



Een versnipperd en complex eHealth-landschap

Het Belgisch zorg- en welzijnssysteem wordt – ten gevolge van complexe politieke structuur – gekenmerkt door een verregaande fragmentatie van bevoegdheden, waarbij elk beleidsniveau eigen verantwoordelijkheden heeft en eigen prioriteiten bepaalt. Naast deze fragmentatie in bevoegdheden en beleid, is ook het eHealth-landschap sterk versnipperd met een complexe samenhang van systemen, platformen en netwerken om gegevens uit te wisselen. Belangrijk om hierbij te benadrukken dat deze systemen enerzijds deels overheidsgerelateerd zijn (vb Vitalink, Vaccinnet, MijnGezondheid) en deels op initiatief van derden (vb CareConnect, CoZo) en anderzijds soms variëren tussen de verschillende regio's. Dit vormt immense uitdagingen als je beseft dat het correct functioneren van ieder afzonderlijk onderdeel cruciaal is.

Daarnaast zijn er ook goede organisatorische, financiële en juridische kaders nodig. Op dit moment zijn deze vaak nog niet optimaal en zijn er soms verschillen tussen de regio's. Dit kan een belemmering vormen om daadwerkelijk aan de slag te gaan met nieuwe praktijkvormen, inzet van ondersteunende profielen, telegeneeskunde, etc.

De federale overheidsinstelling, het eHealth-platform, fungeert als verbindende factor tussen de verschillende systemen, en heeft als missie om – ondanks bovengenoemde versnippering – goed georganiseerde, elektronische dienstverlening en gegevensuitwisseling te bevorderen. Het stelt hiervoor een aantal basisdiensten ter beschikking die door derden kunnen worden gebruikt om functionele toepassingen voor zorgverleners aan te bieden. Kortweg zorgen deze basisdiensten voor veilige gegevensoverdracht door middel van identiteitsverificatie, beheer van toegangsrechten en dataversleuteling. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het gebruik van het eHealth-certificaat, registratie van therapeutische relaties en de geïnformeerde toestemming. Daarnaast wordt via het eHealth-platform alles in detail gemonitord en gelogd om in te kunnen grijpen waar nodig.

Waar private spelers absoluut meerwaarde bieden in het landschap van ICT & eHealth, zijn hun belangen en prioriteiten niet steeds gealigneerd met de behoeften van de zorgverleners en het beleid van de overheden. Hoewel er bepaalde mechanismen bestaan om deze spelers (beperkt) te sturen in een bepaalde richting, kunnen we in veel projecten vaak niet anders dan starten met een 'coalition of the willing'; een beperkte selectie van beroepsgroepen, software-leveranciers en andere actoren die zich engageert om bepaalde functionaliteiten in te bouwen en te gebruiken.

Het EMD van de huisarts als basis

Circa 30 jaar geleden ontstonden de eerste digitale medische dossiersystemen; elk ontwikkeld als monodisciplinair pakket voor één type zorgverlener, zonder mogelijkheden of enige ambitie om gegevens uit te wisselen met allerlei andere systemen van collega's. Tot op vandaag zijn de meeste dossiersystemen nog steeds monodisciplinair, en bouwt iedere zorgactor een eigen dossier op. Aanvullend werden in het laatste decennium tal van koppelingen gerealiseerd om gegevens tussen al die monodisciplinaire systemen te kunnen delen: vb eHealthBox, Vitalink, hubs, Recip-e, etc.

Om doorontwikkeling van medische dossiersystemen te stimuleren, wordt door het eHealth-platform in samenwerking met o.a. Domus Medica een lijst van homologatiecriteria bepaald

waaraan softwarepakketten dienen te voldoen. Deze criteria beogen voornamelijk informatie-veiligheid en aansluiting bij de functionele behoeften van zowel zorgverleners als de overheid.

Deze homologatieverplichting heeft enerzijds geleid tot een consolidatie van de EMD-markt (survival of the fittest), en heeft er anderzijds toe bijgedragen dat het EMD van de huisarts is geëvolueerd van een eenvoudig monodisciplinair registratiesysteem naar een volwaardige tool voor ondersteuning bij consult en multidisciplinaire samenwerking. Hoewel er nog ruimte is voor verbetering – waar we samen met de EMD-leveranciers verder aan werken – stellen we vast dat de dossiersystemen van huisartsen aanzienlijk voorlopen op andere beroepsgroepen, waar homologatie vaak niet bestaat.

Het goed uitgebouwd EMD van de huisarts met een veelheid aan koppelingen voor gegevensdeling biedt tal van voordelen. Enerzijds medische voordelen doordat medische informatie efficiënter wordt uitgewisseld en meteen in het patiëntendossier kan worden opgenomen. Anderzijds administratieve voordelen bij de afhandeling van een patiëntencontact: tarificatie en facturatie, het bundelen van medische gegevens in één dossier, en met een eenvoudige druk op de knop een Sumehr aanmaken of informatie opnemen in een verwijfsbrief.

Communicatie en gegevensdeling

Waar het belangrijkste doel van de EMD-software oorspronkelijk (monodisciplinaire) registratie was, staat anno 2024 multidisciplinaire samenwerking centraal met onderlinge communicatie en gegevensdeling tussen de medische dossiers van individuele zorgverleners, praktijken en zorginstellingen. Dit wordt op twee verschillende manieren georganiseerd:

- ❖ **Gegevens rechtstreeks verzenden (vb. eHealthBox, Siilo):**

Een rechtlijnige overdracht van een boodschap en/of gegevens naar één of meerdere geadresseerde ontvangers. De verzender weet dus exact wie de boodschap dient te ontvangen. Voordeel is dat de ontvanger het bericht aankrijgt in een inbox en zo kan bekijken. Nadeel is dat de informatie via dergelijke rechtstreekse communicatie enkel bij de geadresseerde ontvanger terechtkomt, terwijl deze mogelijks ook relevant is voor anderen, nu of op een later moment.

- ❖ **Gegevens ter beschikking stellen (vb. Vitalink, hubs, Recip-e):**

Het centraal opslaan van gegevens zodat deze beschikbaar zijn voor elke zorgverlener die deze (nu of later) nodig heeft. Hierbij dient uiteraard rekening gehouden te worden met de eHealth veiligheidsprincipes. Op die manier wordt efficiënt toegang verleend tot informatie zonder voortdurend informatie te moeten doorsturen.

Hoewel vandaag nog veel in afzonderlijke systemen wordt gewerkt en informatie heen en weer gestuurd of centraal beschikbaar gesteld, is er parallel een evolutie naar werken in gedeelde systemen. Het meest bekende voorbeeld is het Vitalink medicatieschema dat meteen ook de complexiteit en foutgevoeligheid van dergelijke aanpak illustreert. Nochtans zouden dergelijke gedeelde systemen zeker voordelen op vlak van zorgkwaliteit en -efficiëntie kunnen opleveren. Vanuit die visie wordt ook de basis gelegd voor het Belgian Integrated Health Record (BIHR): een gedeeld dossier waar elke burger zelf een helder zicht heeft op eigen gezondheids(zorg)- en welzijnsgegevens en waar alle leden van het zorgteam kunnen samenwerken.

Eenheid van taal en standaardisatie

Voor goede communicatie en gegevensuitwisseling tussen allerlei verschillende systemen is interoperabiliteit cruciaal, zowel semantisch (taal) als technisch. Daarnaast dient verzekerd te worden dat informatie niet afwijkt tussen verschillende systemen. Daarom wordt gekozen om bepaalde gegevens slechts op één plaats op te slaan – zogenaamde ‘authentieke bronnen’ – waar andere systemen deze informatie kunnen raadplegen. Denk bijvoorbeeld aan vaccinaties in Vaccinnet, farmaceutische voorschriften in Recip-e, etc.

SNOMED-CT

Huisartsen zijn koplopers in het gestructureerd en gecodeerd registreren, waardoor gegevens herbruikbaar zijn voor de eigen praktijkvoering, en een huisarts bijvoorbeeld eenvoudig een lijst van risicopatiënten kan trekken uit het medisch dossiersysteem. Naast het EMD bestaan er nog tal van andere gegevensdatabanken met eigen coderingssystemen, waardoor efficiënte uitwisseling en hergebruik van gegevens moeilijk verloopt. Eenheid van taal is cruciaal, maar juist daar knelt het schoentje; huisartsen coderen bijvoorbeeld aan de hand van de International Classification of Primary Care (ICPC) terwijl in ziekenhuizen wordt geregistreerd volgens de International Classification of Diseases (ICD).

Hoewel er mappingstabellen bestaan tussen beide coderingssystemen, gaat vaak relevante informatie verloren aangezien veel codes uit deze systemen niet rechtstreeks uitwisselbaar zijn. De ICPC is immers opgezet als classificatie en gericht op problematiek in de eerste lijn. Daarmee is ze grofmazig en weinig specifiek. De ICPC kent bijgevolg slechts een paar codes voor de meest voorkomende hartaandoeningen. De ziekenhuiszorg onderscheidt echter meer hartaandoeningen, en kent daarom een uitgebreidere set van ICD-codes. Enkele daarvan zijn te herleiden naar de ICPC, maar de meeste komen terecht in de ICPC-restcategorie ‘overige hartaandoeningen’, een code die bij uitwisseling van huisarts naar ziekenhuis te vaag is voor een automatische verwerking.

Om dit te voorkomen, heeft België gekozen om SNOMED-CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) te implementeren, een internationaal medisch terminologiestelsel dat zeer volledig en specifiek is, en al in meer dan 50 landen wordt gebruikt. Dit stelsel bevat 375.000 concepten waaronder klachten, symptomen, ziekteprocessen, diagnoses, interventies, resultaten en besluitvorming. Ieder concept met Engelstalig label heeft een eenduidige betekenis, een lijst van mogelijke synoniemen en een unieke numerieke code. Daarnaast zijn de concepten in SNOMED-CT hiërarchisch gestructureerd én staan ze onderling met elkaar in relatie: als een arts bijvoorbeeld spreekt over ‘virale pneumonie’, weet de computer meteen dat het om een infectie gaat die in de longen plaatsvindt, er een ontsteking aan te pas komt en veroorzaakt werd door een virus. Deze extra informatie wordt ontleend aan de relaties van het concept tot andere concepten.

SNOMED-CT werd gemapt met andere coderingssystemen (ICPC, ICD, LOINC, etc.) zodat iedere zorgverlener zijn eigen, gekende woordenschat kan gebruiken. Bovendien werd voor elk concept ook een eenvoudige, door patiënten begrijpbare term voorzien. Een voorbeeld: een medisch specialist voert in het EPD de diagnose ‘lumbago’ in, een term die voor hem/haar gebruikelijk is. Door de koppeling met SNOMED-CT wordt automatisch de bijhorende unieke code toegevoegd, waardoor de diagnose ‘lumbago’ in andere systemen omgezet kan worden naar de patiëntvriendelijke term ‘spit’ of naar de code ‘lage rugpijn zonder uitstraling’ die door de huisarts wordt gebruikt.

Dankzij deze eenduidige terminologie begrijpen zorgverleners, patienten en computers elkaar, en ontstaat eenheid van taal. Dit verhoogt de kwaliteit van gegevensuitwisseling met positieve impact op zorgkwaliteit en -efficiëntie, patiëntveiligheid en zorgt voor nieuwe kansen op vlak van onderzoek en innovatie.

FHIR

Naast eenheid van taal, dienen gegevens ook technisch gestandaardiseerd te worden om vlot uitwisselbaar te zijn tussen verschillende systemen. Waar vandaag voor gegevensuitwisseling tussen huisartsen, ziekenhuizen, etc. nog veelal gebruik wordt gemaakt van de Belgische KMEHR-standaard (Kind Messages for Electronic Healthcare Record), wordt er tegelijkertijd gewerkt aan de voorbereiding om in het volledige Belgische eHealth-ecosysteem de overgang te maken naar de internationale standaard HL7 FHIR. Deze standaard wordt sinds 2019 als prioriteit aangeduid in de federale eHealth-roadmap om naar de toekomst toe interoperabiliteit te garanderen.

De context van digitale zorg is immers veranderd, en de huidige KMEHR-standaard kan niet voldoende antwoord bieden op de nieuwe verwachtingen als meer granulaire toegang tot data, historie van informatie, snellere implementatie van nieuwe data-elementen, geanonimiseerde data-analyse, gebruik in (mobiele) webapplicaties, koppeling met zelfmeetapparatuur, etc.

FHIR staat voor Fast Healthcare Interoperability Resources en is de nieuwste standaard voor het uitwisselen van zorginformatie, ontwikkeld door de internationale HL7-organisatie. Hierbij wordt informatie opgeslagen in kleine blokjes gestructureerde data (vb patiënt, medicatielijst, allergie) die beschikbaar gesteld kunnen worden voor andere zorgverleners die hiermee aan de slag kunnen in het medicatieschema, de Sumehr, eForms, verwijsbrieven, attesten, etc. Daarnaast kunnen deze blokjes ook ruimer gedeeld worden voor beleids-, onderzoeks- en innovatiedoeleinden. Een duidelijk voorbeeld is de Sumehr die vandaag enkel als volledige PDF gedeeld kan worden. Wie geen toegang heeft tot één van de onderdelen, kan de Sumehr volledig niet raadplegen. Door de Sumehr met behulp van FHIR op te delen in kleine blokjes data, wordt modulair delen mogelijk en kunnen bepaalde delen van de Sumehr breder worden gedeeld of juist uitgesloten.

FHIR maakt hierbij gebruik van bewezen technologie zoals REST, XML en JSON en onderscheidt zich met herbruikbare en uitbreidbare bouwstenen. Bovendien is FHIR zeer goed en toegankelijk gedocumenteerd voor ontwikkelaars, en is open-source tooling beschikbaar.

Domus Medica en AADM actief betrokken

Vanuit het expertisedomein ICT & eHealth, aangevuld met leden van andere domeinen en de Alliantie Artsenbelang – Domus Medica (AADM) nemen we deel aan tientallen werkgroepen gericht op concrete eHealth-functionaliteiten. Daarnaast werken we in meerdere overkoepelende commissies waarin we prioriteiten voor efficiënte en kwaliteitsvolle digitale zorg bepalen, die we vervolgens trachten door te drukken naar de homologatiecriteria voor de EMD's en de criteria voor de geïntegreerde praktijkpremie om op die manier ontwikkelingen en kwaliteitsverbetering in de meest wenselijke richting te doen evolueren. In al deze overlegorganen verdedigen we de belangen van de huisartsenpraktijken, en pleiten we voor functionaliteiten waar de huisarts echt iets aan heeft en voor een gebruiksvriendelijke integratie in software en praktijkorganisatie.

Daarnaast heeft Domus Medica structureel overleg met de verschillende EMD-leveranciers over zowel strategische doelstellingen als concrete functionaliteiten, vragen en/of problemen. Ook wordt overleg gepleegd met andere beroepsgroepen en de verschillende mutualiteiten.

Recent werden alle EMD-leveranciers (vertegenwoordigd door Agoria) en de artsensyndicaten samengebracht, en wordt op dit moment een nieuwe, gezamenlijke nota voorbereid om enkele strategische en urgente zaken onder de aandacht te brengen. Op die manier trachten we gezamenlijk druk te zetten om prioriteit te geven aan de bezorgdheden op het terrein en de werkbelasting bij huisartsen te verlichten.

Hieronder vindt u enkele concrete voorbeelden van verwezenlijkingen op het terrein, en lichten we toe waar concrete dossiers vastlopen, en welke acties Domus Medica neemt om alsnog stappen vooruit te zetten (vb. medicatieschema, BelRAI).

Belangrijke verwezenlijkingen op het terrein

❖ Recip-e en dematerialisatie van het farmaceutisch voorschrift

Het klassieke papieren medicatievoorschrift werd geleidelijk uitgefaseerd en vervangen door elektronisch voorschrijven. Intussen werden er vele stappen gezet naar volledige dematerialisatie. Deze digitalisering biedt tal van voordelen: het virtueel samenbrengen van alle informatie over geneesmiddelen, en nieuwe mogelijkheden voor patiënten om de eigen voorschriften te beheren, etc. Sinds 11 december 2023 voorziet Recip-e een nieuwe functionaliteit waarbij artsen niet-eigen openstaande voorschriften kunnen consulteren, waardoor zij meer zicht krijgen op zorg die andere voorschrijvers hebben voorzien. Daarnaast zal in de nabije toekomst ook GFD-informatie over afgeleverde informatie zichtbaar worden. Deze twee ontwikkelingen bieden nieuwe opportuniteiten om zorg beter op elkaar af te stemmen, om therapietrouw nauwer op te volgen en om eventueel misbruik te voorkomen.

Naar analogie met Recip-e, wordt intussen ook gewerkt aan een gelijkaardig systeem voor niet-farmaceutisch voorschriften, zijnde UHMEP (Unaddressed Health Messages Exchange Platform).

❖ Huisartsenbarometers

In 2023 werden twee huisartsenbarometers ontwikkeld – voor diabetes en antibiotica – waarmee geaggregeerde data uit het EMD wordt geëxtraheerd om de praktijkpopulatie in kaart te brengen, huidige kwaliteit van zorg te analyseren, concrete acties te nemen en de impact daarvan te monitoren. Bij de implementatie werkte een interuniversitair team samen met de EMD-leveranciers, en Domus Medica om ondersteuning te bieden. In samenspraak werd ‘het deelnemen aan één barometer’ geïntroduceerd als nieuw criterium voor de geïntegreerde praktijkpremie. Met vereende krachten wordt op deze manier gewerkt aan waardevolle ICT & eHealth-ontwikkelingen met oog op kwaliteitsverbetering en populatiemanagement in de huisartsenpraktijk. Op dit elan zetten we de samenwerking voort voor de verdere uitbouw en het verdere gebruik van huisartsenbarometers.

Daadwerkelijk moeilijke dossiers

❖ Omschakeling naar SNOMED-CT en FHIR

Zoals hierboven toegelicht, is semantische en technische interoperabiliteit cruciaal, en moeten vanuit dat opzicht alle schakels van het eHealth-ecosysteem mee in de omslag naar SNOMED-CT en FHIR. Dit betekent dat alle manieren van registratie, opslag en

uitwisseling van gegevens – alsook onderliggende technologie herzien dient te worden. Hierbij is het cruciaal dat alle dossiersystemen, kluizen, hubs, platformen, etc. mee aan boord zijn en gealigneerd qua timing. Een enorme uitdaging binnen een realiteit van complexe politieke structuur en versnipperd eHealth-landschap, waarbij communicatie en gegevensuitwisseling onder andere gebeurt via platformen waar de overheid slechts beperkt controle over heeft, en waarbij overkoepelende coördinatie ontbreekt. Hierdoor varieert de aanpak en timing bij het implementeren van SNOMED-CT en FHIR bij verschillende schakels waardoor het risico bestaat dat parallelle circuits nodig zullen zijn omdat bepaalde systemen en/of regio's niet tijdig mee zijn. In dergelijke situatie zou een EMD-pakket in Vlaanderen bijvoorbeeld medicatieschema's in FHIR moeten publiceren, en in Brussel en/of Wallonië in KMEHR.

Om de roadmap voor omschakeling naar SNOMED-CT en FHIR te concretiseren en te aligneren, dringt Domus Medica bij de overheid aan op actie. Om die boodschap kracht bij te zetten, worden hierbij alle artsensyndicaten en EMD-leveranciers betrokken.

Voor de omschakeling naar FHIR, dient voor ieder datatype een FHIR-model te worden vastgelegd waarin de technische structuur en inhoud wordt bepaald aan de hand van kenmerken en metadata. Dit vraagt zeer veel tijd en inspanning. Domus Medica werkt momenteel mee aan het vastleggen van dergelijke FHIR-modellen:

- Zorgteam, zorgdoel, zorgtaak (ALIVIA)
- Medicatielijst (VIDIS)

Voor de omschakeling naar SNOMED-CT, ligt de grootste uitdaging in het vertalen van de 375.000 concepten (inclusief synoniemen en patiëntvriendelijke termen) naar het Nederlands en het Frans. Opnieuw een werk van lange adem; niet alleen vanwege het gigantische volume, maar ook omdat de vertaling enkel kan gebeuren door artsen en andere gezondheidsexperten. Dit resulteert in een trage, stapsgewijze voortgang en implementatie. Aangezien voor veel gebruikers slechts een deel van de concepten, termen en relaties uit SNOMED-CT relevant zijn, is het mogelijk om referentiesets te maken. Zo wordt voor huisartsen intussen gewerkt aan de General Practitioner RefSet, waarbij voor een selectie van de 10.000 meest frequent geregistreerde termen in de huisartsenpraktijk telens een één-op-één koppeling met SNOMED-CT wordt voorzien, mappings met ICPC2 en ICD-10 (en op termijn ICPC-3 en ICD-11), en één of meerdere Franse en Nederlandse synoniemen.

❖ **Medicatieschema**

Al jaren wordt vanuit het RIZIV samen met gebruikers en softwareleveranciers gewerkt aan het VIDIS-project. Hierin staat een 'volgende generatie' van het medicatieschema centraal en worden alle processen en systemen in de medicatieflow afgestemd op elkaar zodat functionele meerwaarde, technische betrouwbaarheid en gebruiksgemak toenemen. Om dit mogelijk te maken, is in alle systemen de omschakeling naar FHIR noodzakelijk, waardoor die overstap niet gerealiseerd kan worden voor 2025-2026.

Gezien het belang van een accuraat medicatieschema en de benodigde tijd om VIDIS te realiseren, wordt momenteel in opdracht van het Departement Zorg bekeken hoe de huidige tekortkomingen op vlak van interoperabiliteit bij het uitwisselen van medicatieschema's tussen verschillende softwarepakketten aangepakt kunnen worden. Doel is om tijdelijk – in afwachting van VIDIS – het huidige Vitalink medicatieschema (KMEHR) dankzij beperkte bijsturing correcter en gebruiksvriendelijker te laten functioneren.

Hiertoe werd een work-around uitgewerkt met minimale aanpassingen in de software en waarbij zorgverleners gevraagd worden enkele eenvoudige vuistregels te volgen. Momenteel organiseren VIVEL, Domus Medica en VAN een clustertest in de regio Schelde-Leie om te evalueren of het toepassen van de vuistregels praktisch haalbaar is, en of het Vitalink medicatieschema beter bruikbaar is door het toepassen van de vuistregels. Mits een positief resultaat, zal bekeken worden hoe deze vuistregels breder toegepast kunnen worden zodat het vertrouwen in – en daardoor ook het gebruik van – het Vitalink medicatieschema hersteld kan worden. Zo willen we stimuleren alsook faciliteren dat alle betrokken beroepsgroepen aan de slag gaan met een betrouwbaar gedeeld medicatieschema, waarna dit verder kan worden geoptimaliseerd via VIDIS.

Parallel werkt Domus Medica mee aan de definitie van het FHIR-model ‘medicatielijst’ waarin de technische structuur en inhoud wordt bepaald, zodat het goed bruikbaar is bij zowel standaard cases als uitzonderingen. Het betreft dan bijvoorbeeld kenmerken en metadata als patiënt, voorschrijver, voorschrijfdatum, start- en einddatum, product, posologie, innamemoment, route inname, etc. alsook het al dan niet verplichte karakter van elk kenmerk en mogelijke waarden per kenmerk. Op meer highlevel niveau denken we mee over bijkomende functionaliteiten, verantwoordelijkheden, en ondersteuning bij implementatie.

❖ **BelRAI**

Het inschalingsinstrument BelRAI – geënt op het internationaal gevalideerde InterRAI – wordt gebruikt als onderbouw voor de opmaak van een gepersonaliseerd zorgplan en dient als basis voor multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast kunnen dergelijke inschalingen hergebruikt worden voor het budgetteren van zorgnoden en toekenning van zorgbudgetten. Opmerkelijk is dat er momenteel twee BelRAI-databanken bestaan: Vlaams en federaal. De verklaring die hiervoor gegeven wordt, is dat elke overheid verschillende accenten legt in functie van zijn beleidsprioriteiten en een ander tempo hanteert. Zo gebruikt Vlaanderen BelRAI voor de automatische rechtentoekenning, en kiest men er bijvoorbeeld voor maatschappelijk werkers bijkomend toegang te geven. Omdat de gebruiksregels en toegangsrechten per systeem verschillen, is het juridisch niet mogelijk om data te synchroniseren en/of uit te wisselen. Een WZC en thuiszorgactoren kunnen alleen in het Vlaamse systeem werken, en huisartsen alleen in het federale. Hierdoor is gezamenlijk een BelRAI invullen onmogelijk; omwille daarvan moet informatie dus eerst onderling gedeeld worden waarna één iemand een BelRAI kan aanmaken in het platform waar hij toegang tot heeft. Afhankelijk van wie dit doet, staan de gegevens in één databank, hebben bepaalde andere actoren al dan niet toegang, en zijn bepaalde functionaliteiten al dan niet mogelijk. De MyBelRAI-functie voor patiënten is bijvoorbeeld enkel te raadplegen via de federale databank.

Om dit op te lossen, is een samenwerkingsakkoord eHealth-BelRAI opgemaakt waarin o.a. beschreven wordt dat een interfederale BelRAI-gegevensdatabank zal opgericht worden (BelRAI-gegevensdatabanken van gefedereerde entiteiten blijven wel mogelijk mits uitwisseling van bepaalde types gegevens waarover consensus tot uitwisseling is). Dit samenwerkingsakkoord dient eerst door alle overheden goedgekeurd te worden vooraleer werk gemaakt kan worden van technische ontwikkeling voor synchronisatie van BelRAI-resultaten en mogelijkheden voor gezamenlijk invullen.

Ondersteund door enkele huisartsenkringen die eerder aan de alarmbel trokken, heeft ook Domus Medica haar bezorgdheid geuit in de strategische werkgroep eGezondheid en eWelzijn (VIVEL). Deze werkgroep volgt met interesse de BelRAI-ontwikkelingen, en is overtuigd van de meerwaarde voor een beter zorgplan, betere multidisciplinaire samenwerking en beter beleid. Aangezien de huidige situatie met twee aparte BelRAI-platformen en twee gegevensdatabanken onwerkbaar is, en zorgt voor verwarring en extra werkbelasting op het terrein, vraagt deze werkgroep aan VIVEL om de druk te verhogen om BelRAI pas systematisch te integreren wanneer beide BelRAI-systemen onderling verbonden zijn, correct werken, en ook de integratie met de registratie in het kader van zorgepisoden op punt staat.