijlage is opgesteld op basis van informatie ingewonnen en geraadpleegd op juni 2014.

1.2. Het verwerken van patiëntengegevens

De regelgeving met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens in de gezondheidszorg valt onder de Privacywet en heeft betrekking op:

“Elke bewerking of geheel van bewerkingen met betrekking tot persoonsgegevens, al dan niet uitgevoerd met behulp van geautomatiseerde procedés, zoals het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiden of op enigerlei andere wijze ter beschikking stellen, samenbrengen, met elkaar in verband brengen, evenals het afschermen, uitwisselen of vernietigen van persoonsgegevens.”

Bron: Art. 1, §2 Wet Verwerking Persoonsgegevens

De wet is dus van toepassing op elke verwerking van persoonsgegevens die zijn neergeschreven of opgeslagen en die in een bestand worden bijgehouden. De wet verbiedt het verwerken van persoonsgegevens, hieronder vallen gevoelige gegevens en persoonsgegevens die de gezondheid betreffen. Wel worden er in artikel 5, artikel 6 en artikel 7 van de Privacywet een aantal specifiek neergeschreven omstandigheden waarin de verwerking wel is toegestaan.

1.3. Regelgeving met betrekking tot het patiëntendossier

Volgens artikel 9, §1 van de Patiëntenrechtenwet heeft de patiënt ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier. Een zorgvuldig bijgehouden dossier staat voor een dossier dat de juiste en volledige informatie bevat van de gebruiker. Wat men bedoelt met de terminologie ‘veilig bewaard’, wordt niet nader bepaald in de wet. Het dossier mag op verzoek van de patiënt ingekeken worden (art. 9, § 2 Wet Patiëntenrechten) en de gebruiker mag onjuiste persoonsgegevens laten bijwerken (art. 12, § 1 Wet Verwerking Persoonsgegevens). Dit verbeteringsrecht geldt niet voor subjectieve gegevens (Verslag namens de commissie voor de justitie, *Parl. St. Kamer 1991-92, nr. 413/12, 51*). De zorgverlener is verplicht om onnauwkeurige of onvolledige gegevens te verbeteren of uit te wissen (art. 4, §1, 4° Wet Verwerking Persoonsgegevens).

Verder mogen gegevens die op een rechtmatige manier werden opgevraagd en correct werden geregistreerd, op verzoek van de patiënt of op het eigen initiatief van de zorgverlener, verwijderd worden als blijkt dat deze na verloop van tijd geen relevantie meer vertonen met het doel waarvoor ze verwerkt worden (art. 4, § 1, 3° Wet Verwerking Persoonsgegevens). Artikel 16 van de Privacywet bepaald de kenmerken van een veilig bewaard dossier.

Artikel 4, § 1, 5° van de Wet Verwerking Persoonsgegevens stelt dat cliëntendossiers niet langer mogen bewaard worden dan noodzakelijk voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor ze zijn verkregen. In het geval dat gegevens opgevraagd worden door instanties voor ‘historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden’, mogen de bewaartermijnen overschreden worden. Maar deze overdracht is enkel mogelijk indien de gegevens voorafgaandelijk gecodeerd of geanonimiseerd worden (art. 4, §1, 5° Wet Verwerking Persoonsgegevens; K.B. 13 feb. 2001, B.S. 13 maart 2001, art. 2).

1.4. Uitwisseling van patiëntengegevens

Het uitwisselen van patiëntengegevens roept onmiddellijk vragen op bij zowel de zorgverlener als de zorggebruiker. Kan bijvoorbeeld het beroepsgeheim hierbij een hinderpaal vormen? Artikel 458 van het Belgisch Strafwetboek houdt in de begrenzing van het medisch beroepsgeheim geen rekening met de evoluties in de sector zoals de toenemende informatisering, de nood aan meer multidisciplinair samenwerken en de socialisering van de geneeskunde. Met de socialisering van de geneeskunde wordt volgens Callens (1995) de toenemende behoefte aan medische gegevens bedoeld, alsook de medicalisering van de maatschappij en het verdwijnen van de individuele relatie tussen arts en patiënt. De oplossing voor het uitwisselen van persoonsgegevens zonder het schenden van het beroepsgeheim ligt in de Privacywet. De uitwisseling, verspreiding of deling van gegevens valt onder de definitie van 'het verwerken van gegevens' die volgens de Privacywet vastgelegd werd in artikel 1, §2. Diezelfde wet stelt dat het verwerken van gezondheidsgegevens verboden is, tenzij:

“Wanneer de betrokkene schriftelijk heeft toegestemd in een dergelijke verwerking met dien verstande dat deze toestemming te allen tijde door de betrokkene kan worden ingetrokken(...)”

Bron: Art. 7, §2 Privacywet

Vervolgens wordt in artikel 7, §2 van de Privacywet een lijst gegevens van omstandigheden waarin verwerking van gegevens noodzakelijk wordt geacht. Met betrekking tot de verwerking van gezondheidsgegevens heeft de Privacywet twee bijkomende voorwaarden:

“Persoonsgegevens betreffende de gezondheid mogen, behoudens schriftelijke toestemming van de betrokkende of wanneer de verwerking noodzakelijk is voor het voorkomen van een dringend gevaar of voor de beteugeling van een bepaalde strafrechtelijke inbreuk, enkel worden verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.(...)”

Bron: Art. 7, §4 Privacywet

*Persoonsgegevens betreffende de gezondheid moeten worden ingezameld bij de betrokkene.
(...)*

Bron: Art. 7, §5 Privacywet

Indien men de uitwisseling van gegevens via een elektronische weg wil bereiken dient men hiervoor de nodige beveiliging te voorzien. Artikel 16, §4 van de Privacywet stelt:

*“Om de veiligheid van de persoonsgegevens te waarborgen, (...), de gepaste technische en organisatorische maatregelen treffen die nodig zijn voor de bescherming van de persoonsgegevens tegen toevallige en ongeoorloofde vernietiging, tegen toevallig verlies, evenals tegen de wijziging van of de toegang tot, en iedere andere niet toegelaten verwerking van persoonsgegevens.
Deze maatregelen moeten een passend beveiligingsniveau verzekeren, rekening houdend, enerzijds, met de stand van de techniek ter zake en de kosten voor het toepassen van de maatregelen en, anderzijds, met de aard van de te beveiligen gegevens en de potentiële risico's. (...)”*

Bron: Art. 16, §4 Privacywet

Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD) in een zorginstelling is enkel aanvaard indien de toegang voor onbevoegden vrijwel onmogelijk is en voorkomen wordt. Dit moet worden gewaardigd door beveiligingsmaatregelen die, om de toepassing ervan te bevorderen, op gebruiksvriendelijke wijze worden opgezet. De integriteit van het systeem moet worden gewaarborgd door toepassing van kennis en instrumenten volgens de laatste stand van de techniek op het gebied van informatica en informatietechnologie. Naast deze technische beveiligingsmaatregelen moeten ook organisatorische

maatregelen getroffen worden. Zorg- en hulpverleners moeten daadwerkelijk gebruik maken van de beschikbare techniek. Het enkele verplicht stellen is onvoldoende. Om de toepassing van de beveiligingsmaatregelen te bevorderen moet men deze op een gebruiksvriendelijke wijze opzetten (Van der Laan, 2014).

De Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (CBPL) of de Privacy commissie stelt in zijn aanbeveling van 21 januari 2013 (Aanbeveling 01/2013) advies op betreffende de na te leven veiligheidsmaatregelen ter voorkoming van gegevenslekken. Daarnaast heeft de CBPL een aantal richtsnoeren opgesteld met betrekking tot de informatiebeveiliging van persoonsgegevens waarin de algemene wettelijke verder wordt geconcretiseerd. De Privacy commissie reikt hiermee richtsnoeren aan die strikt genomen niet bindend zijn, maar waarvan het belang toch niet kan worden onderschat (Van der Laan, 2014).

De gezondheidszorgsector is onderworpen aan de verplichtingen die voortvloeien uit de Code van geneeskundige plichtenleer betreffende het medische dossier van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren. In deze Code worden ook enkele maatregelen vastgelegd die betrekking hebben op de beveiliging van informatie in medische dossiers (Orde der Geneesheren, 2002).

Deze aanbevelingen, zowel van de Privacy commissie als van de Orde van de Geneesheren, bieden een invulling aan de deontologische verplichtingen van de betrokken beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg en kunnen in geval van geschil aangaande de beveiliging van gegevens in acht genomen worden door de rechtbanken (Van der Laan, 2014).

2. Gebruikersrechten in de welzijnssector

Het voorstel van decreet betreffende de rechtsbescherming en de inspraak van de gebruikers van welzijnsvoorzieningen of kortweg ‘Decreetvoorstel Gebruikersrechten’ wenst de gebruiker te voorzien met direct afdwingbare rechten ten aanzien van de welzijnsvoorziening. Dit betekent dat de gebruiker bepaalde rechten, opgesteld in dit decreet, kan afdwingen in de instelling waar hij of zij hulp zoekt. In dit gedeelte wordt afgetoetst waar het ‘Decreetvoorstel Gebruikersrechten’ verschilt of gelijkloopt, op vlak van privacybescherming van de gebruiker, met de regelgeving geldend voor de gezondheidszorg.

2.1. Artikel 6 Decreetvoorstel Gebruikersrechten

Het recht op privacy van de gebruiker van een welzijnsvoorziening wordt gewaarborgd door artikel 6 van het Decreetvoorstel Gebruikersrechten. Enkel de relevante deelrechten van artikel 6 van het Decreetvoorstel Gebruikersrechten worden hieronder geciteerd:

“De gebruiker heeft recht op een persoonlijke levenssfeer, met inbegrip van:

- 2° het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard gebruikersdossier;*
- 3° het recht op inzage in de persoonsgegevens die opgenomen zijn in het dossier dat door de welzijnsvoorziening aangelegd wordt;*
- 4° de bescherming van de eigen politieke, filosofische, ideologische of religieuze overtuiging;”*

Bron: Art. 6, Decreetvoorstel Gebruikersrechten

Bovengenoemd artikel werd gebaseerd op andere reglementeringen die ook handelen over gegevensverwerking voor gebruikers in welzijnsvoorzieningen, zoals de Wet Verwerking Persoonsgegevens (1992), de Wet Patiënte rechten (2002) en het Kwaliteitsdecreet Welzijnsvoorzieningen (1997). In deze thesis is het belangrijk om na te gaan welke elementen van de privacybescherming er een invloed kunnen hebben op de verwerking van de gegevens. Het grootste gevaar op

inbreuk van de persoonlijke levenssfeer zit in het opvragen, registreren en uitwisselen van de cliëntengegevens.

2.2. Het verwerken van gebruikersgegevens

Aangezien het Decreetvoorstel Gebruikersrechten geen specifieke bepalingen over de gegevensverwerking bevat wordt de Wet Verwerking Persoonsgegevens als uitgangspunt voor dit hoofdstuk gebruikt. De verwerking van de persoonsgegevens wordt in artikel 1, §2 van de Wet Verwerking Persoonsgegevens gedefinieerd en na te lezen in punt 1.1.2 van deze literatuurstudie. Hieruit kunnen we besluiten dat elke actie die een hulpverlener onderneemt met betrekking tot gegevens als een ‘verwerking’ kan worden beschouwd.

Artikel 5 van de Wet Verwerking Persoonsgegevens legt beperkingen op waaronder het verwerken van persoonsgegevens toegelaten is. In deze masterproef zijn enkel die beperkingen op de toelaatbaarheid relevant die duidelijk te maken hebben met de verwerking van gegevens en het aanmaken van gebruikersdossiers binnen de welzijnsvoorzieningen. De verwerking is toegelaten indien aan één van de vier onderstaande toelaatbaarheidsgronden voldaan is (Put, 2003).

“1° Verwerking van gegevens met toestemming van de persoon”

Bron: Art. 5, a Wet Verwerking Persoonsgegevens

Het vrijwillig karakter van de welzijnsvoorzieningen, vermeld in artikel 2, 2° Decreetvoorstel Gebruikersrechten, wordt onderstreept in het eerste punt in bovenstaande lijst (art. 5, a Wet Verwerking Persoonsgegevens). Deze vrijwilligheid kan enkel in twijfel getrokken worden bij gedwongen plaatsing. In dat geval bieden onderstaande toelaatbaarheidsgronden een oplossing in geval van twijfel.

“2° Verwerking van gegevens in het vitale belang van de persoon”

Bron: Art. 5, d Wet Verwerking Persoonsgegevens

Men kan stellen dat de opslag van gegevens in een gebruikersdossier noodzakelijk is om met de persoonlijkheid van de gebruiker rekening te kunnen houden. Op de manier wordt ook een waarborg geleverd voor de bescherming van de eigen politieke, filosofische, ideologische of religieuze overtuiging van de gebruiker.

“3° Verwerking van gegevens ten dienste van het openbaar belang”

Bron: Art 5, e Wet Verwerking Persoonsgegevens

Het openbare belang (vb. statistieken, ...) kan samen met of naast het vitale belang een gelijkwaardige rechtvaardiging betekenen voor de verwerking van gegevens.

“4° Verwerking van gegevens opgelegd bij wet of decreet (artikel 5, c).”

Bron: Art. 5, c Wet Verwerking Persoonsgegevens

De toelaatbaarheid van de verwerking van de gegevens kan een verplichting zijn voor welzijnsorganisaties indien zij onderworpen worden aan een wet of decreet, die niet kan worden nageleefd indien de gegevens van de gebruiker niet worden geregistreerd. Een welzijnsorganisatie heeft de taak om hulp- en dienstverlening aan te bieden op maat van de gebruiker en dus dient de voorziening haar gebruikers te registreren om deze taak te volbrengen.

Naast de toelaatbaarheid is ook het doeleinde een voorwaarde voor de registratie van gebruikersgegevens. Volgens artikel 4, 2° Wet verwerking Persoonsgegevens moet het verkrijgen van gebruikersgegevens beantwoorden aan een ‘welbepaald, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigd doeleinde’.

Vanuit de gespecificeerde opdracht tot hulp- en dienstverlening in de welzijnssector is de rechtvaardiging van het doeleinde noodzakelijk.

Gevoelige informatie

Welzijnsinstellingen komen vaak in aanraking met gevoelige en vertrouwelijke informatie bij het aanmaken van en het werken met de dossiers van hun cliënten. De hulpverlening hangt in belangrijke mate af van de aanwezige hulpproblematiek, de persoonlijkheidskenmerken en de leefsituatie van de cliënt en zijn naasten.

De Bot (2001) geeft een definiëring van de term 'gezondheidsgegevens' voor de welzijnssector. Deze luidt als volgt: *'alle gegevens die door de hulpverlener worden geregistreerd en de gezondheidssituatie van de gebruiker betreffen'*. Hoewel deze definiëring ruim opgevat kan worden, gaat de voorkeur naar een striktere interpretatie waarbij 'gezondheidsgegevens' refereren naar informatie dat werd geregistreerd door een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg (Put *et al*, 2003). In dit geval kunnen de gegevens die door de hulpverlener zelf worden genoteerd nooit als 'gezondheidsgegevens', in de zin van de Wet Verwerking Persoonsgegevens, verstaan worden. Hieruit volgt dat de welzijnsvoorziening een strikte scheiding moet hanteren tussen enerzijds het 'hulpverlenende' gebruikersdossier en anderzijds het medische dossier bestaande uit documenten afkomstig van een medicus of een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

De wetgeving voor het verwerken van gevoelige informatie wordt, zoals geldt in de gezondheidszorg, bepaald in artikel 6 en artikel 7 van de Wet Verwerking Persoonsgegevens.

2.3. Regelgeving met betrekking tot het gebruikersdossier

Elke gebruiker van een welzijnsvoorziening heeft het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard gebruikersdossier (art. 6, 2° Decreetvoorstel Gebruikersrechten). Dit recht dient geïnterpreteerd te worden als het recht van de gebruiker om te kunnen vertrouwen dat enkel de minimaal noodzakelijke gegevens over hem worden geregistreerd, vooral die gegevens die noodzakelijk zijn om de hulpverlening naar behoren uit te voeren.

De regelgeving met betrekking tot het dossier beschreven in de Patiëntenrechtenwet (art 9, §2) en in de Privacywet (art 12, §1; art 4, §1, 3° en 4°) gelden ook in de welzijnssector. Door de toenemende participatie van gebruikers in de welzijnssector wordt hun eigen inbreng in het dossier een belangrijk feit. Bij onenigheid met betrekking tot de formulering in het dossier heeft de gebruiker het recht om zijn eigen visie in de verschillende stukken van het dossier te laten opnemen. Dit recht wordt verdedigd door de ruimere kijk die verschillende visies kunnen bieden op de gezins- en maatschappelijke context ten voordele van de begeleiding (VZW Recht-Op, 2002).

Een veilig bewaard dossier wil zeggen dat men beveiligingsmaatregelen in acht moeten nemen als men gebruikersdossiers bewaart in welzijnsorganisaties. Zo moet de welzijnsorganisatie beschikken over een storingsvrije database om het verlies van belangrijke informatie te voorkomen. Tevens moeten welzijnsorganisaties maatregelen treffen om onrechtmatige toegang tot de dossiers onmogelijk te maken voor derden (art. 16, § 4 Wet Verwerking Persoonsgegevens). De bewaartermijn van het dossier (art 4n §1, 5° Privacywet) wordt vaag omschreven en de uiteindelijke vernietiging van het cliënten-dossier zal in deze gevallen bepaald worden door een afweging te maken tussen de belangen van de hulpverlener en de cliënt.

2.4. Het uitwisselen van gebruikersgegevens

Een toelating voor de uitwisseling van gebruikersgegevens in de welzijnssector kan als dusdanig in het Decreetvoorstel Gebruikersrechten niet worden teruggevonden. Met betrekking tot de bescherming

van de privacy van de cliënt kunnen algemene bepalingen en sectorspecifieke regelingen van toepassing zijn (Put et al, 2003). Wel kan vanuit art. 6, 4° (bescherming van de eigen politieke, filosofische, ideologische of religieuze overtuiging) en art. 6, 1° (bescherming van de persoonsgegevens) van het Decreetvoorstel Gebruikersrechten worden afgeleid dat gegevens niet onrechtmatig verspreid mogen worden. Indien een hulpverlener kennis heeft van geheimen uit hoofde van zijn beroepsactiviteit wordt hij gebonden door het beroepsgeheim. Dit wil zeggen dat hij zich moet onthouden van de bekendmaking van deze geheimen (Put et al, 2003).

Toch wordt de uitwisseling van gegevens in een hulpverleningscontext als onvermijdelijk gezien, omwille van de nood tot werken in teamverband. Ook hier stelt men zich de vraag in hoeverre het beroepsgeheim en de Privacywet verenigbaar zijn¹⁵². In een advies van de Ethische Commissie Vlaams Welzijnsverbond¹⁵³ wordt gesteld dat binnen het welzijnswerk het een algemeen gangbare praktijk is geworden dat men, bij instemming van de cliënt, informatie mag doorgeven waardoor in feite het beroepsgeheim doorbroken wordt. Het gaat hier wel over de geïnformeerde toestemming of 'informed consent'. Dit wil zeggen dat de cliënt vooraf voldoende geïnformeerd wordt en vrijwillig zijn of haar toestemming geeft. Men benadrukt dat op deze manier de autonomie van de cliënt gerespecteerd wordt en de vertrouwensrelatie niet in gedrang komt. Toch moet men ook hier de Privacywet in het achterhoofd houden. Het gaat hier, net als we beschrijven in punt 1.1.4 van deze literatuurstudie, om het verwerken van persoonsgegevens. Ook hier geldt dat het verwerken van persoonsgegevens enkel toegelaten is onder de beschreven omstandigheden zoals beschreven in de artikels 5, 6 en 7 van de Privacywet.

Het beroepsgeheim werd in al 1867 aan het Belgisch Strafwetboek (Sw.) toegevoegd. De wet bepaalt de strafmaat bij het doorbreken van de geheimhoudingsplicht voor iedereen die uit hoofde van zijn staat of beroep kennis heeft van geheimen. Artikel 458 van het Strafwetboek beschrijft de grondvesten waarop de geheimhoudingsplicht steunt en luidt als volgt:

“Geneesheren, heekundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd, en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte (of voor een parlementaire onderzoekscommissie) getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met geldboete van honderd [euro] tot vijfhonderd [euro]”.

Bron: Art. 458 Belgisch Strafwetboek

Een eenvoudige interpretatie van bovenstaand artikel is dat iedereen die vanuit zijn of haar staat of beroep kennis draagt van geheimen die hem of haar zijn toevertrouwd, een geheimhoudingsplicht heeft. Het gaat hier dus om een zwijgplicht die verbonden is aan een vertrouwensrelatie. Art. 458 Sw. voorziet enkele uitzonderingen op deze zwijgplicht. Zo is men niet strafbaar indien men bij een getuigenis in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie de geheimen bekendmaakt (Art. 929 Gerechtelijk Wetboek), als men heeft geen spreekplicht. In sommige gevallen wordt men door de wetgever verplicht om vertrouwelijke informatie bekend te maken. Men mag voor een eigen

152 Van der Straete, I. & Leenaerts, E. (2002). Beroepsgeheim en Deontologie in de Welzijnssector. Opgehaald 31 juli 2014 van <http://www.law.kuleuven.be/isr/onderzoek/welzijnsrecht/beroepsgeheimwelzijnssector.html>

153 Ethische Commissie Vlaams Welzijnsverbond. (2005). Zorgvuldig omgaan met informatie-uitwisseling in het welzijnswerk. Beroepsgeheim en informatiestromen in de hulpverlening. Opgehaald op 12 september 2014 van http://www.vlaamswelzijnsverbond.be/files/page/ethicom/03%20ADVIES%203%20-%20beroepsgeheim%20-%2020%20december%202005_2.pdf

verdediging in rechte bepaalde vertrouwelijk informatie bekendmaken die hem kunnen helpen in zijn verweer. Een laatste belangrijke uitzondering is die van de noodtoestand, waarbij het beroepsgeheim geschonden mag worden indien er sprake is van een duidelijke en acute gevaarsituatie waardoor het noodzakelijk is om de vertrouwelijke informatie bekend te maken (Van der Straete & Put, 2005).

De formulering van de wet over het beroepsgeheim is bijzonder ruim en daardoor is het niet gemakkelijk om de juiste draagwijdte ervan te verstaan. In de welzijnssector zien we dat omwille van deze reden sectorale afspraken en deontologische codes zijn ontwikkeld om twijfel en onduidelijkheden uit de weg te gaan. De twee onderstaande voorbeelden illustreren dit.

In 2008 werd door het CAW het document 'Sectorafspraken over het omgaan met cliëntinformatie in Autonome Centra Algemeen Welzijnswerk' opgesteld, men bepaalt hierin dat elke medewerker van het CAW geacht wordt om zich te houden aan het beroepsgeheim, zoals art. 458 Sw. dit omschrijft (Art. 9, Decreet Algemeen Welzijnswerk).

Voor het CLB heerst er meer onduidelijkheid. Enerzijds worden medewerkers tewerkgesteld door een welzijnsvoorziening, anderzijds zijn deze medewerkers onderwijsmedewerkers (die gebonden zijn aan het ambtsgeheim). In het 'Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding' dat in 1998 werd goedgekeurd staat onder art. 11 dat alle werknemers het beroepsgeheim moeten respecteren en dit zonder de multidisciplinaire werking in het gedrang te brengen¹⁵⁴. In de 'Deontologische Code voor de CLB-medewerker' dat op 23 juni 2011 werd goedgekeurd, staat er geen vermelding van het beroepsgeheim, noch een verwijzing naar art. 458 Sw.

Voor de gezondheidssector is de afbakening van het beroepsgeheim duidelijker omschreven omdat men in de wet een niet-limitatieve opsomming geeft van enkele belangrijke beroepen in de gezondheidszorg. Men mag ervan uitgaan dat beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg die fungeren als 'noodzakelijke vertrouwenspersoon', gebonden zijn aan het beroepsgeheim. De benoeming 'noodzakelijke vertrouwenspersoon' verwijst naar het feit dat de patiënt uit noodzaak deze personen in vertrouwen neemt.

3. Het gedeeld beroepsgeheim en gemeenschappelijk beroepsgeheim

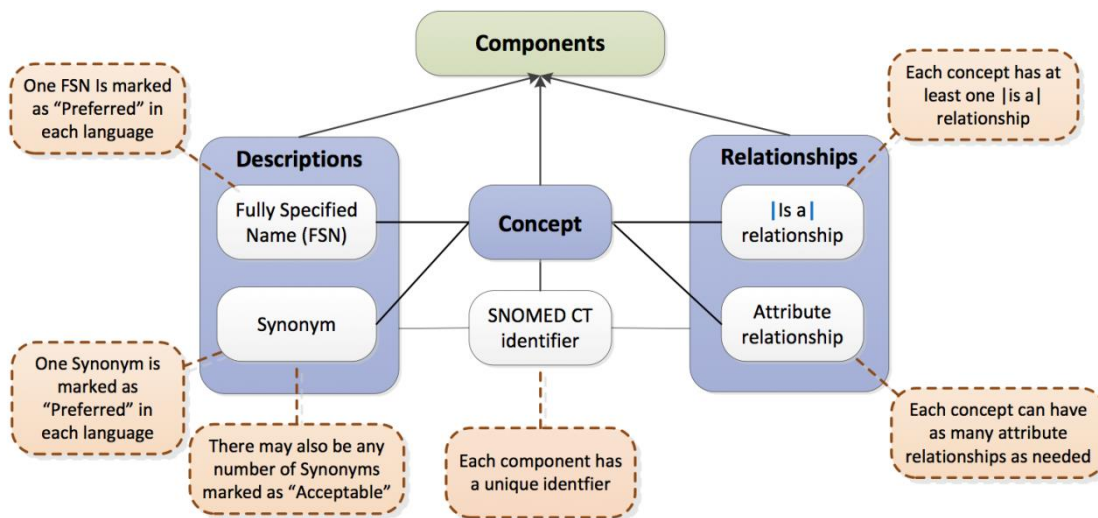
Hulpverlening wordt steeds vaker op een multidisciplinaire manier aangepakt waardoor men meer kwalitatieve zorg kan aanbieden aan de patiënt/cliënt. Het is noodzakelijk dat de relevante informatie aangaande de patiënt/cliënt kan gedeeld worden tussen de verschillende zorg- en hulpverleners binnen een multidisciplinair team. Als er in functie van het hulpverleningsproces in teamverband gewerkt en beslist moet worden of wanneer patiënten/cliënten dienen te worden doorverwezen naar andere organisaties én als deze personen gebonden zijn door het beroepsgeheim, dan spreekt men van een gedeeld beroepsgeheim. Er worden wel enkele voorwaarden aan dit gedeeld beroepsgeheim gekoppeld. Ten eerste moet de cliënt hieromtrent vooraf geïnformeerd worden. Een tweede belangrijk punt is dat het enkel informatie betreft dat strikt noodzakelijk is voor het hulpverleningsproces. En ten derde moet de informatie die doorgegeven wordt in het belang zijn van de cliënt zodat hulpverleners kunnen werken naar hetzelfde doel en in een gelijkaardige context (De Pooter, 2011).

Het gezamenlijk beroepsgeheim verschilt van het gedeeld beroepsgeheim in het opzicht dat het enkel van toepassing is bij het delen van informatie tussen hulpverleners die werken in teamverband binnen eenzelfde organisatie. Ook in deze situatie dient elk lid van het team verbonden te zijn aan het beroepsgeheim waardoor deze zwiijgplicht de afzonderlijke verantwoordelijkheid blijft van elk teamlid.

154 Onderwijs Vlaanderen. (1998). Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding. Opgehaald op 31 juli 2014 van <http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=12274>

De informatie die kan worden gedeeld beperkt zich niet enkel tot het strikt noodzakelijke, maar breidt zich uit naar de informatie die een meerwaarde kan betekenen om tot het juiste inzicht te komen van de aanwezige problematiek. Alle andere voorwaarden zoals besproken bij het gedeeld beroepsgeheim gelden ook voor het gezamenlijk beroepsgeheim (De Pooter, 2011). Een voorbeeld van het gezamenlijk beroepsgeheim zijn de verpleegkundigen die op eenzelfde afdeling in het ziekenhuis werken.

Bijlage 2: Beknopte werkwijze van SNOMED CT

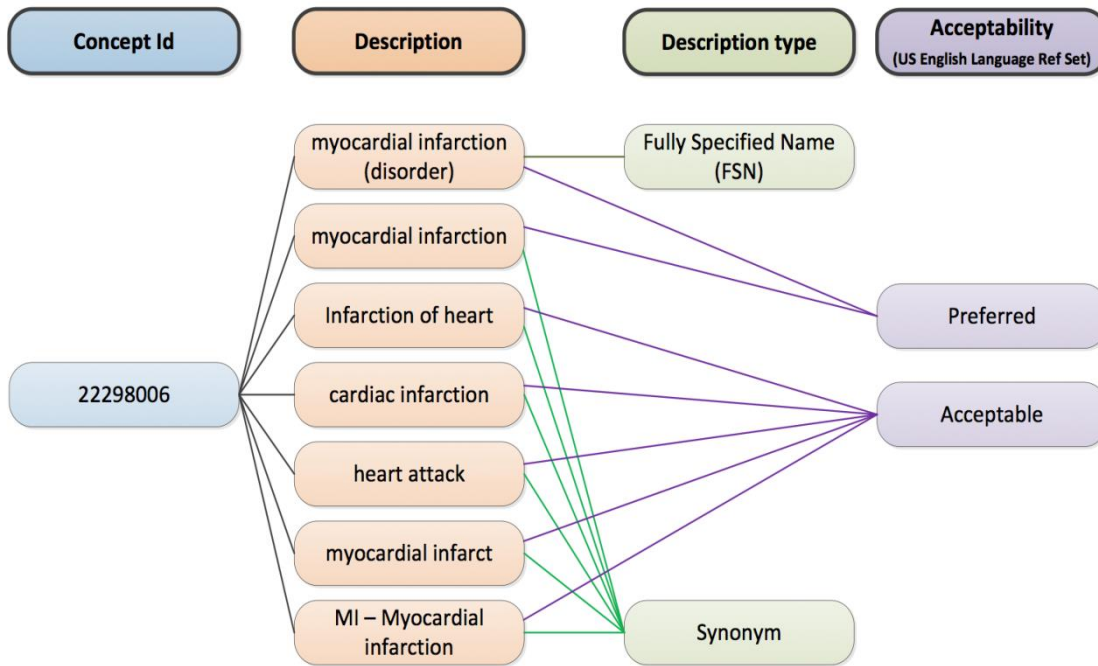


Figuur 33 Het logische model van SNOMED CT waarin het hoofdcomponenten, nl. concept, beschrijving en relatie visueel worden afgebeeld¹⁵⁵

Er zijn drie belangrijke bouwstenen die de hoofdcomponenten van SNOMED CT vormen. Een concept staat voor een klinische betekenis, waarnaar verwezen wordt met behulp van een unieke, numerieke *SNOMED CT Identifier*. Deze numerieke codes kunnen gelezen worden door software, maar hebben voor mensen geen interpreteerbare betekenis. Elk concept is gelinkt aan een aantal termen (beschrijvingen). Deze beschrijvingen geven een menselijk interpreteerbare en leesbare betekenis aan het concept. Men kan twee soorten beschrijvingen onderscheiden, de *Fully Specified Name (FSN)* en *Synonym*. De FSN is een unieke en ondubbelzinnige beschrijving van het concept en kan herkend worden door een achtervoegsel tussen haakjes dat de hiërarchie aanduidt. Dit is vooral handig wanneer men met eenzelfde algemeen gebruikte term naar verschillende concepten kan refereren, want elk concept kan maar één FSN hebben (IHTSDO, 2014). Een voorbeeld hiervan is de term 'cold', deze kan refereren naar de concepten *chronic obstructive long disease (disorder)*, *common cold (disorder)* of *cold sensation quality (qualifier value)* (Benson, 2012).

Een concept kan verschillende synoniemen hebben. Een *synonym* staat voor een term dat gebruikt wordt om een concept weer te geven of aan te duiden. Hierdoor staat SNOMED CT zijn gebruiker toe om te werken met die termen die voor hen het gemakkelijkst in omgang zijn. Elk concept heeft één term dat gemarkeerd staat als *preferred term*, dit is de term die het vaakst gebruikt wordt door klinici als zijnde de standaardweergave van het concept (IHTSDO, 2014; Benson, 2012).

¹⁵⁵ (IHTSDO, 2014).



Figuur 34 Voorbeeld van de verschillende mogelijke beschrijvingen voor één enkel concept in SNOMED CT¹⁵⁶

Tenslotte voorziet SNOMED CT de functie *relationships*. Een relatie staat voor een associatie tussen twee concepten en is een uniek en onderscheidend kenmerk van SNOMED CT ten opzichte van andere referentieterminologieën. Een relatie is leesbaar voor software onder volgende schrijfwijze:

$$|\text{Concept}| : |\text{Attribute}| = |\text{Value}|$$

De *attribute* staat voor één van de twee types relaties die men in SNOMED CT kan vormen. Een eerste type relatie is de *|is a|*-relatie waarbij het concept een subtype is van een ander concept. Deze relatievorm is directioneel en wordt het meest gebruikt in SNOMED CT. Door middel van de *|is a|*-relatie worden de hiërarchieën gevormd. Bijvoorbeeld:

$$|\text{Diabetes mellitus type 2}| : |\text{is a}| = |\text{Diabetes mellitus}|$$

Het tweede type, de attribuutrelatie, bestaat uit een attribuut dat bijdraagt aan de definiëring van het concept door het te associëren met de waarde van een omschrijvend kenmerk. Bijvoorbeeld:

$$|\text{Diabetes mellitus type 2}| : |\text{Finding site}| = |\text{Structure of endocrine system}|$$

De concepten in SNOMED CT zijn onderverdeeld in hiërarchieën. Binnen een hiërarchie variëren concepten van zeer algemeen tot zeer gedetailleerd (IHTSDO, 2014).

¹⁵⁶ (IHTSDO, 2014).

Bijlage 3: Planning van de studie

- **Najaar 2013**
 - Verzamelen literatuur en documenten: opstarten onderzoek
- **Voorjaar 2014**
 - Literatuurstudie en documentanalyse (januari-juni 2014)
 - Dataverzameling: 25 interviews en 3 focusgroepen (april-augustus 2014)
- **Najaar 2014**
 - Vertaling van literatuurstudie, documentanalyse en interviews/focusgroepen naar rapport met beleidsaanbevelingen (september-december 2014)
 - Feedback van de beleidsaanbevelingen door de stakeholders (december 2014)
 - Finaliseren van het rapport (eind december 2014).

Bijlage 4: Resultaat mailing als voorbereiding telefonische interviews

Organisatie	E-mail adres	Mail gestuurd	Antwoord
CAW - Brugge	mailto:info@cawnoordwestvlaanderen.be	OK	Frederik Van Kerschaver, 0496 82 84 71
CAW - Gent	caw-onthaal@cawsgenteeklo.be	OK	Brigitte Laceur, brigittelaceur@cawoostvlaanderen.be 09 225 00 02
CAW - Antwerpen	http://www.cawmetropool.be/Contact/online-contact-formulier.aspx	OK	Jasmien Peeters, 0486 45 49 25
CAW - Vlaams-Brabant	info@cawoostbrabant.be	OK	
CAW - Limburg	info@cawlimburg.be	OK	
Agentschap Jongerenwelzijn	info@jongerenwelzijn.be	OK	JOHAN PEETERS, 02 553 34 58
Kind en Gezin	west-vlaanderen.secretariaat@kindengezin.be	OK	enkel per mail te bereiken: oost-vlaanderen.secretariaat@kindengezin.be, t.a.v. Myriane Den Tandt
CLB - Brugge	brugge1@clbbrugge.be	OK	Contact opnemen met CLB van laatste sec. School
CLB - Gent	info@vclbgent.be	OK	Contact opnemen met CLB van laatste sec. School
CLB - Antwerpen	clb6@g-o.be	OK	Contact opnemen met CLB van laatste sec. School
CLB - Vlaams-Brabant	clb.vilvoorde-zaventem-tervuren@g-o.be	OK	Contact opnemen met CLB van laatste sec. School
CLB - Limburg	clb.hasselt@g-o.be	OK	Contact opnemen met CLB van laatste sec. School
OCMW - Brugge	info@ocmw-brugge.be	OK	Stefaan Lambrecht 050327430
OCMW - Gent	ocmwgent@ocmwgent.be	OK	Bjorn Vanhie, 09/266.99.53
OCMW - Antwerpen	info@ocmw.antwerpen.be	OK	Vraag richten aan: Klantendienst@zorgbedrijf.antwerpen.be

Bijlagen

OCMW - Vlaams-Brabant	secretariaat@ocmw-leuven.be	OK	OCMW Leuven: Jos Hellings, +32 16 24 83 15, jos.hellings@ocmw-leuven.be
OCMW - Limburg	info@ocmwhasselt.be	OK	
Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg - Brugge	frank.schillewaert@cgg.be	OK	Contact opnemen met de heer Deprycker, directeur van VAGGA - CGG in Antwerpen. Kan antwoord geven voor alle CGG's.
Woonzorglijn Vlaanderen	woonzorglijn@vlaanderen.be	OK	
Tele-Onthaal	federatie@tele-onthaal.be	OK	
Onafhankelijk mutualiteit - Sociale Dienst	socialiedienst@oz.be	OK	Sociale dienst 03/201 84 80
Socialistische Mutualiteit - Dienst Maatschappelijk Werk	ctz.wvl@socmut.be	OK	
CM - Dienst Maatschappelijk Werk	dmw.brugge@cm.be	OK	
Dienst Maatschappelijk Werk van LM	DMW@lmwvl.be	OK	Inge Ramboer, 050/89.15.28 (te bereiken: zie schema mail)
Partena mutualiteit - Dienst Maatschappelijk Werk	gent@partena-partners.be	OK	
Vlaams en Neutraal mutualiteit - Maatschappelijke dienst	sociale.dienst@vnz.be	OK	Veronique Van Moer, 03 491 86 50
Bond Zonder Naam - Sociale Dienst	socialiedienst@bzn.be	OK	Yves Bocklandt, 0486/849.349
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap - Brugge	brugge@vaph.be	OK	
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap - Gent	gent@vaph.be	OK	
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap - Antwerpen	antwerpen@vaph.be	OK	
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap - Vlaams-Brabant	leuven@vaph.be	OK	Pieter Adriaens, 02 225 86 28, pieter.adriaens@vaph.be
Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap - Limburg	hasselt@vaph.be	OK	Stevens, Jan 02 225 85 06305Arts - Diensthoofd medische cel // Molleman, Catherine 02 225 86 30701Diensthoofd studiedienst

Bijlage 5: Vragenlijst telefonische bevraging

1. Welk registratiesysteem wordt er in uw organisatie gebruikt?
2. Wordt er gebruik gemaakt van een codering of van lege velden?
3. Wordt er een digitaal systeem gebruikt (indien ja: welk softwareprogramma?) of wordt alles op papier/formulieren genoteerd?
4. Bestaat de mogelijkheid om de registratiegegevens uit te wisselen tussen collega's, regio's of met andere organisaties?
5. Kunt u mij relevante documentatie verschaffen over uw registratiesysteem?
6. Bent u bereid om mee te werken aan het project?

Bijlage 6: Lijst met geanalyseerde documenten

Centrum Algemeen Welzijn. Definitieboek WeDossier.

Centrum Algemeen Welzijn. Printscreen ambulante casus (Verkregen tijdens interview met CAW-medewerker op 22/05/2014)

Christelijke mutualiteiten. (2012). *xRM Thesaurus*.

Degraeve, L. (2013). *CLB LARS Nomenclatuurlijst en Handleiding*. Roeselare.

GiVi Group & Jongeren Welzijn. (2013). *Handleiding Insisto. Nederlandse versie*.

Handleiding BEL. (2008). Tweede bijlage bij het Ministerieel Besluit van 6 januari 2006 tot regeling van de vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen aan de hand van de BEL-profielschaal in het kader van de Vlaamse zorgverzekering.

Nederlands Jeugd Instituut. Classificatie Jeugdproblemen. Opgehaald op 9 december 2014 van <http://www.nji.nl/nl/Databanken/ClassificatieJeugdproblemen/Gebruiksaanwijzing/Systematiek.html>

OCMW Leuven. Registratiegegevens. Emailcontact met stafmedewerker, coördinatie Sociale Dienst, OCMW Leuven (3 december 2014).

Socialistische mutualiteiten. Sjabloon IMO jaarverslag DMW (geen datum beschikbaar).

Socialistische mutualiteiten. Werkinstructies module Begeleiding. (Geen datum beschikbaar).

Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. (2013). Handleiding Regas. Berchem.

Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. REGAS-CAW, het reisdagboek voor hulpverlener en cliënt. Opgevraagd op 14/10/2014 van <http://www.steunpunt.be/public/article/322>

Steunpunt Algemeen Welzijn. Presentatie Kick-off start E-dossier (19 maart 2013).

Steunpunt Jeugdhulp & Jongeren Welzijn. (2012). *Binc Handleiding*. Brussel.

VAPH. (2013a). *Griffoen 1.1.13. Handleiding*. Brussel.

VAPH. (2013b). *Handleiding Contactpersoon Web-applicatie Zorgregie, Versie 2.0*. Brussel.

VAPH. (2013c). Thuiszorgdossier model 2013.

Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. (2014). *Cookbook. Algemene Introductie tot vitalink*. Versie 4.0. Brussel.

Werkgroep SKD. (2013). *Handleiding Sociaal Klanten Dossier. In het kader van Sociale Dienstverlening*.

World Health Organization. (2002). *ICF, Internationale Classificatie van het menselijk functioneren, Nederlandse vertaling*. Bilthoven: Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre.

World Health Organization. (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Volume 2. Instruction Manual. 2010 Edition*.

Bijlage 7: Vragenlijst exploratieve fase

Bestaande registratie- en softwaresystemen

- Met welke software worden de huidige registratiesystemen geregeld? Verloopt dit vlot, of niet?
- Wordt er tegenwoordig al nagedacht over het mogelijks koppelen van verschillende systemen? Verklaar.
- Wat is de haalbaarheid op dat vlak?
- Gebeuren er al koppelingen tussen bepaalde systemen? Indien zo, tussen welke systemen (tussen sectoren, Vlaanderen vs federale kwesties)
- Gebruikt u hiervoor een unieke cliënt-identificator, een technische voorwaarde voor de koppeling van databanken, om zo de gegevens te verbinden? (Zoals het rijksregisternummer)
- Zijn er hinderpalen, software- of ICT-matig, die het linken vermoeilijken?
- Is de ontwikkeling van de terminologie server hier een meerwaarde (SNOMED CT-gebaseerd)?

ICF

- Heeft u al van ICF (*International Classification of Functioning*) gehoord?
- Ziet u binnen de huidige systemen van het CAW, OCMW of mutualiteiten een optie om ICF te koppelen?
- Ziet u binnen de systemen uit de gezondheidssector, ICPC2 en ICD-10, een optie om dit te koppelen aan ICF?

Beleid & Privacy

- Wat met het beleidsmatige aspect van dit verhaal, kunnen er via het koppelen, zo gegevens beschikbaar zijn voor onderzoek en beleid? Hoe ver staat de evolutie daar al in?
- Spelen privacy redenen van de patiënt een rol in het ontwikkelen van softwaresystemen? Hoe gaat men daarmee om?

Bestaande instituties

- Wat is de rol van eHealth in dit verhaal?
- Wat kan de rol van vitalink zijn binnen dit verhaal?

Benchmarking

- Het gebruik van internationale standaarden lijkt een voordeel gezien er zo veel reeds gedaan onderzoek voor handen is, wat bruikbaar is om opties na te gaan. Is ICF daar een optie? Is dit al besproken binnen de werkgroepen?

Bijlage 8: Powerpoint ICF-workshop



door Jens Detollenaere
en Charlotte Scheerens

**Naar een geïntegreerde registratie en
classificatie in de gezondheids- en
welzijnssector?**

Opbouw ICF - workshop

- × Voorstelling SWVG - onderzoek
- × Theoretisch kader ICF
- × Casus "Mr. Wun"
- × Workshop

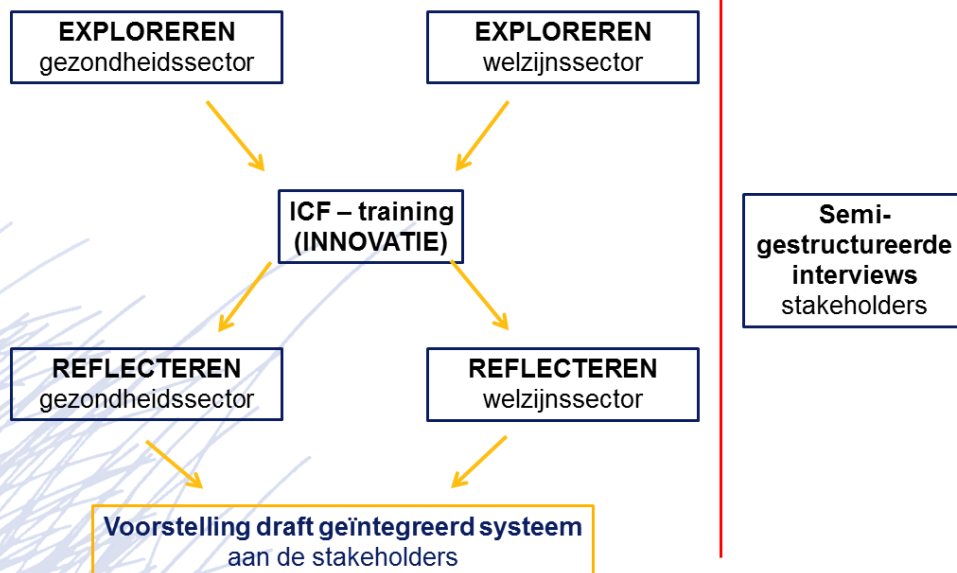
SWVG project 1A2

- × Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 - × Gefinancierd door de Vlaamse Overheid
- × Exploratief onderzoek
 - × In welke mate is een geïntegreerd classificatie - systeem wenselijk en mogelijk?

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

3

Flowchart project



Classificaties binnen gezondheidssector

- × ICD - 10: International Classification of Diseases
 - × Onderdeel van ICF (ziekte/aandoening)
- × ICPC: International Classification of Primary Care
 - × Specifieke beroepsclassificatie (huisartsen)
- × (ICF): International Classification of Functioning, Disability and Health

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

5

Classificaties binnen welzijnssector

- × Brede waaier aan systemen
 - × CAP-J, Regas, Lars, A-document, etc.
- × Elke instelling gebruikt zijn eigen systeem

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

6

Wat is een classificatie?

“Het systematisch categoriseren van objecten of concepten in groepen met gelijke kenmerken en kwaliteit.”

Voorbeelden?

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

7

Voordelen van een geïntegreerd systeem

- × Harmonisering en integratie bevordert informatie - uitwisseling
- × Continuïteit van zorg
- × Faciliteert het wederzijds verwijsproces
- × Winst in effectiviteit en efficiëntie
- × Kostenbesparend

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

8

Nood aan een geïntegreerd classificatiesysteem

- × Met gezondheids- en welzijnssector als gelijkwaardige actoren
- × Shift van probleem- naar persoonsgeoriënteerde zorg
- × Winst in effectiviteit en efficiëntie

ICF kan hier een antwoord op bieden

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

9

ICF

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

10

Waarom?

- × Gaat uit van patiënt/cliënt als individu en gaat niet uit van de hulpvraag/ziekte/gezondheidsprobleem
- × Schept een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven iemands functioneren
 - × Doel: communicatie tussen professionals verbeteren
- × Maakt gegevens in de tijd en verschillende landen, vakgebieden en sectoren met elkaar vergelijkbaar
- × Gelijkwaardigheid van de professionals

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

11

ICF

- × Los van de oorzaak van het “probleem”
- × Focus op ziekte → focus op functioneren
- × Focus op patiënt/cliënt → focus op individu

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

12

Wat is ICF nu eigenlijk?

Gestandaardiseerd begrippenapparaat voor het beschrijven van menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden.

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

13

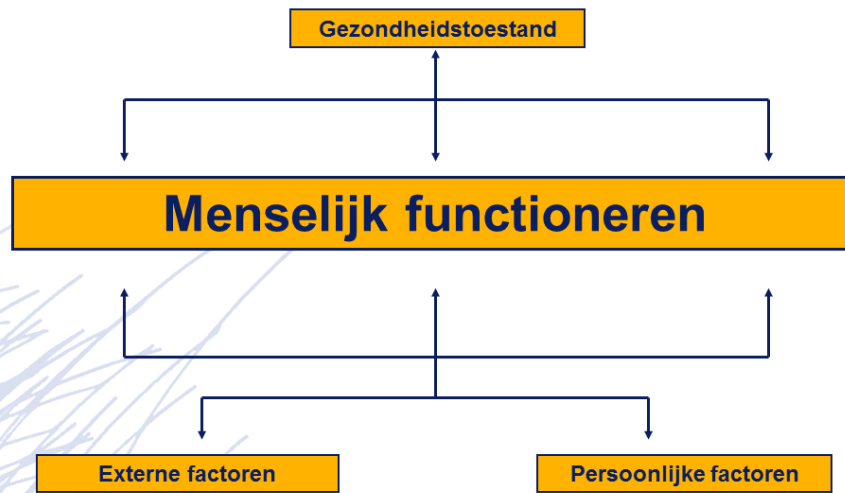
Het menselijk functioneren is het resultaat van een interactie tussen ziekte enerzijds en omgevingsfactoren en persoonlijke factoren anderzijds.

WHO (2001)

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

14

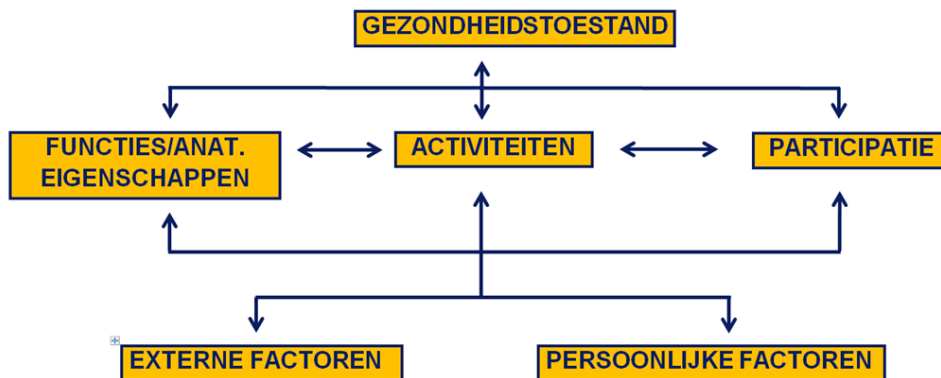
Bio - psycho - sociaal model



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

15

ICF - conceptueel schema



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

16

ICF componenten

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

17

Gezondheidstoestand

- × Ziekte - aandoening - gezondheidsprobleem
- × Maar dit kan ook andere omstandigheden inhouden zoals veroudering, stress, zwangerschap, congenitale afwijkingen of genetische voorbeschiktheid.
- × Te coderen met ICD - 10

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

18

Funcities en anatomische eigenschappen

× Funcities

- × Fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme

× Anatomische eigenschappen

- × Positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam

× Stoornissen

- × Afwijkingen in of verlies van funcities of anatomische eigenschappen

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

19

Activiteiten

× Activiteiten

- × Onderdelen van iemands handelen

× Beperkingen

- × Moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten

FUNCTIONEREN ALS PERSOON

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

20

Participatie

- × Participatie
 - × Iemands deelname aan het maatschappelijke leven
- × Participatieproblemen
 - × Problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijke leven

MAATSCHAPPELIJK FUNCTIONEREN

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector? 21

Externe factoren

- × Externe factoren
 - × Iemands fysieke en/of sociale omgeving
- × Ondersteunende of belemmerende factor

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector? 22

Persoonlijke factoren

- × Persoonlijke factoren
 - × Iemands individuele achtergrond
 - × Niet geclassificeerd in ICF
- × Ondersteunende of belemmerende factor

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

23

CASUS “Mr. Wung”

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

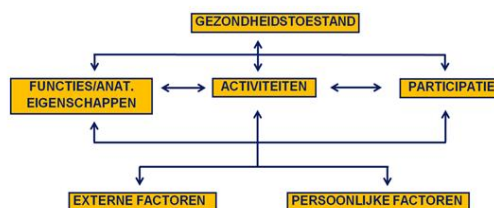
24

“Op een nacht reed ik met mijn wagen naar huis. Ik was zo moe dat ik in slaap viel achter het stuur .. ik droeg mijn veiligheidsgordel niet .. het volgende dat ik me herinner is dat ik in het ziekenhuis lig en mijn armen en benen niet kan bewegen. Ik droeg een halskraag om mijn gebroken wervel te stabiliseren. Dit is bijna 2 jaar geleden. Ik kan mijn benen en bepaalde delen van mijn hand nog steeds niet bewegen.”



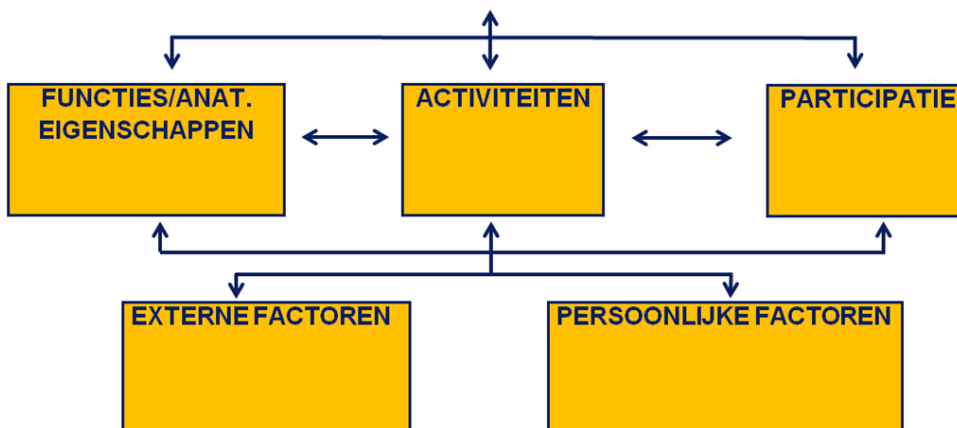
Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

TETRAPLEGIE



GEZONDHEIDSTOESTAND

Tetraplegie

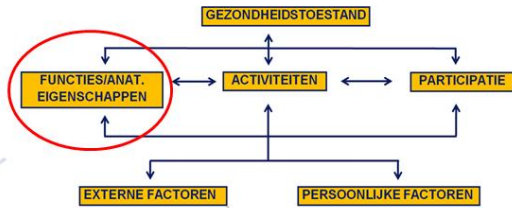


Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

Beoordeling door de kinesitherapeut ...

Kinesitherapeut:

Naast Mr. Wung's volledige immobiliteit van de onderste extremiteiten, heeft hij gedeeltelijke problemen van de spierkracht in de armen. Als gevolg van het verlies van beweging van de onderste ledematen vertoont hij stijfheid van de spieren en verminderde mobiliteit in de enkelgewrichten. Als gevolg van het verlies van spierkracht heeft hij ook problemen zijn met zijn ademhalingsfunctie.

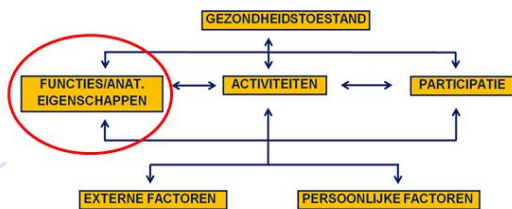


27

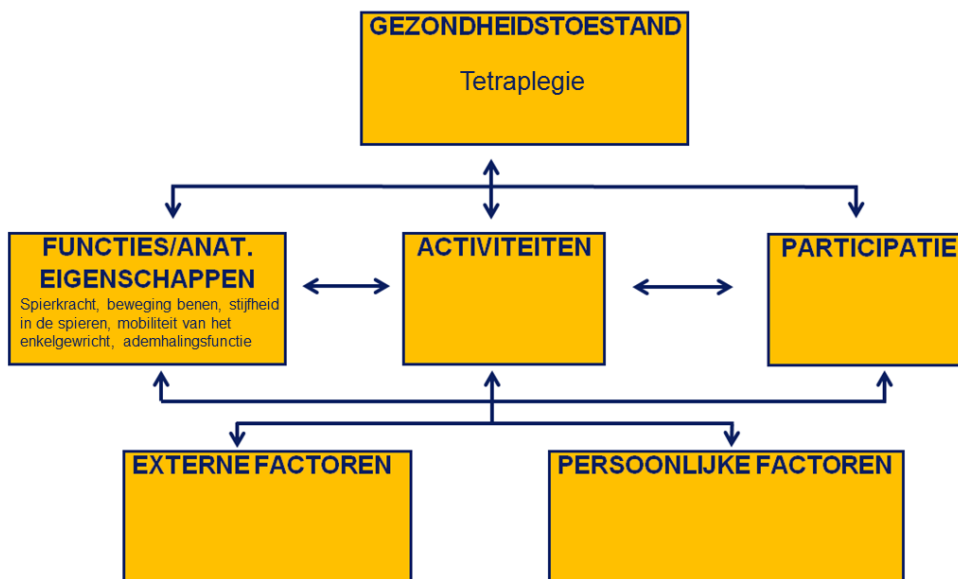
Beoordeling door de kinesitherapeut ...

Kinesitherapeut:

Naast Mr. Wun's volledige immobiliteit van de onderste extremiteiten, heeft hij gedeeltelijke problemen van de spierkracht in de armen. Als gevolg van het verlies van beweging van de onderste ledematen vertoont hij stijfheid van de spieren en verminderde mobiliteit in de enkelgewrichten. Als gevolg van het verlies van spierkracht heeft hij ook problemen zijn met zijn ademhalingsfunctie.



28

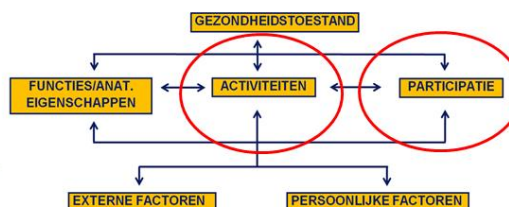


Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

29

Mr. Wung zelf aan het woord ...

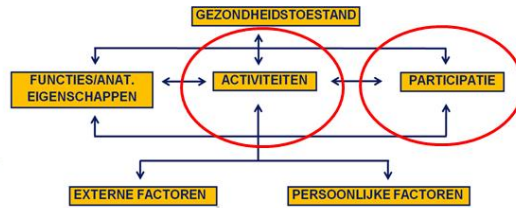
"Mijn problemen in het dagelijkse leven zijn dat ik meer tijd nodig heb om te eten en dat ik niet naar het toilet kan gaan. Blijven rechtop zitten is moeilijk. Ik moet me altijd ondersteunen. Ik kan niet zelfstandig naar buiten om vrienden te ontmoeten, maar ik kan via de telefoon en mail met hen communiceren. Ik werk met de computer en vertaal Thaise teksten naar het Engels en Nederlands."



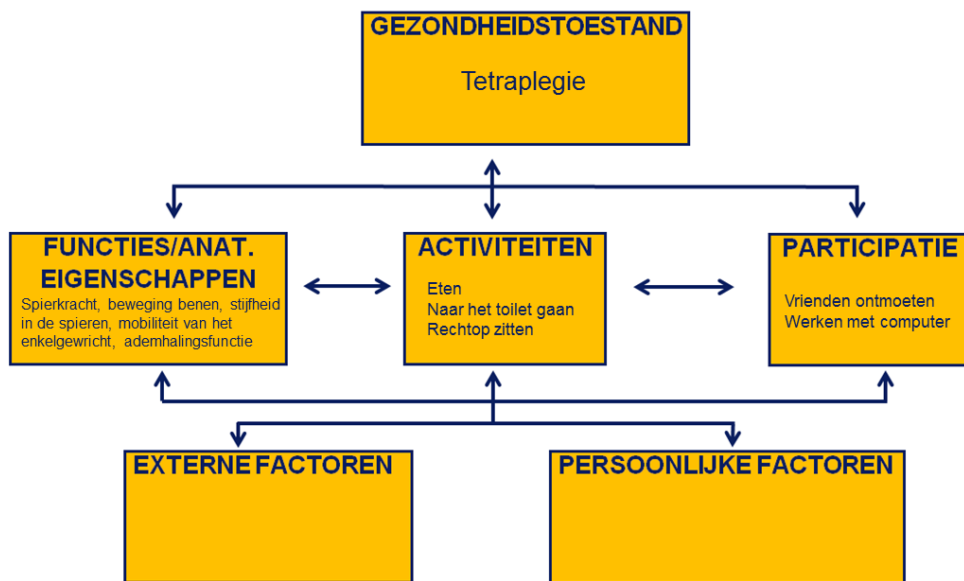
30

Mr. Wung zelf aan het woord ...

"Mijn problemen in het dagelijkse leven zijn dat ik meer tijd nodig heb om te eten en dat ik niet naar het toilet kan gaan. Blijven rechtop zitten is moeilijk. Ik moet me altijd ondersteunen. Ik kan niet zelfstandig naar buiten om vrienden te ontmoeten, maar ik kan via de telefoon en mail met hen communiceren. Ik werk met de computer en vertaal Thaise teksten naar het Engels en Nederlands."



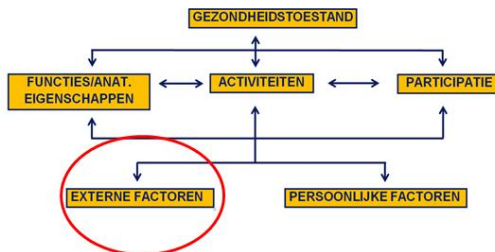
31



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

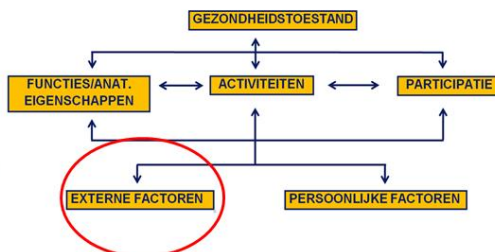
32

"Mijn rolstoel is erg zwaar, waardoor ik me niet zo goed kan voortbewegen. De meeste gebouwen zijn niet aangepast voor rolstoelen. De straten liggen vol obstakels. De steun van mijn moeder is heel belangrijk voor mij, daarbij hebben we 2 assistenten die me 24u/dag helpen. Mijn ziekteverzekering betaalt mijn ziekenhuisverblijven, dat helpt ook .."

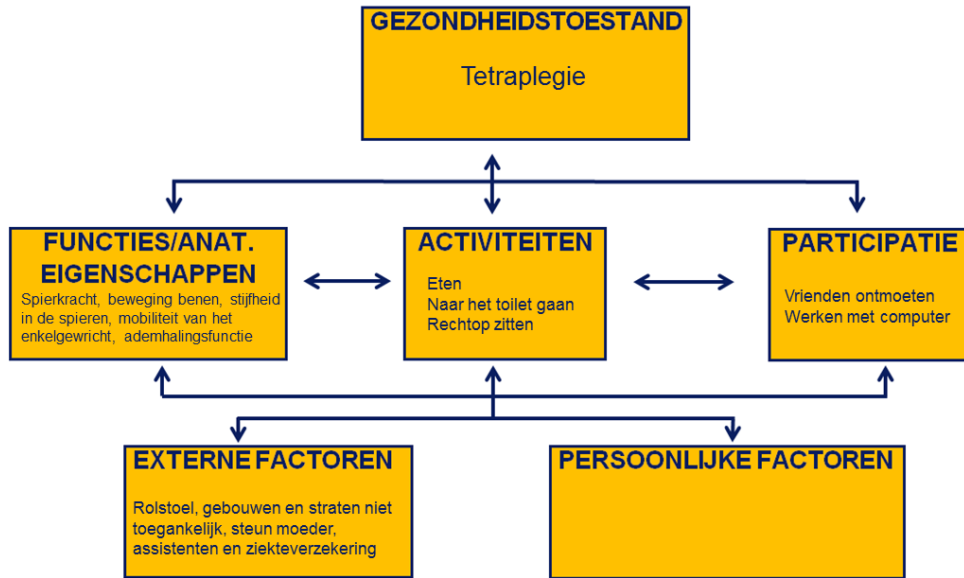


33

"Mijn rolstoel is erg zwaar, waardoor ik me niet zo goed kan voortbewegen. De meeste gebouwen zijn niet aangepast voor rolstoelen. De straten liggen vol obstakels. De steun van mijn moeder is heel belangrijk voor mij, daarbij hebben we 2 assistenten die me 24u/dag helpen. Mijn ziekteverzekering betaalt mijn ziekenhuisverblijven, dat helpt ook .."



34



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

35

De huisarts van Mr. Wung aan het woord ...

Maatschappelijk werker
revalidatiecentrum:

"Mr. Wung is een 24 jarige man met een universitair diploma als burgerlijk ingenieur. Ondanks de ernst van zijn aandoening, is hij erg gemotiveerd om zijn situatie te verbeteren."



36

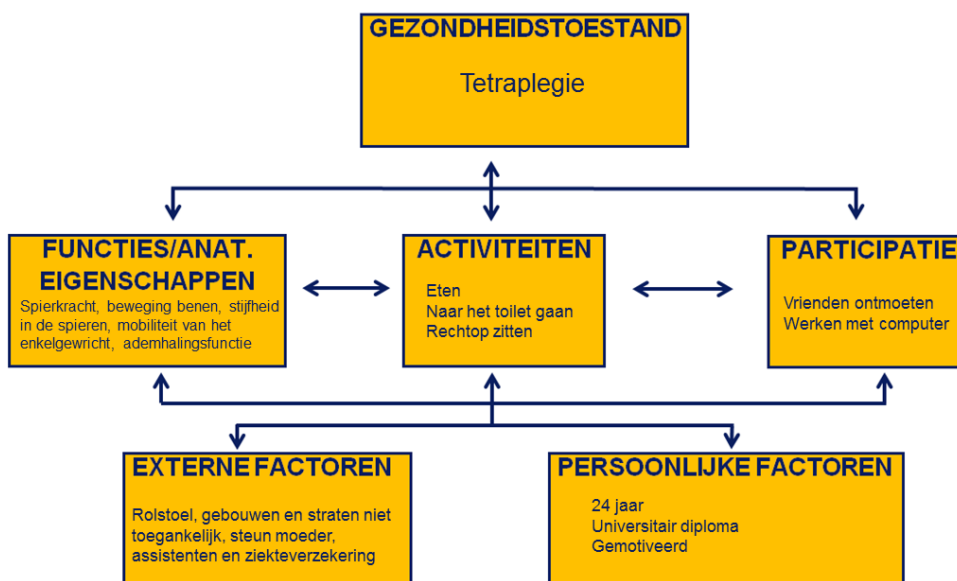
De huisarts van Mr. Wung aan het woord ...

Huisarts:

"Mr. Wung is een 24 jarige man met een universitair diploma als burgerlijk ingenieur. Ondanks de ernst van zijn aandoening, is hij erg gemotiveerd om zijn situatie te verbeteren."



37



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

38

Iemand's functioneren wordt bepaald door ...

- × De persoon zijn gezondheidstoestand;
- × De beschikbare middelen van die persoon (zoals persoonlijke als economische middelen);
- × De omgeving waarin de persoon leeft.

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector? 39

Dus de functionele toestand kan verschillen ...

- × Tussen mensen met dezelfde aandoening
 - × Mensen met dezelfde aandoening kunnen verschillend functioneren op niveau van de verschillende componenten
- × Voor hetzelfde individu over verloop van tijd, zelfs wanneer de onderliggende aandoening ongewijzigd blijft
 - × De manier waarop een persoon zijn eigen functioneren ervaart en het niveau van functioneren kan variëren over de tijd ook wanneer de aandoening ongewijzigd blijft

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector? 40

Toepassingsmogelijkheden

- × ICF is bruikbaar voor meerdere doeleinden ...
- × ICF is bruikbaar op meerdere levels ...
- × ICF is bruikbaar in meerdere sectoren ...
- × ICF is bruikbaar in meerdere landen ...

UNIVERSEEL TOEPASBAAR

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

41

ICF bruikbaar op meerdere levels ...



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

42

CASUS “Ezra”

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

43

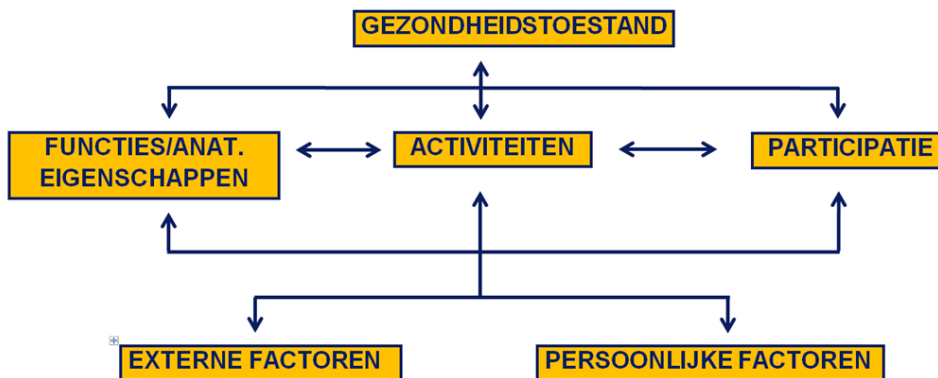
Casus “Ezra”

Ezra is een 16 jarig oud meisje dat met haar moeder in een klein dorpje woont. Ezra is geboren in België maar haar moeder is van Turkse origine, ze wordt alleen opgevoed door haar moeder. Vroeger had ze een ernstige vorm van astma die nu wat genormaliseerd is. Ezra heeft echter nog altijd moeite om langdurige lichamelijke oefeningen te verrichten. Verder is ze vorig jaar bevallen van een dochtertje Elif. De vader van Elif heeft de relatie verbroken wanneer zij zwanger werd en sindsdien hebben ze geen contact meer met elkaar gehad. Momenteel zit ze in het vierde jaar van de middelbare school. Ze is vaak niet aanwezig op school aangezien ze geregeld geen opvang voor haar dochtertje heeft. Haar moeder kan dit niet altijd op haar nemen omdat ze lange shiften in de dichtstbijzijnde fabriek werkt om in het levensonderhoud van haar dochter en kleindochter te voorzien. Haar schoolresultaten lijden onder deze veelvuldige afwezigheid op school. Ze komt verder en verder achter te liggen in vergelijking met haar leeftijdsgenoten. Haar titularis liet op het oudercontact al vallen dat de kans erin zit dat ze een C-attest krijgt en het vierde jaar opnieuw moet doen.

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

44

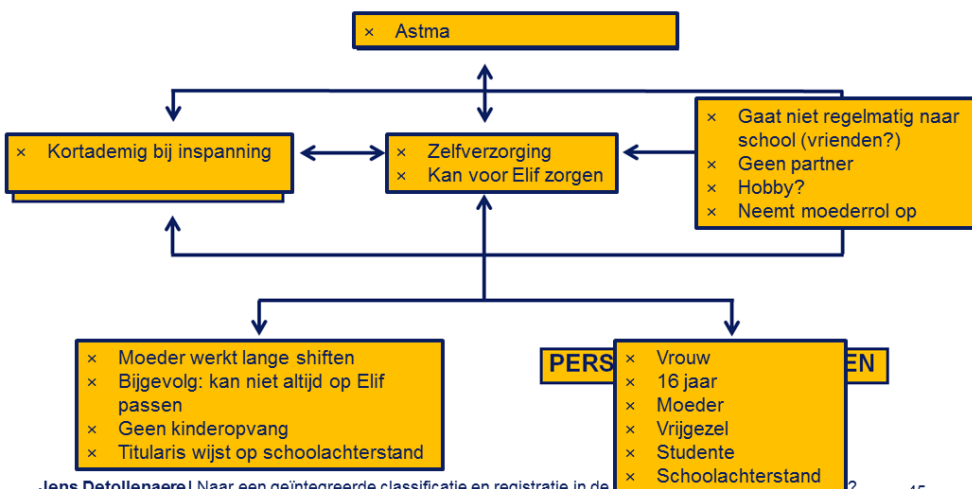
Casus "Ezra"



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

45

Casus "Ezra"



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de

45

CASUS “Briek”

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

46

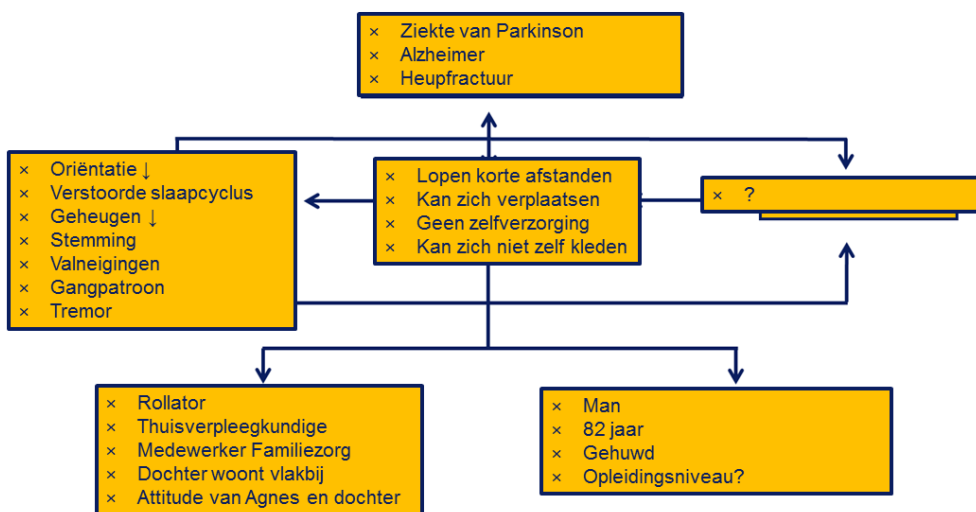
Casus “Briek”

Briek is een 82 jarige man die met zijn vrouw Agnes (80 jaar) nog samen thuis woont. Tien jaar geleden werd hij door een neuroloog gediagnosticeerd met de ziekte van Parkinson, waardoor hij minder goed te been werd. Vandaag beweegt hij zich voort met een rollator. Tot een jaar geleden verliep de thuissituatie zeer vlot. Zijn vrouw waste haar man elke ochtend, een medewerkster van Familiezorg komt enkele malen per week om Agnes te helpen in het huishouden en een thuisverpleegkundige kwam één maal per week langs om Briek een bad te geven. Verder woont de dochter van Agnes en Briek in het huis naast dat van hun, waardoor ze makkelijk hulp kunnen invoeren. Echter sinds een jaar lijdt Briek aan Alzheimer waardoor de situatie thuis bemoeilijkt wordt. Briek is vaak zeer weerspannig en agressief ten opzichte van zijn vrouw, 's nachts loopt hij vaak door het huis te dwalen waardoor hij overdag vaak moe en lusteloos is. De huisarts stelde voor om de verzorging volledig over te laten nemen door de thuisverpleegkundige. Doordat deze niet fulltime aanwezig kan zijn bij het koppel moet Agnes Briek nog vaak helpen (bijvoorbeeld bij het toiletbezoek). Vorige week is Briek 's nachts gevallen waardoor hij zijn heup gebroken heeft. De orthopedist plaatste een nieuwe heupprothese. Agnes en de dochter vragen zich af of het nog haalbaar is dat Briek na zijn verblijf in het ziekenhuis terug naar huis komt en niet beter opgenomen wordt in een rust- en verzorgingstehuis.

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

47

Casus “Briek”



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

48

CASUS “Arne”

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

49

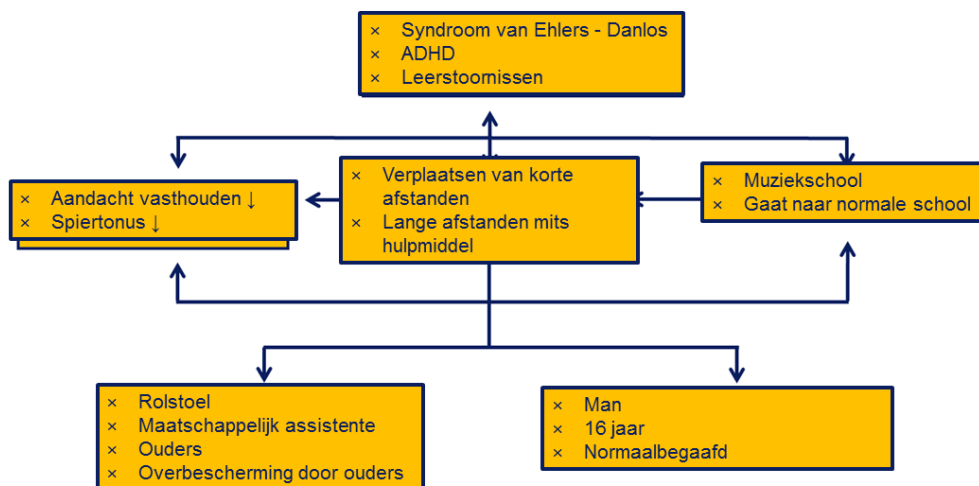
Casus “Arne”

Arne is een 16 jarige jongen met het syndroom van Ehlers-Danlos (erfelijke aandoening waardoor dat het bindweefsel ongewoon rekbaar is). Door deze aandoening heeft hij een zwakke houdingstonus en heeft hij problemen met langdurig rechtstaan en langdurige of herhaalde fysieke inspanningen. Hij kan zich wel voor korte afstanden verplaatsen, voor langere afstanden maakt hij gebruik van een rolstoel. Verder is Arne ook nog gediagnosticeerd met ADHD en leerstoornissen, waardoor hij problemen heeft met plannen en studeren. Hij is normaalbegaafd en volgt gewoon onderwijs en muziekschool. De ouders van Arne zijn bekommerd maar hebben de neiging hun zoon wat te over beschermen. Aan de maatschappelijke assistente vragen ze of het niet opportuun is hun woning uitgebreid aan te passen om te anticiperen op het toekomstig rolstoelgebruik binnenshuis.

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

50

Casus “Arne”



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

51

CASUS “Agneta”

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

52

Casus “Agneta”

Roman (4 jaar) en zijn zusje Agneta (8 jaar) wonen na het vertrek van hun vader alleen met hun mama (23 jaar). Deze zomer werd Agneta opgenomen in het universitair ziekenhuis met zware brandwonden ter hoogte van de romp. De omstandigheden van het ongeval thuis toen blijven tot op de dag van vandaag onduidelijk. De artsen van het universitair ziekenhuis signaleerden het kwetsbare gezin toen al bij het vertrouwenscentrum kindermishandeling omwille van het vermoeden van een onveilige thuissituatie en verwaarlozing. De zorgen voor de brandwonden (die 23/24 uur per dag een drukpak vergen en dagelijks ingesmeerd moeten worden met een speciale crème) verlopen erg moeilijk. De therapeutrouw is erg laag. Mama en Agneta dagen niet op voor hun afspraken bij de verpleegkundigen van het gezondheidscentrum en zij geven meestal ook niet thuis wanneer er door het hulpverleningsteam huisbezoeken gebeuren. Mama consulteert zelden of nooit de huisarts, niet voor zichzelf en ook niet voor haar kinderen. Omdat ook in het universitair Ziekenhuis de opvolging gestaakt leek werd het vertrouwenscentrum opnieuw op de hoogte gesteld van de moeilijke situatie. Er is bovendien ook heel veel schoolverzuim bij beide kinderen. Vanuit de school wordt er een duidelijke achterstand gesignaleerd bij zowel Roman als Agneta. Zij vertonen beide nog duidelijke problemen qua zindelijkheid, met herhaaldelijk ongelukjes in de klas. De taal spreken zij slechts in beperkte mate. Roman zit momenteel nog op zijn niveau in de tweede kleuterklas al loopt dit niet altijd even makkelijk. Agneta heeft ondertussen een grote achterstand opgelopen. Zij zou in principe in het derde leerjaar moeten zitten maar haalt momenteel met moeite het niveau van het eerste leerjaar. Zij kan niet lezen. Het vormen van letters lukt enkel indien ze deze kan kopiëren maar zelfstandig een woord vormen lukt helemaal niet. In de turnlessen doen zowel Roman als Agneta het behoorlijk. In de omgang met andere kinderen, leerkrachten en hulpverleners gedragen zij zich vriendelijk en opvallend open in contact. Er is een maatschappelijk werker van het OCMW betrokken die, mits veel moeite, af en toe contact heeft met de mama. De mama heeft geen officieel inkomen en leeft momenteel enkel van een OCMW uitkering. Zij woont met haar kinderen meestal in bij de oma, maar de verblijfplaats van het gezin is erg wisselend en wordt vaak gestuurd door de partnerkeuze van mama. Mama vermeldt financiële problemen. Zo is zij naar eigen zeggen niet in staat om de dure zalf te kopen voor de brandwonden van Agneta.

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

53

Casus “Agneta”



Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

54

Contactgegevens

× Onderzoeker SWVG - project (1A2): Charlotte Scheerens *

Charlotte.Scheerens@UGent.be

× ICF - trainer: Jens Detollenaere *

Jens.Detollenaere@UGent.be

* Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ Gent, 6K3

De Pintelaan 185

B9000 GENT

Jens Detollenaere | Naar een geïntegreerde classificatie en registratie in de gezondheids- en welzijnssector?

55

Bijlage 9: Vragenlijst reflectieve fase

Openingsvraag

- Hoe is de ICF-training tijdens de vorige sessie verlopen?

Inleidingsvragen

- Wat vonden jullie nuttig of onnuttig aan de ICF- sessie?
- Staan jullie positief of eerder negatief om rond ICF verder te werken?
- Hoe verliep het samenwerken met mensen uit de andere sector?

Transitievragen

- We bespreken nu de verschillende aspecten van ICF. Wat denken jullie over:
 - o Identificeren van doelen van de individu?
 - o Belang van activiteiten en participatie op te nemen?
 - o Belang externe factoren opnemen in registratie?
 - o Belang persoonlijke factoren opnemen in de registratie?
- Lukt het om de informatie in de juiste groep te plaatsen?
- Patiënt/cliënt vs individu, hoe zien jullie het?

Sleutelvragen

- Op welke manier zou ICF de sector tot voordeel kunnen zijn binnen jullie werk? Som enkele redenen hiervan op
- Op welke manier lijkt ICF niet bruikbaar voor de sector?
- Kan dit systeem in zijn geheel geïmplementeerd worden binnen uw sector of niet?
- Werkbelasting? Zien jullie de relevantie ervan in om extra werk hierin te steken?
- De uitwisseling van gegevens via ICF, een goede zaak voor de sector?

- Zien jullie een mogelijkheid om ICF te integreren met het bestaand systeem dat u nu gebruikt?
- Wat met de software rond ICF en andere systemen. Wat zijn de vereisten voor jullie op dat vlak?

- Hoe zie je de toepassing van ICF en de rol van de patiënt/cliënt binnen het registreren van zijn/haar gegevens?
- Hoe reageert de patiënt/cliënt hierop volgens jullie?
- Hoe staan jullie tegenover het gevaar van 'labelen' van patiënten/cliënten?
- Hoe zie je het privacy-beleid ter toepassing op dit gegeven?

- ICF kan veel bruikbare informatie opleveren voor het beleid, wat vinden jullie hiervan? Goed/slecht?

Besluitende vraag

- Zien jullie alternatieven/aanpassingen op dit systeem om toe te passen?

Bijlage 10: Respondenten semigestructureerde interviews regio Gent/Brussel

Gezondheidssector (exploratieve fase):

<u>Nr.</u>	<u>Functie</u>	<u>Instelling / Praktijk</u>
1	Huisarts	WGC Rabot
2	Huisarts	UGC Nieuw Gent
3	Huisarts	WGC Watersportbaan
4	Huisarts	WGC Brugsepoort
5	Huisarts	WGC Medikuregem
6	Huisarts	Solopraktijk Wondelgem
7	Huisarts	WGC Kapellenberg

Welzijnssector (exploratieve fase):

<u>Nr.</u>	<u>Functie</u>	<u>Instelling / Praktijk</u>
1	Maatschappelijk werker	Bond Moyson Gent
2	Maatschappelijk werker	Liberale Mutualiteit Oost-Vlaanderen
3	Kwaliteitscoördinator E-dossierverantwoordelijke	CAW Oost-Vlaanderen vzw, Regio Gent-Eeklo
4	Maatschappelijk werker	CM Midden-Vlaanderen

Bijlage 11: Respondenten gemengde focusgroepen

Respondenten eerste focusgroep Antwerpen (exploratieve fase):

<u>Nr.</u>	<u>Functie</u>	<u>Instelling / Praktijk</u>
1	Sociaal verpleegkundige	WCG De Regent
2	Hoofd maatschappelijk werker	OCMW Antwerpen De Wilg
3	Maatschappelijk werker	CM
4	Sociale assistente	Dokters van de wereld
5	Maatschappelijk werkster	Woonbegeleiding Noord, CAW Antwerpen
6	Zorgtrajectpromotor	LMN Havac
7	Hoofdcoördinator	SEL Amberes
8	Stafmedewerker	Coördinatie sociaal steunpunten gezondheid - OCMW Antwerpen
9	Sociaal verpleegkundige	Sociaal steunpunt gezondheid - OCMW Antwerpen
10	Hoofd maatschappelijk werker	Sociaal centrum Luchtbal - OCMW Antwerpen

Respondenten tweede focusgroep Antwerpen (innovatieve en reflectieve fase):

<u>Nr.</u>	<u>Functie</u>	<u>Instelling / Praktijk</u>
1	Maatschappelijk werkster	Woonbegeleiding Noord, CAW Antwerpen
2	Maatschappelijk werker/groepswerker	Departement Gezondheid, Wonen, Welzijn en Senioren (Gezondheid) – OCMW
3	Maatschappelijk werker	Departement Gezondheid, Wonen, Welzijn en Senioren - OCMW
4	Consulent coördinator SSG	Departement Gezondheid, Wonen, Welzijn en Senioren (Gezondheid) - OCMW
5	Sociaal verpleegkundige	Sociaal steunpunt gezondheid - OCMW Antwerpen
6	Maatschappelijk werker	Departement Maatschappelijke Integratie - Sociaal Centrum Luchtbal - OCMW Antwerpen

Respondenten focusgroep Gent/Brussel (innovatieve en reflectieve fase)

<u>Nr.</u>	<u>Functie</u>	<u>Instelling / Praktijk</u>
1	Huisarts	WGC Rabot
2	Huisarts	UGC Nieuw Gent
3	Huisarts	WGC Watersportbaan
4	Huisarts	WGC Brugsepoort
5	Huisarts	WGC Medikuregem
6	Maatschappelijk werker	Bond Moyson Oost-Vlaanderen
7	Maatschappelijk werker	Liberale Mutualiteit Oost-Vlaanderen
8	Kwaliteitscoördinator E-dossierverantwoordelijke	CAW Oost-Vlaanderen vzw, Regio Gent-Eeklo
9	Maatschappelijk werker	CM Midden-Vlaanderen

Bijlage 12: Vragenlijst diepte-interview stakeholders

Openingsvraag

Welkom op dit focusgesprek rond registratiesystemen binnen de gezondheidssector en de welzijnssector. Vandaag is het de bedoeling om na te gaan hoe jullie tegen over dit onderwerp staan, en wat de huidige situatie binnen uw sector is. Teven kijken we naar de mogelijkheden voor de toekomst. We zullen dit gedurende een uur bespreken. Heeft iemand nog vragen tot nu over inhoudelijke of praktische zaken?

Inleidingsvragen

- Wat is dat voor u, het registreren van zorggebruikers?
- Registeren kan op verschillende niveaus: micro: als informatie voor jezelf/ meso: als communicatiemiddel met andere actoren uit verschillende zorgsectoren/ macro: als input voor beleid en onderzoek. Kan je je antwoord van daarnet, situeren binnen één van deze niveaus?
 - o Vinden jullie registeren nuttig of niet, en waarom?
 - o Zien jullie registratie als een taak voor jullie werk of niet?

Transitievragen

REGISTREREN

- Beantwoord volgende vragen kort op microniveau:
 - o Hoe worden zorggebruikers geregistreerd?
 - o Werken jullie met papieren of elektronische registratie? Voor- en nadelen?
 - o Wanneer registreren jullie?
 - o Verloopt het registreren vlot, of kunnen er dingen aan veranderd worden?
- Zijn er elementen die u registreert op meso- en macroniveau?
(bv. Verwijsbrief, automatisch gegevens in dossier ingeven...?)

CLASSIFICEREN

- Hoe classificeer je de geregistreerde gegevens van zorggebruikers?
- Wat zijn de hoofdelementen binnen de structuur van de classificatie? (sociale problemen, gezondheidsproblemen, andere)
- Vindt u dit een goede classificatie? Wat kan er beter of anders?
- Vindt u dit nuttig? Waarvoor?

INTERSECTORALE ZORGGEBRUIKERS

- Komen jullie vaak in aanraking met intersectorale zorggebruikers, dat zijn patiënten/cliënten die zorg nodig hebben in de gezondheids- en welzijnssector?
- Hebben jullie hiervoor contact met zorgverleners van de andere sector?
- Hoe verloopt de communicatie met de andere sectoren? Kan dit anders of niet? (standaardformulier, telefonisch, via de post, niets..)

Sleutelvragen

GEGEVENSUITWISSELING/INTEGRATIE

- Hoe staan jullie tegenover gegevensuitwisseling binnen de gezondheidssector en de welzijnssector?
- Denk je dat dit meer gestructureerd kan verlopen? In welke zin?
- Wat zijn de voordelen van een geïntegreerd systeem voor jullie?
- Wat zijn de mogelijke hinderpalen om een geïntegreerd systeem toe te passen?
- Kunt u een voorbeeld geven in welke concrete situatie u dit kan toepassen? (administratief, zorgniveau, efficiëntie, vertrouwelijk dossier)

ICF

- Heeft u al van ICF (*International Classification of Functioning*) gehoord?

ICF zorgt voor de registratie en classificatie van zorggebruikers, via codering, en dit binnen een functioneel schema. Zowel de gezondheids- als de welzijnssector zouden in dit schema kunnen coderen. Het idee luidt dat op die manier consistente en complete informatie over de zorggebruiker vrijkomt, die bruikbaar kan zijn voor beleid en onderzoek, en de communicatie en gegevensuitwisseling tussen de gezondheids- en welzijnssector verbetert. De bedoeling is dat de organisaties in hun eigen systemen kunnen blijven coderen, maar dat elk patiëntendossier via software gelinkt kan worden om binnen het ICF-schema te passen. Is dit een mogelijkheid volgens u, praktisch gezien?

- ICF focust op doelgericht werken in plaats van probleemgericht werken. Wat is uw visie daarop? Gebruikt u deze methode reeds binnen uw organisatie?
- Ziet u een mogelijkheid om ICF, een classificatiesysteem dat zowel in de sectoren gezondheid als welzijn kan gebruikt worden, te integreren met het bestaand systeem dat u nu gebruikt? Op welke manier zou dit lukken?

BELEIDSMATIGE COMPONENT

- Gegevensdeling kan ook bruikbare informatie voor beleid en onderzoek vormen. Wat vinden jullie hiervan?
- De privacy van de zorggebruiker, kan het behoud ervan samengaan met het delen van gegevens of niet? Waarom?
- Is er een actieve rol voor de zorggebruiker in dit proces, op meso-/macroniveau?
- Wat met de software rond classificatiesystemen. Wat zijn de vereisten voor u op dat vlak?

Besluitende vraag

- Hebben jullie zelf voorstellen om de gegevensdeling (op meso- en macro-) in de praktijk toe te passen

Bijlage 13: Stakeholders diepte-interviews

Nr.	Instelling	Naam	Functie
1	Centrum Algemeen Welzijn	Anita Cautaers	Directeur Federatie Sociale Ondernemingen vzw
2	OCMW Gent	David De Keukelaere	Diensthofd OCMW Gent, verantwoordelijk voor gezondheidszorg
3	OCMW Antwerpen	Marijke Cassiers	Kwaliteitscoördinator OCMW Antwerpen dep. Maatschappelijke Integratie en Ontplooiing
4	VAPH	Greet Callens	Projectleider Conceptontwikkeling*
5	Liberaal Mutualiteit	Jan De Clercq	Afdelingshoofd Oost-Vlaanderen
6	Christelijke mutualiteit	Els Desmet	Domeinverantwoordelijke VAPH, CM Midden-Vlaanderen
7	Bond Moyson Oost-Vlaanderen	Hilde Roosen	Teamcoördinator Dienst Maatschappelijk Werk
8	Socialistische mutualiteiten (hoofdkantoor Brussel)	Nicolas De Vos	Stafmedewerker Dienst Maatschappelijk Werk
9	Socialistische mutualiteiten (hoofdkantoor Brussel)	Bettina Schelfhout	IT diensthoofd Gezondheid & Welzijn
10	Revalidatiecentrum UZ Gent	Katrien Vermeulen	Psycholoog
11	Revalidatiecentrum UZ Gent	Gert Lambrecht	Hoofdkinesitherapeut
12	eHealth	Benny Van Bruwaene	Coördinator*
13	VUB	Marc Nyssen	Professor medische informatica
14	Domus Medica	Dr. Herwig Van Pottelberghe	Expert medische informatica
15	UGent	Diego Schrans	Praktijkassistent Universiteit Gent, vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
16	KU Leuven	Jan De Lepeleire	Medisch directeur Universitair Psychiatrisch Centrum – Campus Kortenberg
17	KU Leuven	Anja Declercq	Projectleiding LUCAS (interdisciplinair kenniscentrum voor zorg en welzijn)
18	VDAB	Leen Heyvaert	Expert methodieken en instrumenten
19	CLB GO!	Inge van Trimont	Directeur Permanente Ondersteuningscel CLB

*Bevinden zich tot op heden niet meer in deze functie.

Bijlage 14: Indiceringsinstrument VDAB

ICF Categorie + Operationele definitie	Gedragsindicatoren	Sterkte, Geen probleem, Licht probleem, Ernstig probleem
[1] Functies		
<p>1. Inschikkelijkheid</p> <p>Operationele definitie: is vriendelijk, behulpzaam, kan goed samenwerken.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - overlegt met anderen - houdt rekening met de voorstellen die anderen doen - kan een taak samen met iemand uitvoeren - aanvaardt regels en opdrachten - stelt zich vriendelijk en behulpzaam op - werkt constructief mee aan een opdracht 	
<p>2. Nauwgezetheid</p> <p>Operationele definitie: heeft oog voor detail, werkt zorgvuldig, maakt zelden fouten en levert graag goed werk af.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controleert het eigen werk op fouten en stuurt bij indien nodig - houdt zich aan de afgesproken norm en verwachting wat betreft detail en afwerking - werkt volgens de gegeven instructies - levert kwaliteitsvol werk af, volgens de afgesproken norm en verwachting 	
<p>3. Psychische stabiliteit</p> <p>Operationele definitie: is van nature uit evenwichtig, staat met beide voeten op de grond, stabiel en kan om met moeilijke situaties. In tegenstelling tot labiel, angstig, wispelturig en lichtgeraakt.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatieveert - Verwerkt tegenslagen adequaat (is niet snel van slag) - Zet zich over vervelende dingen heen - is voldoende gelijkmoedig en zelden te zenuwachtig om een taak goed uit te voeren 	
<p>4. Vertrouwen</p> <p>Operationele definitie: zelfzeker in de omgang met anderen, heeft zelfvertrouwen, kan zijn eigen standpunten handhaven als dat nodig is en vertrouwt op eigen mogelijkheden. In tegenstelling tot onzeker en verlegen.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - durft initiatief nemen bij het werk - toont zelfverzekerdheid bij de aanpak van problemen - komt op voor de eigen mening op een assertieve wijze - toont overtuiging in eigen kunnen - durft problemen aan te kaarten en te bespreken 	
<p>5. Betrouwbaarheid</p> <p>Operationele definitie: de mate waarin iemand eerlijk, geloofwaardig en integer is. de mate waarin iemand zijn beloftes en afspraken nakomt. In tegenstelling tot iemand die oneerlijk is en geen rekening houdt met zijn omgeving.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - houdt zich aan regels, gemaakte afspraken en beloftes - houdt vertrouwelijk meegedeelde informatie voor zichzelf - verwittigt tijdig bij afwezigheid of ziekte - geeft eigen fouten/vergissingen toe 	

<p>6. Motivatie</p> <p>Operationele definitie: de mate waarin iemand iets (een zeker doel) probeert te bereiken of een bepaalde prestatie wil leveren of een bepaalde behoefte wil vervullen.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - toont bereidheid en enthousiasme om zich in te zetten - wil vooruitgang maken - levert inspanningen om de taak zo goed mogelijk te doen - voert soms extra activiteiten uit die niet strikt noodzakelijk zijn voor de taak - heeft plezier in de taakuitvoering en gaat op in zijn/haar werk 	
<p>7. Hunkering</p> <p>Operationele definitie: fysieke en psychische afhankelijkheid (alcohol, drugs, nicotine, gokken, ...).</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - functioneert zonder een verhoogde drang naar middelen of verslavende activiteiten - gebruikt middelen met gezond verstand - bespreekt en evalueert het eigen middelengebruik kritisch - ziet de schadelijke gevolgen van verslaving in - houdt zich aan regels m.b.t. het gebruik 	
<p>8. Driftbeheersing</p> <p>Operationele definitie: de mate waarin iemand doelbewust zijn impulsen onder controle kan houden.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - werkt gedisciplineerd door, ook al doet de persoon een bepaald soort werk niet graag - krijgt opkomende hevige emoties onder controle - laat na om kwetsende taal te gebruiken - neemt beslissingen na nadenken en niet plots en onbeheerst - stelt bevrediging van behoeften uit waar de werkcontext dit vereist - gebruikt geen fysiek of verbaal geweld 	
<p>9. Aandacht</p> <p>Operationele definitie: richt zich op een taak gedurende een vereiste periode. Kan aandacht volhouden. Verdeelt de aandacht. De aandacht wordt verplaatst zonder afleiding.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Richt zich geconcentreerd op een taak gedurende de vereiste periode - verdeelt aandacht over de verschillende taakelementen van de opdracht - wisselt focus van aandacht indien nodig - werkt verder bij afleidende prikkels of storende invloeden - behoudt een doorsnee alertheid voor signalen uit de directe en indirecte werkomgeving bij monotone en repetitieve taken 	
<p>10. Tijdmanagement</p> <p>Operationele definitie: het ordenen van gebeurtenissen in een chronologische volgorde. Het toewijzen van een bepaalde hoeveelheid tijd aan gebeurtenissen en activiteiten.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gebruikt de beschikbare tijd efficiënt - heeft controle over hoeveel tijd besteed wordt aan activiteiten i.f.v. een vlotte en productieve werkuitvoering - schat in hoe lang een activiteit duurt - ordent taken/opdrachten/gebeurtenissen - heeft goed tijdsbesef m.b.t. aanvang en einde van het werk en de werkplanning (dag- en weekplanning) - kan eigen levensgeschiedenis reconstrueren 	

<p>11. Cognitieve flexibiliteit</p> <p>Operationele definitie: aanpassen aan veranderende of nieuwe situaties.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - past zich vlot aan aan nieuwe situaties - kan goed overweg met overgangssituaties (nieuwe collega, nieuwe werkpost, nieuwe leidinggevende...) - reageert gepast op onverwachte gebeurtenissen - behoudt het overzicht na een wijziging in de werksituatie - neemt tijd voor onbekende, nieuwe informatie 	
<p>12. Inzicht</p> <p>Operationele definitie: kent zichzelf, sterke en zwakke punten, kan zichzelf in vraag stellen, toetst op gepaste wijze eigen gedrag af bij anderen.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denkt na over eigen gedrag en spreekt er met anderen over - staat open voor feedback over eigen gedrag/kritiek - stelt zichzelf in vraag, is zelfkritisch - heeft een correct beeld van eigen kwaliteiten (overschat of onderschat zichzelf niet) - maakt een correct inschatting van wat hij/zij aankan en weet er mee om te gaan 	
<p>13. Algemeen fysiek uithoudingsvermogen</p> <p>Operationele definitie: de eigenschap om een fysieke inspanning te verwerken of de wijze van omgaan en reageren op een fysieke inspanning. De mate van weerstand tegen vermoeidheid. De mate van uithoudingsvermogen.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kan langdurig fysieke inspanningen leveren - brengt een fysieke opdracht tot een goed einde binnen een voltijds werkregime (38u/week) - wisselt van taak zonder dat er enig fysiek nadeel ondervonden wordt - heeft buiten de gewone pauzes geen extra recuperatie nodig na normale fysieke inspanningen - taken of deeltaken met normale fysieke belasting moeten niet overgenomen worden door een collega - gaat uitgerust naar het werk 	
<p>14. Pijngewaarwording</p> <p>Operationele definitie: Het waarnemen van een onplezierig gevoel duidend op mogelijke of feitelijke schade aan (een onderdeel van) het lichaam</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voelt zich belemmerd door pijn (sensorieel of emotioneel) die prikkend, tintelend, stekend, brandend of zeurend kan zijn, plaatselijk of gegeneraliseerd - De klachten kunnen mogelijks psychosomatisch zijn - Wordt al dan niet medisch erkend - De fysieke en/of psychische lijdensdruk die iemand ervaart 	
<p>[2] Activiteiten en participatie</p>		
<p>15. Ontwikkelen van vaardigheden</p> <p>Operationele definitie: de capaciteit tot leren van nieuwe vaardigheden of de capaciteit om gekende vaardigheden te verbeteren. Vaardigheden kunnen complex of eenvoudig, repetitief van aard zijn.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leert nieuwe opdrachten en taken vlot aan na eenvoudige uitleg of demonstratie - vraagt spontaan naar feedback bij aanleren van vaardigheden - maakt zich repetitieve vaardigheden vlot eigen - kan verscheidene nieuwe taken toegewezen krijgen op relatief korte tijd 	

<p>16. Toepassen van kennis (niet anders gespecificeerd)</p> <p>Operationele definitie: Het begrijpen van geschreven taal (boeken, instructies, kranten, teksten, ...) in één van de landstalen en een boodschap overbrengen in symbolen (woorden, cijfers, ...) in één van de landstalen het begrijpen van geschreven taal (boeken, instructies, kranten, teksten,...) in één van de landstalen.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bezit de schoolse vaardigheden lezen en schrijven - Zet schoolse vaardigheden in het dagelijkse leven in, bijvoorbeeld door het lezen en invullen van formulieren, mails opstellen, informatie uit een tekst halen, ... - Begrijpt geschreven werkinstructies 	
<p>17. Rekenen</p> <p>Operationele definitie: optellen, aftrekken, vermenigvuldigen en delen.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - heeft getalbesef (kent de draagwijdte van een getal: wat is meer, minder, groot, klein, enz.) - kan optellen en aftrekken, delen en vermenigvuldigen - past berekeningen correct toe in dagelijkse situaties (betalen, koken, ...) 	
<p>18. Oplossen van problemen</p> <p>Operationele definitie: de eigenschap om problemen te kunnen oplossen bij een taakgerichte opdracht.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merkt zelf spontaan op welke problemen zich (kunnen) voordoen - Gaat zelfstandig en actief op zoek naar ideeën en oplossingsstrategieën - Legt de effecten van verschillende oplossingsstrategieën naast elkaar - Past de gekozen oplossingsstrategie effectief toe ! het maken van een keuze voor een bepaalde oplossingsstrategie is het nemen van een besluit en wordt bij 'Besluiten nemen' gescoord ! De beoordeling van de oplossing (de betrokkene past een goede of een slechte, correcte of foute, ... oplossing toe) speelt hier geen rol. 	
<p>19. Besluiten nemen</p> <p>Operationele definitie: kunnen onderscheiden van en kiezen uit opties, de keuze uitvoeren, actie ondernemen en de effecten van de keuze evalueren.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - weegt verschillende opties tegenover elkaar af - neemt zelfstandig beslissingen - gaat over tot actie - heeft bij beslissing oog voor de korte of lange termijn gevolgen, is zich hiervan bewust en kan deze aanvaarden - hakt ook bij moeilijke beslissingen knopen door ! De beoordeling van de beslissing (de betrokkene maakt een goede of een slechte, correcte of foute, ... keuze) speelt hier geen rol. 	
<p>20. Omgaan met stress</p> <p>Operationele definitie: kunnen omgaan met stress, afleiding en crisissituaties.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reageert gepast op frustraties, obstakels en tegenwerking. - blijft kalm in stresserende werksituaties - presteert onder (tijds)druk gelijkmatig en effectief en behaalt een goed resultaat 	
<p>21. Mobiliteit</p> <p>Operationele definitie:</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verplaatst zich naar een bestemming, bv. woon - werkverplaatsing 	

<p>kan de werkplek bereiken, zich toegang verschaffen tot en binnen de werkplek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verschaft zich toegang tot een gebouw, bv. de werkplaats - Verplaatst zich binnen een gebouw, bv. tussen lokalen en verdiepingen - Verplaatst zich zowel binnen gekende als ongekende situaties/trajecten 	
<p>22. Verzorgen van lichaamsdelen</p> <p>Operationele definitie: verzorgt zich en hecht voldoende belang aan persoonlijke hygiëne. kleedt en gedraagt zich volgens de maatschappelijke normen/ eisen van de werksituatie.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kent de maatschappelijke normen aangaande een verzorgd uiterlijk en passende kledij en besteedt hier effectief ook de nodige aandacht aan - Handen en nagels zijn goed verzorgd - Tand en mondhygiëne zijn in orde - Haar is gewassen en hoofdhuid goed verzorgd - Is gekleed naar de omstandigheden, zonder overdrijving, kledij is fris gewassen 	
<p>23. Zorgdragen voor eigen gezondheid</p> <p>Operationele definitie: zich verzekeren van fysiek comfort, gezondheid en fysiek en mentaal welbevinden.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorgt voor evenwichtige voeding - Zorgt voor voldoende slaap - Heeft een redelijk niveau van lichamelijke activiteit - schat zelf in wanneer het onderzoek bij een arts is aangewezen - Ondergaat de nodige medische onderzoeken, volgt medische aanbevelingen op en voert deze aanbevelingen uit (vb. medicatie innemen). 	
<p>24. Verwerven van woonruimte</p> <p>Operationele definitie: heeft een woonruimte die gezond is en voorzien van het noodzakelijke comfort.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft zekerheid van huisvesting - De woning/appartement is in goede staat (goede isolatie, geen vocht-schimmel-lekkend dak...). - De huisvesting is voorzien van het nodige basiscomfort. - De huisvesting is aangepast aan de gezinssituatie 	
<p>25. Aangaan van relaties</p> <p>Operationele definitie: de mate waarin iemand relaties met anderen kan aangaan of net afstand weet te bewaren, rekening houdend met de gedragscodes die gelden binnen de context en cultuur.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaat relaties aan met anderen, gaat sociale contacten niet uit de weg, legt contact, kan zich op gepaste wijze voorstellen. - Voelt aan welke de gedragscode is in de sociale omgang en gedraagt er zich naar - Stelt gedrag dat een langdurige vriendschappelijke of professionele relatie faciliteert, ook op langere termijn (vb. actief luisteren, hulp aanbieden, gepaste gesprekstijl, respect voor de leidinggevende, ...) 	
<p>26. Economische zelfstandigheid</p> <p>Operationele definitie: beschikt over een (vervangings)inkomen of kan terugvallen op spaargeld of een netwerk.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het inkomen is toereikend om te voorzien in de basisbehoeften (wonen, eten, gezondheidszorg). - Doet enkel uitgaven die passen binnen het beschikbare inkomen. Heeft geen schulden - doet beroep op het sociaal netwerk of spaargeld om een moeilijke periode te overbruggen 	


<p>27. Sociale activiteiten</p> <p>Operationele definitie: neemt deel aan het sociaal en cultureel leven. Betrokkene neemt deel aan het verenigingsleven.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - heeft een sociaal netwerk van vrienden, familie met wie hij/zij regelmatig contact heeft - Participeert, gebaseerd op eigen behoeftes, voldoende aan sociale activiteiten of het verenigingsleven (buurtwerk, hobby's,...) 	
<p>[3] Omgevingsfactoren of externe factoren</p>		
<p>28. Ondersteuning en relatie met naaste familie</p> <p>Operationele definitie: De naaste familie heeft een positieve of een negatieve invloed op het functioneren van de betrokkene. Met naaste familie bedoelen we echtgenoten, partners, ouders, broers en zusters, kinderen, pleegouders, adoptiefouders en grootouders.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De naaste familie ondersteunt op positieve wijze het functioneren van de klant - De naaste familie stimuleert de klant om zijn leven in eigen handen te nemen ondanks een mogelijke beperking: ze creëren mogelijkheden, zoeken mee naar oplossingen voor probleemsituaties - Als de klant er niet in slaagt om zelf de problemen op te lossen biedt de naaste praktische ondersteuning op vlak van administratie, opstaan, openbaar vervoer, ... - De naaste familie biedt ook emotionele, psychische ondersteuning: ze zijn er voor de klant wanneer het nodig is, ze staan klaar met raad en daad - De naaste familie heeft een realistische en ondersteunende visie op een mogelijke tewerkstelling van de klant - De ondersteuning die de naaste familie biedt is toereikend voor de betrokkene 	
<p>29. Ondersteuning en relatie met vrienden</p> <p>Operationele definitie: de vrienden hebben een positieve of een negatieve invloed op het functioneren van de betrokkene.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De vriendenkring ondersteunt op positieve wijze het functioneren van de klant - De vriendenkring stimuleert de klant om zijn leven in eigen handen te nemen ondanks een mogelijke beperking: ze creëren mogelijkheden, zoeken mee naar oplossingen voor probleemsituaties - Als de klant er niet in slaagt om zelf de problemen op te lossen biedt de vriendenkring praktische ondersteuning op vlak van administratie, opstaan, openbaar vervoer, ... - De vriendenkring biedt ook emotionele, psychische ondersteuning: ze zijn er voor de klant wanneer het nodig is, ze staan klaar met raad en daad - De vriendenkring heeft een realistische en ondersteunende visie op een mogelijke tewerkstelling van de klant - De ondersteuning die de vrienden bieden is toereikend voor de betrokkene 	
<p>30. Ondersteuning en relatie met collega's</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De ondersteuning van de collega's is toereikend voor de betrokkene 	

<p>Operationele definitie: de collega's hebben een positieve of een negatieve invloed op het functioneren van de betrokkene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Heeft collega's die stimuleren om zelf naar oplossingen te zoeken voor werkgerelateerde problemen of reiken indien nodig oplossingen aan - Krijgt hulp van collega's bij praktische, administratieve taken, of bij privé zaken (belastingsbrief, woning, auto...) - Kan terecht bij collega's voor emotionele, psychische ondersteuning: ze staan klaar wanneer je hen nodig hebt 	
<p>31. Ondersteuning en relatie met meerderen</p> <p>Operationele definitie: de meerderen (een leidinggevende, politie, andere gezagsfiguur) hebben een positieve of een negatieve invloed op het functioneren van de betrokkene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gedragsindicatoren: - Krijgt van zijn/haar leidinggevende de omkadering die het functioneren positief beïnvloedt - Krijgt extra hulp van zijn/haar leidinggevende of begeleiding indien nodig (op emotioneel, psychisch of praktisch vlak) - Krijgt (extra) overlegmomenten van zijn/haar leidinggevende in functie van het functioneren - Krijgt begrip van zijn/haar leidinggevende - Heeft een meerdere die inspanningen levert om van de tewerkstelling een succes te maken - De relatie met en ondersteuning door meerderen is voldoende voor de betrokkene. 	
<p>32. Ondersteuning en relatie met andere dienstverleners</p> <p>Operationele definitie: de andere dienstverleners m.b.t. werk, wonen en welzijn hebben een positieve of negatieve invloed op het functioneren van de betrokkene.</p>	<p>Gedragsindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft dienstverleners die het functioneren van de betrokkene ondersteunen door hem/haar te stimuleren, aan te moedigen, begeleiden - Heeft dienstverleners die multidisciplinair samenwerken: ze staan op één lijn m.b.t. visie, aanpak, adviesverlening - De ondersteuning die de dienstverleners bieden is toereikend voor de betrokkene 	
<p>33. Maatschappelijke attitudes</p> <p>Operationele definitie: opvattingen, meningen van samenleving over de betrokkene op basis van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leeftijd - origine - werkloosheidsduur - juridisch verleden - persoon met een arbeidshandicap - economische situatie - uiterlijke kenmerken (tattoos, kledij, ...) - ... 	<p>Scoor Licht probleem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft één of meerdere kenmerken waar de samenleving een mening over heeft. - Bijvoorbeeld: 50+, allochtone origine, meer dan twee jaar werkzoekend, ex-gedetineerden, persoon met een arbeidshandicap, armoede, laaggeschoold, economische situatie, extreme uiterlijke kenmerken, langdurig zieke, ... <p>! Scoor licht probleem bij 1 aanwezig kenmerk, scoor ernstig probleem bij 2 of meerdere problemen</p>	
<p>34. Producten en technologie</p> <p>Operationele definitie: Hulpmiddelen in de directe omgeving van de betrokkene, die een invloed hebben op het functioneren. Het gaat hierbij om elk product, instrument of technisch</p>	<p>Gedragsindicatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft hulpmiddelen waardoor participatie in de maatschappij gemakkelijker wordt gemaakt - Neemt medicatie in die het functioneren positief beïnvloedt 	


<p>systeem, algemeen verkrijgbaar of speciaal vervaardigd dat het functioneren beïnvloedt.</p>		
<p>[4] Persoonlijke factoren</p>		
<p>35. Werkervaring</p> <p>Operationele definitie: de mate van werkervaring.</p>	<p>Scoor Sterkte: Heeft recente werkervaring (minder dan 6 maanden geleden) én heeft meer dan 1 jaar werkervaring</p> <p>Scoor Geen probleem: Heeft gewerkt tussen 6 maanden geleden en één jaar geleden én heeft meer dan 1 jaar werkervaring</p> <p>Scoor Licht probleem: Is meer dan 1 jaar werkloos óf heeft minder dan 1 jaar werkervaring</p> <p>Scoor Ernstig probleem: Is meer dan 2 jaar werkloos OF heeft minder dan 6 maanden werkervaring, nog niet gewerkt, enkel korte (minder dan 4 dagen aaneensluitend) interimopdrachten</p>	
<p>36. Opleiding</p> <p>Operationele definitie: behaalde diploma's.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft 1 of meerdere diploma's of kwalificaties - De diploma's of kwalificaties zijn bruikbaar ifv het beoogde jobdoelwit van de betrokkene 	
<p>37. Gezinslast</p> <p>Operationele definitie: de subjectief ervaren last van het gezin.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moet ondersteuning bieden aan (zorgbehoevende) gezinsleden (vb.: kinderen, zieke ouders,) 	
<p>38. Copingstijl</p> <p>Operationele definitie: kan met situaties en gebeurtenissen op een gepaste wijze omgaan.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ontspant zich actief, neemt rust - beheerst negatieve gedachten, piekert niet onnodig - uit emoties gemakkelijk 	
<p>39. Kennis van de Nederlandse taal</p> <p>Operationele definitie: beheerst voldoende de Nederlandse taal om te functioneren in de maatschappij en/of Franse taal in de faciliteiten- en randgemeenten.</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nederlands en/of Frans in de faciliteiten- of randgemeenten is moedertaal - Gebruikt en begrijpt het Nederlands 	
<p>40. Medische factoren</p> <p>Operationele definitie:</p>	<p>Gedragindicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geeft signalen, verbaal of fysiek, die duiden op één of meerdere, lichte of ernstige medisch probleem/problemen 	

De aanwezigheid van medische problemen, aangegeven door de betrokkene	– Subjectieve beleving van medische problemen, al dan niet gestaafd met een medisch attest	
[5] Andere Werkvaardigheden		
41. Fijne motoriek Operationele definitie: het gebruik van handen en vingers in het vastnemen, vasthouden en manipuleren van kleine objecten. Dit betreft bewegingen die vaak veel aandacht en concentratie vragen.	Gedragsindicatoren: – grijpt probleemloos naar kleine objecten – bevestigt probleemloos kleine objecten aan elkaar – gebruikt probleemloos precisiewerktuigen (fijne schroevendraaier, fijne kniptang...)	
42. Grote motoriek Operationele definitie: grote onderdelen en materialen vastnemen, vasthouden en manipuleren. Dit betreft bewegingen die vaak automatisch gebeuren.	Gedragsindicatoren: – Beweegt, loopt, stapt, springt, ... probleemloos	
43. Werktempo Operationele definitie: de snelheid van taakuitvoering.	Gedragsindicatoren: – Voert taken uit binnen het gevraagde tijdsbestek	

Bijlage 15: Casus Jonas (ICF-proefproject CLB)



KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN



Casus Jonas

Dr. Inge Van Trimpont
Prof. Karel Hoppenbrouwers

1

NAH: Jonas

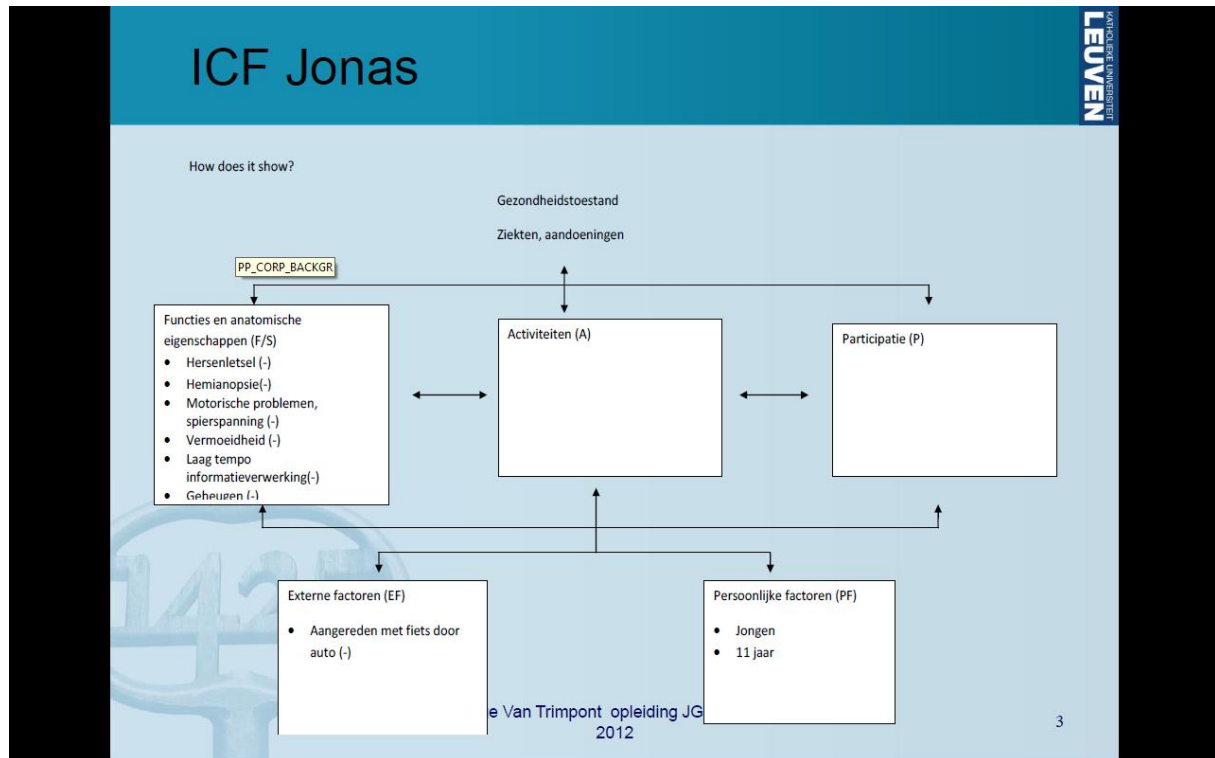


11 jaar

- Fietsongeval met hersenletsel
- Beperkt gezichtsvermogen, hemianopsie
- Motorische problemen: verstoorte spierspanning aan een lichaamshelft
- Vermoeidheid
- Concentratieproblemen: korte concentratieboog
- Laag tempo van informatieverwerking
- Geheugenproblemen
- Problemen met zelfbeeld en zelfvertrouwen
- Problemen op gebied van sociaal gedrag en sociale vaardigheden

Inge Van Trimpont opleiding JGZ april 2012

2



Instrument voor de detectie van onderwijs behoeften

Diagnose

ICF functies/ anatomische eigenschappen	ICF activiteiten /participatie	Onderwijsbehoeften en maatregelen
How does it show ?		
<p style="text-align: center;">PP_CORP_BACKGR</p> <p>Hersenletsel</p> <ul style="list-style-type: none"> •Laag tempo informatieverwerking •Geheugen •Hemianopsie •Motorische problemen •Verstoorde spierspanning lichaamshelft •Vertrouwen, zelfbeeld <p>Vermoeidheid</p>		<p>Doelen: wat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instructie nodig die... • Opdrachten of taken nodig die... • Leeractiviteiten of materialen die... • Een leeromgeving nodig die... • Spel nodig dat... • Feed back nodig die... • Klasgenoten nodig die... • Een leerkracht nodig die... • Ouders nodig die... • Hulp en ondersteuning nodig bij... <p>Maatregelen: wat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedagogische maatregelen • Didactische maatregelen • Organisatorische maatregelen
<p>ICF Externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aangereden met de fiets door auto 	<p>ICF Persoonlijke factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> •Jongen •11 jaar 	

Inge Van Trimpont opleiding JGZ april 2012

Casus Jonas proefproject ICF CLB.pdf - Adobe Reader

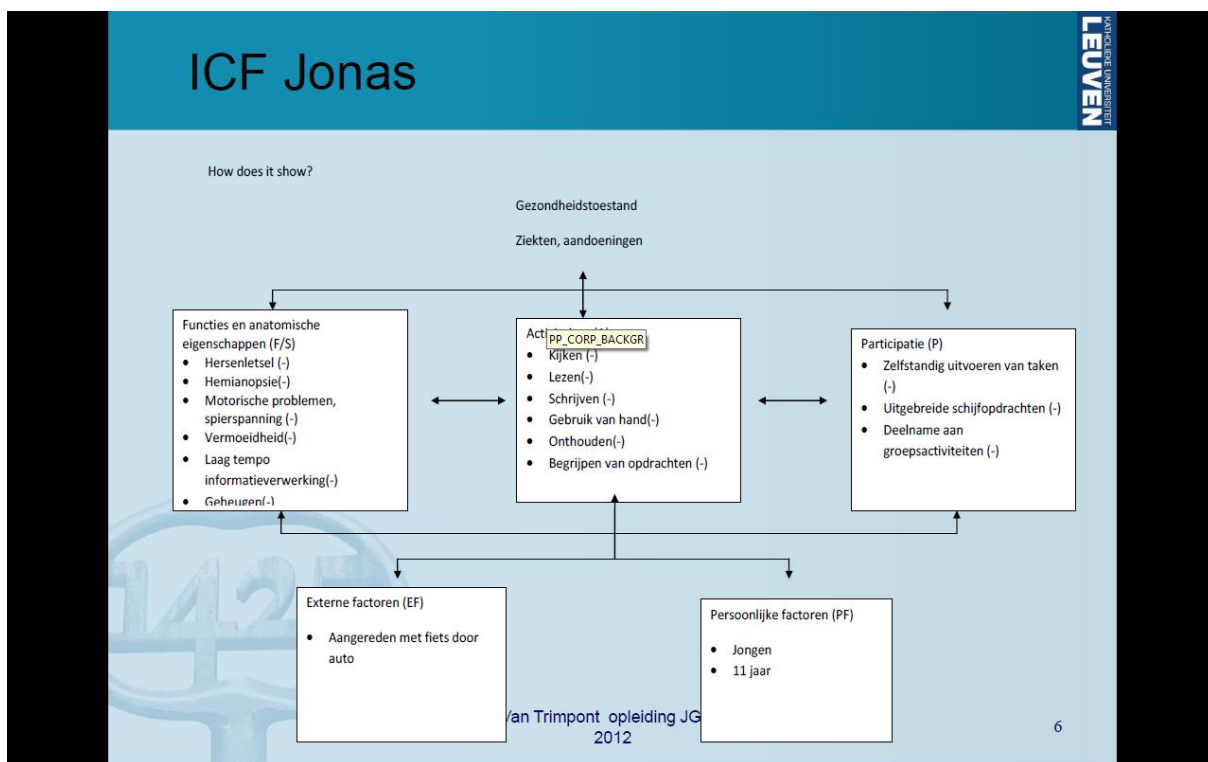
Bestand Bewerken Beeld Venster Help

NAH

Funcies	Activiteiten en participatie
<p>(140- b189) Specifieke mentale functies b140 Aandacht b1400 vasthouden van aandacht b144 geheugen b1442 Oproepen verwerken van informatie uit geheugen</p> <p>(b210- b229) Visuele en verwante functies b210 Visuele functies b2102 kwaliteit van de visus</p> <p>(b730- b749) Spierfuncties b735 Spiertonus b7352 Tonus van spieren aan één lichaamszijde</p> <p>(b110- b139) Algemene mentale functies b126 Temperament en persoonlijkheid b 130 Energie en driften b1300 Energieniveau</p>	<p>Toepassen van kennis (d160- d179) d160 Richten van aandacht d163 Denken d166 Lezen d170 Schrijven d172 Rekenen d175 Oplossen van problemen</p> <p>Doelbewust gebruiken van zintuigen (d110- d129) d110 Gadeslaan</p> <p>Dragen , verplaatsen en manipuleren van iets of iemand (d430- d449) d430 Optillen en meenemen d440 nauwkeurig gebruiken van hand d445 gebruiken van hand en arm</p> <p>Lopen en zich verplaatsen (d450- d469) Algemene tussenmenselijke interacties (d710- d729) Bijzondere tussenmenselijke interacties (d730- d779) PP_CORP_BACKGR</p> <p>Ondernemen van taken (d210- d220)</p>

Inge Van Trimpont opleiding JGZ april 2012 5

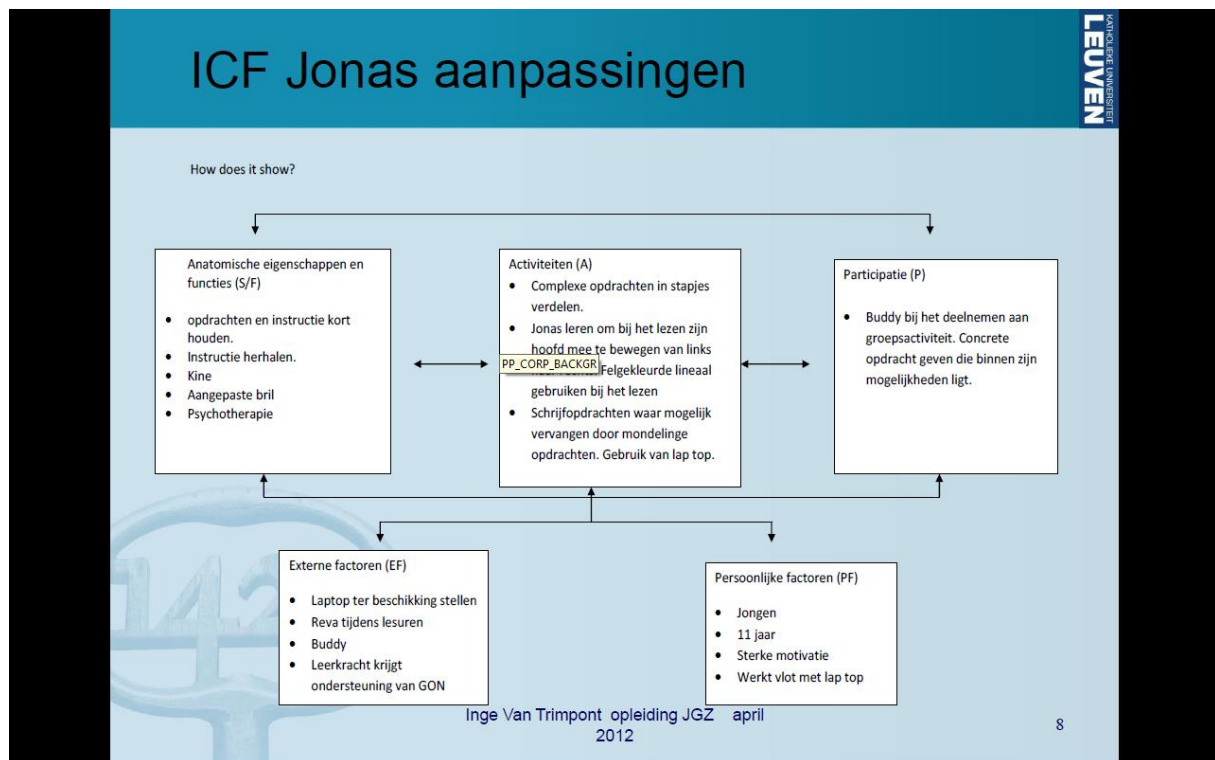
Taskbar: miriam de Vreugd - ... Bibliotheken Prullenbak Document1 - Micro... Casus Jonas proefpr... NL 11:31



Instrument voor de detectie van onderwijs behoeften

Diagnose

ICF functies/ anatomische eigenschappen	ICF activiteiten /participatie	Onderwijsbehoeften en maatregelen
How does it show ?		
Korte aandachtsspanne. Langdurig opleten is moeilijk. <small>PP_CORP_BACKGR</small> De informatie wordt traag opgenomen Verstoord gezichtsveld, wazig gezichtsveld Halfzijdig verhoogde spiertonus met spasmen. Verstoorde fijnmotoriek Laag zelfbeeld en gebrek aan zelfvertrouwen. Trekt zich terug.	Moeite met het begrijpen van complexe opdrachten. Lezen van een blad is moeilijk omdat Jonas delen van de tekst niet ziet. Pen vasthouden is moeilijk. Vloeiend schrijven lukt niet. Geen problemen met spelling. Bij groepsopdrachten neemt hij spontaan geen initiatief en neemt hij een afwachtende houding aan.	Doelen: wat? <ul style="list-style-type: none"> Instructie nodig die... Opdrachten of taken nodig die... Leeractiviteiten of materialen die... Een leeromgeving nodig die... Spel nodig dat... Feed back nodig die... Klasgenoten nodig die... Een leerkracht nodig die... Ouders nodig die... Hulp en ondersteuning nodig bij... Maatregelen: wat? <ul style="list-style-type: none"> Pedagogische maatregelen Didactische maatregelen Organisatorische maatregelen
ICF Externe factoren	ICF Persoonlijke factoren	
<ul style="list-style-type: none"> Aangereden met de fiets door auto krijgt nog ambulante revalidatie (+) ouders sterk betrokken (+) grote inzet van schoolteam en medeleerlingen (+) Kleine klas (+) 	<ul style="list-style-type: none"> Jongen 11 jaar Werkst vlot met lap top (+) Sterk gemotiveerd (+) 	



Instrument voor de detectie van onderwijsbehoeften		
ICF functies/ anatomische eigenschappen	ICF activiteiten /participatie	Onderwijsbehoeften en maatregelen
How does it show ?		
<ul style="list-style-type: none"> •opdrachten en instructie kort houden. •Checken of opdracht is begrepen •Instructie herhalen. •Kine •Aangepaste bril •Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> •Complexe opdrachten in stapjes (PP_CORP_BACKGR) len. Stappenplan aanreiken. •Jonas leren om bij het lezen zijn hoofd mee te bewegen van links naar rechts. Felgekleurde lineaal gebruiken bij het lezen •Schrijfpodradchten waar mogelijk vervangen door mondelinge opdrachten. Gebruik van lap top. •Buddy bij het deelnemen aan groepsactiviteit. • Concrete opdracht geven die binnen zijn mogelijkheden ligt. 	<p>Doelen: wat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instructie nodig die... • Opdrachten of taken nodig die... • Leeractiviteiten of materialen die... • Een leeromgeving nodig die... • Spel nodig dat... • Feed back nodig die... • Klasgenoten nodig die... • Een leerkracht nodig die... • Ouders nodig die... • Hulp en ondersteuning nodig bij... <p>Maatregelen: wat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedagogische maatregelen • Didactische maatregelen • Organisatorische maatregelen
ICF Externe factoren	ICF Persoonlijke factoren	
<ul style="list-style-type: none"> •Laptop ter beschikking stellen •Reva tijdens lesuren •Buddy •Leerkracht krijgt ondersteuning van 	<ul style="list-style-type: none"> •Jongen •11 jaar • Werkt vlot met lap top (+) •Sterk gemotiveerd (+) 	

Onderwijsbehoeften Jonas

3. Cognitief functioneren

Korte aandachtsspanne: Jonas heeft nood aan een leerkracht die korte instructies geeft en regelmatig checkt of Jonas de informatie heeft opgenomen voor ze de volgende stap zet.

Bied Jonas duidelijke heldere taken aan. Daardoor krijgt hij overzicht wat de leerstof betreft

Maak een apart schema met taken

4. Sociaal- emotioneel functioneren

Jonas heeft nood aan een leerkracht die hem stimuleert en motiveert door snelle en veelvuldige positieve feed back te geven en bij wie Jonas mag fouten maken. De leerkracht schakelt Jonas in om medeleerlingen te helpen bij opdrachten die hijzelf goed onder de knie heeft (vb opdracht op lap top) Buddy bij het deelnemen aan groepsactiviteit. Concrete opdracht geven die binnen zijn mogelijkheden ligt.

Inge Van Trimpont opleiding JGZ april 2012

Onderwijsbehoeften

4. Lichamelijk functioneren

Wazig gezichtsveld:

Zorg dat spullen op een vaste plaats liggen of staan, zodat Jonas weet waar hij ze moet vinden.

Laat Jonas gebruik maken van een felgekleurde lineaal bij het lezen.

Jonas moet zijn blad systematisch van links naar rechts screenen door met zijn hoofd mee te bewegen.

Schrijfoopdrachten met een pen worden tot het absoluut noodzakelijke beperkt en ingekort. Voor andere opdrachten waarbij schrijven noodzakelijk is mag Jonas systematisch zijn lap tip gebruiken.

Jonas krijgt ook meer tijd om schrijfoopdrachten uit te voeren.

Bijlage 16: Actiepunten rond gegevensdeling binnen de eerstelijns en de ziekenhuizen¹⁵⁷

Projecten Federale Overheid	Timing	Verantwoordelijken	Inhoud
Globaal Medisch Dossier (GMD) = Elektronisch Medisch Dossier (EMD) en het delen van relevante medische gegevens	1 januari 2015	Artsen RIZIV FOD VVVL Gewesten/Gemeenschappen en eHealth Platform	Als GMD-houder voor een patiënt is men verplicht om, als de patiënt zijn <i>informed consent</i> geeft, de voor de patiënt en andere zorgverstrekkers relevante pathologiegegevens systematisch in een sumehr bij te houden en deze te delen (via Vitalink of Inter-Med). Dit veronderstelt dat elke zorgverstrekker zijn deel van de gegevens die zo worden gedeeld up-to-date houdt (bv. medicatieschema, vaccinatieschema, enz.). Dit leidt ertoe dat alle medische gegevens die relevant zijn voor het uitvoeren van hun zorgtaak zullen gedeeld worden met andere zorgverstrekkers. De nodige interoperabiliteit tussen vitalink en Inter-Med wordt hierbij bewaakt. De functie GMD-houder wordt gevaloriseerd door de gegevensuitwisseling tussen de behandelende geneesheren en de houder van het GMD wettelijk te verplichten.
Ontwikkelen van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) in ziekenhuizen		FODRIZIV eHealthplatform Informaticadiensten Ziekenhuizen Softwareleveranciers	De bedoeling van dit actiepunt is elk ziekenhuis van een minimaal elektronisch patiëntendossier te voorzien. Dit dossier moet gestructureerd en gecodeerd zijn, gegevens moeten semiautomatisch kunnen geïntegreerd worden, ontslagbrieven en terugbetalingsaanvragen (RIZIV) moeten semiautomatisch kunnen geproduceerd worden,) de verschillende registers (Implantaten, Orthoprive, Qermid, enz.) evenals de MKG moeten semiautomatisch kunnen ingevuld worden. Het systeem moet toelaten medische praktijkrichtlijnen te bekomen (Evidence Based Medecine, zorgtrajecten).
Gegevens afgeleverde medicatie en medicatieschema	2013	Vitalink	GFD-DPP als Authentieke bron van de afleveringen en Vitalink/Inter-Med als authentieke bron voor het medicatieschema. 2014: Delen patiëntendossiers farmaceutische zorg; registratie van interventies rond en delen van gegevens rond de farmaceutische zorg; implementatie van een gestandaardiseerd formaat voor gegevensdeling tussen woonzorgcentra en apotheken 2015:

¹⁵⁷ Ronde Tafel eHealth. (2012). *Actieplan e-GEZONDHEID 2013-2018*.

			<p>Veralgemeende toepassing van een gestandaardiseerd medicatieschema.</p> <p>Uitwisseling van gegevens rond op naam van de patiënt afgeleverde geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten, inclusief genotificeerde medische implantaten, die het mogelijk maken om door de officina-apotheker aan alle patiënten een 'Simple Medication Review' te bieden. Creëren van de authentieke bron van alle afgeleverde medicatie door in het Gedeeld Farmaceutisch Dossier alle afleveringen in de officina –en ziekenhuisapotheken te registreren. De patiëntendossiers rond de farmaceutische zorg systematisch delen voor specifieke doelgroepen en bij opname en ontslag van het ziekenhuis.</p>
Veralgemeend elektronisch voorschrijven	Januari 2014 & 2015	Recip-e(i.s.m. eHealth-platform)Betrokken stakeholders	<p>Vanaf januari 2014 worden geneesmiddelenvoorschriften die met een gelabelde zorgverstrekkerssoftware of vanuit een ziekenhuis EPD worden gemaakt (voor ambulante zorg / buiten het ziekenhuis) automatisch naar Recip-e verzonden wanneer een internetverbinding beschikbaar is. Vanaf januari 2015 worden zorgvoorschriften voor kinesitherapie en verpleegkunde, labo voorschriften en voorschriften voor medische beeldvorming die met een gelabelde zorgverstrekkerssoftware of vanuit een ziekenhuis EPD worden gemaakt (voor ambulante zorg / buiten het ziekenhuis) automatisch naar Recip-e verzonden wanneer een internetverbinding beschikbaar is.</p> <p>In 2013 wordt de timing vastgelegd, volgens dewelke Recip-e ook veralgemeend gebruikt wordt in rustoorden, thuisverpleging en ziekenhuizen (polikliniek). Daartoe wordt een codeset voor resultaten geïmplementeerd in de zorgverstrekkerssystemen en worden ook de aanvraagcodes gestandaardiseerd en waar dit zinvol is ook de koppeling aan bestaande ordercommunicatie en afspraaksystemen.</p>
Gegevens delen via hubs & metahub		FOD VVVL Betrokken zorgverstrekkers Ziekenhuizen en labo's eHealth Platform Softwareleveranciers	<p>Vanaf 1 januari 2014 zullen alle raadplegingsverslagen, ontslagbrieven en operatieverslagen of de overeenstemmende berichten en gegevens van een patiënt die zijn informed consent heeft gegeven toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem voor de gemachtigde zorgverleners zowel in een intramurale als extramurale omgeving.</p> <p>De intramurale en extramurale laboresultaten van patiënten die een informed consent hebben gegeven zullen vanaf 1 januari 2015 toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem, hetzij</p>

			<p>Vitalink of Inter-Med zowel in een intramurale als extramurale omgeving.</p> <p>De intramurale en extramurale verslagen van medische beeldvorming van patiënten die een informed consent hebben gegeven zullen in principe vanaf 1 januari 2015 toegankelijk zijn via het hubs & metahub systeem hetzij Vitalink of Inter-Med zowel in een intramurale als extramurale omgeving.</p> <p>Aanvullende ontwikkelingen voor chronische zorg, thuiszorg, rustoorden, psychiatrie: Het doel van volgende actiepunten is het ontwikkelen van een aantal digitale 'tools', specifiek bedoeld voor het delen van patiëntdossiers bij chronische zorg, zorgtrajecten, thuiszorg, in WCZ/CSC, psychiatrie enz. Dit betekent het ondersteunen van een multidisciplinaire aanpak op basis van de bijzondere behoeften van de patiënten.</p> <p>De belangrijkste tools zijn (1) een Elektronisch Patiëntendossier (EPD): een 'coördinatie-dossier', dat gegevens coördineert die door verschillende zorgberoepen en welzijnswerkers aangebracht en gebruikt worden; (2) het BelRAI instrument, dat de nodige gestandaardiseerde schalen moet bevatten, nodig voor de verschillende soorten zorgbehoefte. Daarbij wordt voorzien dat men – ook hier – werkt met de generische architectuur (hubs & metahub / kluisen), systemen en standaarden, die de invoer van – zoveel mogelijk gestandaardiseerde – gegevens en hergebruik ervan voor diverse doeleinden (zorgcoördinatie, administratie, registers, enz.) vergemakkelijken en die de multidisciplinaire samenwerking en communicatie ondersteunen, onder meer in het kader van zorgcircuits en zorgnetwerken.</p>
Ontwikkelen van een 'minimaal EPD'	2014 -2017	Artsen eHealth-Platform Softwareleveranciers FOD DG2	Ontwikkelen en systematisch gebruik van een 'minimaal EPD (gedefinieerd per zorgberoep) waarin elke zorgverlener gestructureerde gegevens opneemt en dat volledig gericht is op het delen en gezamenlijk gebruiken ervan, samen met andere zorgverstrekkers (die toegangsrechten hebben). Deze gegevens stemmen ook overeen met de dataset die gebruikt wordt voor het voeden van registers. Vanaf 1 januari 2014 worden alleen nog data opgevraagd voor registers die geautomatiseerd opgeladen kunnen worden vanuit het 'minimaal EPD'.
Psychiatrische en andere instellingen en hubs & metahub	1 januari 2016	Betrokken instellingen en zorgverstrekkers eHealth-Platform Software-leveranciers FOD	Tegen 2016 zullen niet enkel acute, maar ook psychiatrische en andere Instellingen aan het hubs & metahub systeem gekoppeld worden met inachtneming van de bescherming van de privacy en de regels inzake beroepsgeheim.

Invoeren van een uniform evaluatie-instrument (BelRAI)	1 juli 2017	Terminologiecentrum SoftwareleveranciersFOD Volksgezondheid Gemeenschappen Gewesten EPD-Gebruikers Passendaele-werkgroep eHealth (KMEHR) ziekenhuizen	<p>In 2013 zal door de Federale overheid, in samenwerking met de Gewesten en Gemeenschappen een meerjarenplan voor de ontwikkeling, de implementering en het gebruik van het BelRAI-instrument, voor de sectoren thuiszorg, acute ziekenhuiszorg en palliatieve zorg worden opgemaakt.</p> <p>De eerste en belangrijkste implementatievoorwaarde is dat we behoefte hebben aan een gemoduleerd of “getrapt” systeem zodat voor minder zwaar zorgbehoevenden niet de volledige BelRAI ingevuld moet worden. (cfr. de pre-module, die in Vlaanderen ontwikkeld wordt).</p> <p>Een tweede implementatievoorwaarde is dat we moeten vermijden dat zorgverstrekkers dezelfde informatie in verschillende systemen moeten inbrengen. Het is van groot belang dat er een link bestaat met reeds bestaande elektronische dossiers: het EMD en de e-zorgplannen, e-dossiers, MyCareNet.</p> <p>Derde implementatievoorwaarde: BelRAI moet ook leiden tot gebruik binnen de thuiszorg en moet dienstig zijn voor het bepalen van alle soorten zorgafhankelijkheid, ook in de welzijnssector.</p> <p>Een vierde implementatievoorwaarde is het eenduidig vastleggen van de relevante parameters. De participatie van de huisartsen en de andere zorgverleners is nodig. Een garantie op eenmalige input van gegevens is een belangrijke incentive. Mogelijks zijn andere hefboomen noodzakelijk.</p>
--	-------------	---	---