

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**BeIRAI Revalidatie:
Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van het
BeIRAI Revalidatie instrument in de fysieke revalidatie in Vlaanderen**

Jasmine Van Regenmortel
Prof. dr. Anja Declercq
Prof. dr. Dominique Van de Velde



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. 2019/

SWVG-Rapport

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: BelRAI Revalidatie: Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van het BelRAI Revalidatie instrument in de fysieke revalidatie in Vlaanderen

Promotoren: Prof. dr. Anja Declercq¹, Prof. dr. Dominique Van de Velde²

Onderzoekers: Jasmine Van Regenmortel^{1,2}

¹ KU Leuven

² UGent

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse overheid. De Vlaamse overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

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

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldhogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 40

September 2020

BelRAI Revalidatie: Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van het BelRAI Revalidatie instrument in de fysieke revalidatie in Vlaanderen

Onderzoeker: Jasmine Van Regenmortel^{1,2}

Promotoren: Prof. dr. Anja Declercq¹, Prof. dr. Dominique Van de Velde²

¹ KU Leuven

² UGent

Samenvatting

De Vlaamse revalidatiesector biedt behandeling, zorg en ondersteuning voor een diverse groep van personen aan. Net zoals in de andere sectoren die onder de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) ressorteren, wil de Vlaamse overheid ook voor deze sector gebruik maken van het BelRAI systeem voor inschaling van zorgnoden. We stellen echter vast dat er nog geen internationaal gevalideerd interRAI-instrument bestaat voor de langdurige revalidatie zoals we die in Vlaanderen kennen. In opdracht van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin (SWVG) startten we daarom in 2017 met de ontwikkeling van een BelRAI Revalidatie instrument. Een eerste stap in de ontwikkeling van een BelRAI- of interRAI-instrument is na te gaan welke thema's en items aan bod moeten komen in het assessment. In het eerste onderzoek voerden we daarom een literatuuronderzoek uit en brachten we via focusgroepen en interviews met alle stakeholders en experts de thema's in kaart die volgens hen aan bod moeten komen. Het resultaat was een lange lijst van onderwerpen en items. Op basis van de resultaten ontwikkelden we in 2018 de eerste versie van het BelRAI Revalidatie instrument en het bijbehorende gebruikershandboek (Van Regenmortel et al, 2018). Dit instrument bleek zeer lang, maar er was geen consensus bij de stakeholders over welke items verwijderd mochten worden.

Het huidige onderzoek heeft tot doel: (1) dit instrument en het bijbehorende handboek te verkorten en te verfijnen door het in de praktijk te testen en (2) de randvoorwaarden voor implementatie in kaart te brengen.

De **onderzoeksvragen** zijn de volgende:

1. In hoeverre is het BelRAI Revalidatie instrument praktisch toepasbaar en inhoudsvalide in de dagelijkse praktijk? Gezien het instrument nog te lang is: welke items kunnen worden geschrapt?
2. Hoe staan de verschillende groepen van stakeholders in de fysieke revalidatie voor volwassenen ten opzichte van het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument in Vlaanderen?
3. Welke gebruiksmogelijkheden en beperkingen biedt het BelRAI Revalidatie instrument volgens zorgverleners, directies, revalidanten en beleidsmakers?
4. In welke mate kan het ICF-systeem volgens zorgverleners en directies vervangen worden door de ICF-items opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument? Met andere woorden: in welke mate zijn de items in het BelRAI Revalidatie instrument een correcte weergave van het theoretische biopsychosociale kader van de ICF?
5. Wat zijn de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie in de Vlaamse voorzieningen voor langdurige revalidatie?

Om een antwoord te kunnen formuleren op deze onderzoeksvragen hebben we een studie opgezet waarin we kwalitatieve data verzamelden bij zorgverleners tijdens verschillende supervisie- en intervisiemomenten en tijdens focusgroepen. We organiseerden ook een expertenpanel. Aan de focusgroepen namen mensen deel die deelnamen aan de test en ervaring hadden met het instrument. Aan het expertenpanel participeerden directies, stafleden en mensen van de overheid. Kwantitatieve data verzamelden we via (1) een attitudemeting ontwikkeld in de BelRAI GGZ-pilootstudie, die werd aangepast voor de revalidatiesector, (2) de analyse op de data gegenereerd uit de test van het BelRAI Revalidatie instrument en (3) een vragenlijst om de index voor inhoudsvaliditeit te berekenen. De resultaten van de analyses op alle verzamelde data zijn beschreven in de hoofdstukken 3 (kwantitatieve data) en 4 (kwalitatieve data).

Met betrekking tot de **eerste onderzoeksvraag** bleek uit alle kwalitatieve data die we verzamelden bij zorgverleners en andere stakeholders dat het instrument zoals we het ontwikkelden tijdens het eerste project (Van Regenmortel et al., 2018) en verfijnden en testten tijdens het voorliggend project, nog steeds veel te lang was. Dat bleek ook uit de BelRAI-data die de zorgverleners over de cliënten verzamelden. Door de lengte van het instrument duurde het uiteraard ook lang om het in te vullen. Het feit dat er op papier en niet met software werd gewerkt, zorgde ervoor dat het niet voor iedereen duidelijk was dat niet alle secties voor iedereen moesten worden ingevuld. Uit de test bleek dat het lange instrument onwerkbaar was en dat de zorgverleners daardoor ook geneigd waren een selectie te maken van revalidanten met weinig complexe problemen. Bijgevolg vulden de zorgverleners niet alleen minder assessments in, ze selecteerden ook vooral patiënten met een minder complexe problematiek, die mondig waren en aan wie ze dus gemakkelijk veel vragen konden stellen. De hoeveelheid data is daardoor minder dan verwacht en bovendien is de steekproef scheef, met een oververtegenwoordiging van weinig complexe cases. Dat had tot gevolg dat er niet genoeg data waren om de nieuwe items grondig te valideren.

Maar terwijl de deelnemers het tijdens de intervisies en de focusgroepen unaniem eens waren met de vaststelling dat het instrument te lang was en dat dit een grote hypothese legde op de bruik- en haalbaarheid van het instrument, deden zij individueel - tijdens de intervisies - toch veel voorstellen voor toevoegingen. Ze gaven ook aan dat meer items moesten worden toegevoegd voor specifieke doelgroepen. De grote diversiteit in de sector heeft tot gevolg dat gebruikers van het instrument sommige secties voor hun specifieke doelpubliek overbodig vinden, terwijl ze van mening zijn dat andere secties, die wel zeer relevant zijn voor hun doelpubliek, uitgebreid zouden moeten worden. Bijgevolg werden dezelfde secties (bijvoorbeeld over gehoorproblemen) door de ene respondent overbodig gevonden en door een andere respondent net niet uitgebreid genoeg.

Om tot een oplossing te komen hebben de onderzoekers in een latere fase, na de test en de focusgroepen, een modulair instrument ontwikkeld. Dit systeem bestaat uit een 'core instrument' dat voor alle cliënten moet worden ingevuld en uit elaboratiemodules of supplementen, die enkel worden ingevuld als ze voor de revalidant in kwestie worden getriggerd in het core instrument. Voor iemand met gehoorproblemen gaat bijgevolg een uitgebreide sectie over gehoor open, terwijl voor iemand voor wie in het core instrument bij één item wordt aangeduid dat er geen problemen met het gehoor zijn, er verder geen vragen over gehoor worden gesteld. Tevens verwijderden we alle informatie die ook terug te vinden is in andere dossiers, zoals het medisch dossier van de revalidant. Het is dan voor het toekomstig gebruik wel belangrijk dat er via software een link wordt gelegd tussen die andere dossiers en BelRAI.

Om te bepalen welke items wel in het core instrument worden opgenomen, hebben de onderzoekers zich gebaseerd op vijf criteria (hoofdstuk 5). De vijf criteria zijn:

1. Het item is een core set interRAI item en daarom nodig voor informatie-uitwisseling met andere sectoren.
2. Het item wordt gebruikt voor de berekening van een bestaande interRAI CAP of schaal die nuttig is voor de revalidatiesector.
3. Het item maakt deel uit van de ICF rehabilitation core set (inclusief het ICF-kader) en is daarom nodig voor informatie-uitwisseling in de revalidatiesector.
4. Het item is nodig om zicht te krijgen op de revalideerbaarheid van de persoon.
5. Het item is in de loop van dit en het voorgaande BelRAI Revalidatie project door de deelnemers systematisch als zeer belangrijk of essentieel beschouwd voor alle doelgroepen van de lange-termijnrevalidatie (15-65 jaar) en is niet geïnccludeerd op basis van de bovenstaande criteria.

Het selectieproces resulteerde in een basisset van items die het core instrument vormen. Om tegemoet te komen aan specifieke noden van (deel)sectoren en doelgroepen in de revalidatiesector is uitbreiding met deelsectorespecifieke of doelgroepspecifieke items via elaboratiemodules mogelijk. Het geheel van het core instrument en de elaboratiemodules die relevant zijn voor een deelsector of doelgroep, vormt samen een haalbaar instrument dat qua lengte overeenstemt met andere instrumenten uit de BelRAI Suite, zoals het Home Care of het Long Term Care Facilities instrument. Elk item in het instrument is gelinkt aan één of meerdere ICF-codes, zodat de relatie tussen BelRAI en ICF duidelijk is.

Op basis van dit instrument kunnen CAP's en schalen worden berekend en op termijn ook andere BelRAI-gerelateerde output zoals kwaliteitsindicatoren en bijkomende CAP's en schalen. Op vraag van de sector is er tevens een ICF-schema gecreëerd met daarin de items van het nieuwe BelRAI Revalidatie instrument (Figuren 124 en 125). De output is beschreven in hoofdstuk 6.

Onderzoeksvragen twee en drie zijn aan elkaar gerelateerd. Ze gaan over de houding ten opzichte van het instrument en de gebruiksmogelijkheden die men in het instrument ziet. Om deze vragen te beantwoorden zijn zowel kwantitatieve data (attitudeschaal) als kwalitatieve data (interviews focusgroepen, expertenpanel) verzameld en geanalyseerd.

Op verschillende momenten in het onderzoek is een attitudevragenlijst afgenomen. Deze attitudevragenlijst bevroeg de houding van respondenten over zes thema's: (1) het doel, de inhoud en het gebruik van het instrument; (2) de ondersteuning van de communicatie en de integratie van zorg(planning); (3) groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën; (4) software en dossiergebruik in organisaties en over organisaties heen; (5) evidence-based practice en onderzoek met BelRAI (Revalidatie); en (6) ICF. In de loop van het project stelden we een evolutie naar een meer positieve - of minstens meer neutrale - houding vast, met her en der ook meer extreme scores, zowel in positieve als in negatieve zin. De deelnemers bleven vragen hebben wat betreft de link tussen ICF en BelRAI (hoofdstuk 3). De attitudes zijn evenwel niet meer bevroegd na de voorstelling van het nieuwe instrument en ook de ICF-schema's zijn pas op het terugkoppelmoment gepresenteerd. De attitude van de zorgverleners evolueerde tijdens de studie dus grotendeels in positieve zin, maar er was een dip waar te nemen bij attitudemetingen kort na de vrijgave van de Vlaamse Conceptnota revalidatie. Daarin wordt expliciet de link gelegd tussen het toekomstige gebruik van een BelRAI Revalidatie instrument en financiering, wat wellicht voor ongerustheid in de sector heeft gezorgd. De betrokken sectoren hebben

zeker nog bedenkingen bij, en zelfs angst voor, het gebruik van het instrument voor financiering. Ook de kwalitatieve data wijzen uit dat men grote verwachtingen heeft van het BelRAI Revalidatie instrument voor zorgplanning, voor het delen van informatie binnen de revalidatiesector en met andere sectoren zoals de thuiszorg. Men is vragende partij voor een gestructureerd instrument dat toelaat op een objectieve manier informatie te verzamelen. Waar beleidsmakers ook de nadruk leggen op financiering via het instrument, zijn vooral de directies in het expertenpanel wat dat betreft veel meer terughoudend. Er wordt niet echt 'neen' gezegd, maar men heeft nog veel vragen en bezorgdheden.

In de loop van het project bleken de deelnemers aan het onderzoek nog twijfels te hebben over de haalbaarheid - niet over de wenselijkheid - van de integratie van ICF en BelRAI (**onderzoeksvraag 4**). Alle items van het nieuwe, verkorte instrument hebben sindsdien evenwel zowel een interRAI iCode als een ICF-code gekregen (linking) en aan de BelRAI output is ook een ICF-schema toegevoegd, waarin elk item uit het basisinstrument (figuur 124) en uit de elaboratiemodules (figuur 125) een plaats heeft gekregen. Gezien er werd gewerkt met de ICF-revalidatie core set die de revalidatiesector als algemene standaard beschouwt, kan gegarandeerd worden dat de items een realistische weergave zijn van het theoretische biopsychosociale kader.

De deelnemers somden heel wat randvoorwaarden voor implementatie op (**onderzoeksvraag 5**). Deze zijn evenwel voor het grootste deel dezelfde als de algemene randvoorwaarden voor BelRAI, die ook voor andere instrumenten en sectoren gelden (hoofdstuk 4). Zo benadrukt men (1) het belang van een goed handboek (dat we volledig herwerkten op basis van het verkorte instrument) en een wiki-site, (2) de beschikbaarheid van output (die deels beschikbaar is onder de vorm van reeds gevalideerde CAP's en schalen en het ICF-schema, maar die deels nog verder ontwikkeld moet worden), (3) de beschikbaarheid van een goede en gestandaardiseerde opleiding en van kwaliteitscontrole van de assessments, (4) het respect voor de privacy, de veilige opslag van de data en de nood aan goede en duidelijke informatie daarover voor de revalidanten, (5) het respect voor de therapeutische relatie en de opbouw van vertrouwen voor men sommige items in moet vullen, (6) het voorzien in materiële en financiële middelen (door de overheid) om het gebruik van BelRAI mogelijk te maken, (7) het leggen van linken met andere initiatieven en projecten in de zorg en de zorgvernieuwing, (8) een duidelijk implementatieplan, (9) het kunnen volgen van zorgtrajecten aan de hand van het instrument en ten slotte (10) de administratieve vereenvoudiging en het verminderen van administratieve overlast.

Meer specifieke randvoorwaarden en vereisten voor de revalidatiesector zijn de vragen naar een screener voor de revalidatie voor minder complexe zorg, en de vraag naar aanpassingen of items in het instrument die verschillend zijn voor de ambulante en de residentiële sector (wat door de verschillende elaboratiemodules reeds opgelost zou moeten zijn).

Ten slotte kwam er een bedenking die wellicht voor meerdere sectoren geldt, maar niet eerder in een BelRAI onderzoek naar voor kwam. Deze bedenking betreft het feit dat assessments ook verwachtingen creëren bij personen over oplossingen voor de problemen die in het assessment naar boven komen, terwijl die oplossingen niet altijd gegeven kunnen worden door de organisatie die het assessment afneemt.

Er is dus vraag naar en nood aan een duidelijk en concreet implementatieplan dat door de overheid ter beschikking gesteld zou moeten worden. Daarin zouden de visie, de doelen, de middelen die ter beschikking worden gesteld en de timing duidelijk beschreven moeten worden. Op basis daarvan kunnen de organisaties op hun beurt starten met de uitwerking van hun individueel implementatieplan.

De deelnemers aan het expertenpanel (directies, stafleden, overheid) benadrukten ook het belang van een implementatie van de BelRAI Suite over alle sectoren heen, omdat dat de implementatie in hun eigen sector en organisatie zou vergemakkelijken en bevorderen. In de langetermijnrevalidatie heeft men nood aan en ziet men het nut van het kunnen ontvangen van BelRAI revalidatie gegevens uit andere organisaties en sectoren, en in de eerste plaats uit de (post-)acute ziekenhuiszorg waar de revalidant vandaan komt. Daar wordt evenwel nog niet met BelRAI gewerkt, al zou het bestaande interRAI Post-Acute Care instrument er een geschikt instrument kunnen zijn. Bij een volledige uitrol van de BelRAI Suite in alle sectoren en van het BelRAI Revalidatie instrument in bijzonder, dient er aandacht te zijn voor de verschillende zorgtrajecten die revalidanten afleggen.

Er is een verkort instrument ontwikkeld, waarvoor ook reeds output in de vorm van CAP's, zorgschalen en een ICF-schema (hoofdstuk 6) beschikbaar is. Dit instrument moet evenwel nog worden getest. Die test gebeurt het best bij een representatief staal van revalidanten in een representatief staal van revalidatievoorzieningen. Tevens is het belangrijk dat de test gebeurt met software en met de mogelijkheid om de reeds beschikbare output te berekenen en te gebruiken. De data die zorgverleners op deze manier verzamelen, kunnen ook worden gebruikt om te starten met het ontwikkelen van bijkomende output. Opleiding, handboeken en dergelijke kunnen worden geoptimaliseerd. Representatieve data laten bovendien toe om een duidelijker beeld te krijgen van de populatie van revalidanten in Vlaanderen.

Inhoud

Lijst Tabellen	13
Lijst Figuren	16
Afkortingen	23
Definities	25
Hoofdstuk 1 Situering van het onderzoek	33
1 Prevalentiecijfers voor disability en revalidatie	34
1.1 Disability wereldwijd en in Europa	34
1.2 Prevalentiecijfers voor België	35
2 Revalidatie, revalideerbaarheid en revalidatiepotentieel	35
2.1 Vormen van revalidatie	35
2.2 Revalidatieproces	37
2.3 Revalidatie: uitdagingen voor de toekomst	38
2.4 Revalidatiepotentieel en revalideerbaarheid	42
3 Organisatie van de Vlaamse revalidatie	44
4 Voorzieningen voor revalidatie in de Vlaamse context	45
4.1 Vlaamse revalidatieziekenhuizen	45
4.2 CAR 9.53-9.65	49
4.3 Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren (Zandhoven) (7.76.5)	49
4.4 Revalidatiecentrum Revalidatiecentrum NAH Turnhout	50
4.5 Low vision centra 9.69 (visuele revalidatie)	50
5 Het nut van de interRAI output voor de Vlaamse revalidatie	50
5.1 Outputpiramide	51
5.2 Klinische mogelijkheden	52
5.3 Wetenschappelijke mogelijkheden	53
5.4 BelRAI Revalidatie instrument	53
Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet	55
1 Onderzoeksvragen en doel van het onderzoek	55
2 Methode	56
3 Steekproef voor de test met het uitgebreide instrument dat in het eerste project werd ontwikkeld	56
4 Doelgroep van het instrument	57
5 Onderzoeksprocedure	58
6 Ethische commissie	59

7	Rekrutering en informatiesessie	59
8	Instrument en handboek	60
	8.1 Opbouw	60
	8.2 Gebruik van het instrument en aantal items	61
9	Kwantitatieve dataverzameling en analyse	65
	9.1 Data-analyse	65
	9.2 Data-analyse: instrumenten	66
	9.3 Bijkomende vragenlijsten	67
	9.4 Demografische fiches	68
	9.5 CVI-vragenlijst	68
	9.6 Attitudemeting	69
	9.7 Afkappunten of cutoff waarden voor de BelRAI Revalidatie instrument data	72
10	Kwalitatieve dataverzameling en data-analyse	73
	10.1 Intervisie met zorgverleners	73
	10.2 Focusgroepen	73
	10.3 Expertpanel	75
	10.4 Analyse	76
11	BelRAI Revalidatie opleiding	76
12	Nota met praktische informatie bij het invullen van het BelRAI Revalidatie instrument	76
13	Deelname van het Vlaams Patiëntenplatform	76
14	ICF-platform en ICF linking	77
	14.1 ICF-platform	77
	14.2 Richtlijnen voor de linking.	77
	14.3 De effectieve 'linking'	78
15	Feedbackmoment oktober 2019	80
Hoofdstuk 3 Resultaten uit de kwantitatieve data-analyse		81
1	Rekrutering voor het invullen van het BelRAI Revalidatie instrument	81
2	Deelnemers aan de BelRAI Revalidatie opleiding	82
3	De verzameling van BelRAI-data	85
4	Beschrijving van de personen voor wie het BelRAI Revalidatie instrument is ingevuld	88
	4.1 Woonsituatie	89
	4.2 Geslacht	90
	4.3 Cognitie	90
	4.4 Communicatie en sociale interactie	92
	4.5 Gehoor en zicht	93
	4.6 Depressieve symptomen	94
	4.7 Gedragsproblemen	96
	4.8 Activiteiten van het dagelijkse leven en mobiliteit	97
	4.9 Transfers	100
	4.10 Vallen	102
	4.11 Ziektebeelden	103

4.12	Voedselinname	104
4.13	Medicatie, behandelingen en therapietrouw	105
4.14	Mantelzorg	106
4.15	Contextuele factoren	106
4.16	Onderwijs, tewerkstelling en activiteiten	108
4.17	Samenvatting	109
4.18	Representativiteit van de steekproef	109
5	BelRAI Revalidatie instrumenten: missing values op sectie/(elaboratie)module niveau	110
5.1	Missing values per instrument en het gebruik van de modules	111
5.2	De extremen	117
5.3	Missing values op item niveau	117
6	Verzameling van CVI-vragenlijsten en attitude-schalen	118
7	Attitudeschalen: houding ten opzichte van het instrument	119
7.1	Attitude van de zorgverleners of de deelnemers in het algemeen aan de start van het onderzoek (informatiesessie)	119
7.2	Attitude van de zorgverleners bij de opleiding	132
7.3	Attitude van de zorgverleners tijdens de intervisiemomenten	140
7.4	Attitude van de zorgverleners tijdens de focusgroepen	149
7.5	Attitude van het expertenpanel	157
8	CVI-vragenlijst: meest en minst relevante items	165
Hoofdstuk 4 Het kwalitatief onderzoek: gebruiksmogelijkheden, implementatievoorwaarden en voorwaarden waaraan het instrument volgens de deelnemers aan het onderzoek moet voldoen		167
1	Beschrijving van de deelnemers aan de kwalitatieve dataverzameling	167
1.1	Intervisies met de deelnemers aan de BelRAI dataverzameling	167
1.2	Focusgroepen met zorgverleners die betrokken waren bij het verzamelen van de BelRAI-data	167
1.3	Expertpanel met verschillende stakeholders	171
2	Resultaten uit de kwalitatieve data-analyses	174
2.1	Voorwaarden voor het instrument	175
2.2	Implementatievoorwaarden	189
Hoofdstuk 5 Samenstelling van het BelRAI Revalidatie core instrument: criteria voor selectie van items		207
1	Selectiecriteria	207
1.1	Criteria voor het behoud van een item	207
1.2	Volgorde van de secties	211
1.3	Premorbide functioneren	211
1.4	Medische informatie uit het EPD	211
2	Werkwijze voor het ontwikkelen van een nieuwe versie van het BelRAI Revalidatie instrument	213
2.1	Overzicht van de ontwikkeling van het core instrument en de elaboratiemodules	213

2.2	Criterium 1: interRAI	216
2.3	Criterium 2: items nodig voor de berekening van CAP's en schalen	216
2.4	Criterium 3: ICF core set rehabilitation	216
2.5	Criterium 4: Revalideerbaarheid en revalidatiepotentieel	218
2.6	Criterium 5: Revalidatiespecifieke items	218
Hoofdstuk 6 De nieuwe versie van het instrument: opbouw en output		227
1.1	Schematische weergave	227
1.2	Output: CAP's en schalen	231
2	Andere output: samenvattingen, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaarte-indicatoren	236
3	BelRAI Revalidatie ICF-schema	236
Hoofdstuk 7 Besluiten en Beleidsaanbevelingen		239
1	Besluit	239
1.1	Vraag 1: In hoeverre is het BelRAI Revalidatie instrument praktisch toepasbaar en inhoudsvalide in de dagelijkse praktijk?	239
1.2	Vraag 2: Hoe staan de verschillende groepen van stakeholders in de fysieke revalidatie ten opzichte van het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument in Vlaanderen?	241
1.3	Vraag 3: Welke gebruiksmogelijkheden en beperkingen biedt, volgens de zorgverleners, de directie, de revalidanten en de beleidsmakers, het BelRAI Revalidatie instrument?	241
1.4	Vraag 4: In welke mate kunnen de items uit de ICF opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument de ICF vervangen volgens de zorgverleners en de directie? Met andere woorden: in welke mate zijn de BelRAI Revalidatie instrument items een correcte weergave van het theoretische biopsychosociale kader van de ICF.	242
1.5	Vraag 5: Wat zijn de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie?	242
2	Beleidsaanbevelingen	243
2.1	Het uitwerken van een concreet en gedetailleerd implementatieplan	243
2.2	Volledige implementatie van de BelRAI Suite in de gezondheidszorg	243
2.3	Vervolgonderzoek met een representatieve steekproef	244
Bibliografie		245

Lijst Tabellen

Tabel 1	'Revalidatieziekenhuizen', de acht revalidatieziekenhuizen waarvan het BFM (Budget Financiële Middelen) via de 6 ^{de} staatshervorming tot de Vlaamse Bevoegdheid hoort (Vlaamse Regering, 2019a, p. 4);	30
Tabel 2	SP-bedden verdeling van Vlaamse revalidatieziekenhuizen (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017).	46
Tabel 3	Ambulante en hospitalisatie revalidatieprestaties (multidisciplinair) in 2014 (Nolis, 2015, p. 13).	46
Tabel 4	Overzicht van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen (Nolis, 2015, p. 10)	47
Tabel 5	Herkomst van revalidanten in percentage 2014 (Nolis, 2015, p. 13). *Inclusief kortverblijf (o.a. oppuntstelling revalidanten conventies NMRC of AOT)	48
Tabel 6	Bestemming van revalidanten in percentage 2014 (Nolis et al., 2016, p. 13). ** Inclusief integratieverlof	48
Tabel 7	Inclusie en exclusiecriteria tweede BelRAI Revalidatie onderzoek	57
Tabel 8	Aantal vragen en items per secties van het BelRAI revalidatie instrument versie 26-09-2018	61
Tabel 9	Richtlijnen voor het invullen van de modules in het BelRAI Revalidatie instrument versie 26-09-2018	62
Tabel 10	Overzicht elaboratiemodules in het BelRAI Revalidatie instrument en aantal bijhorende items.	63
Tabel 11	Overzicht van het totaal aantal vragen en items van het geteste instrument	65
Tabel 12	Codering van secties/modules/elaboratiemodules volgens een meer focused coding	67
Tabel 13	Voorziene meetmomenten volgens het onderzoeksopzet	68
Tabel 14	Evaluatie van de kappa statistiek bij berekening van de CVI volgens (Wellens et al., 2012b)	69
Tabel 15	Vergelijking tussen de attitudemeting uit het GGZ-project en revalidatie-project. Er is getracht zo veel mogelijk inhoudelijk de vragen uit het GGZ-project te behouden.	70
Tabel 16	Dataverzameling en codering van de attitudeschalen	70
Tabel 17	Overzicht van de thema's die bevroegd worden in de 'Attitudemeting BelRAI Revalidatie'.	71
Tabel 18	Delen van de attitude-vragenlijst	71
Tabel 19	Thema's uit de intervisiemomenten, ter voorbereiding van de focusgroepen met de zorgverleners	75

Tabel 20	Aangeschreven koepelorganisaties en verenigingen (in alfabetische volgorde) met een uitnodiging voor hun leden voor feedbackmoment BelRAI Revalidatie 2019, op 21 oktober 2019	80
Tabel 21	Overzicht van het aantal verschillende voorzieningen, het aantal ingeschreven zorgverleners, aanwezige zorgverleners, en ontvangen demografische fiches per opleidingsmoment	82
Tabel 22	Weergave van het werkregime van de zorgverleners aan de opleiding op basis van de demografische fiches, in aantallen en percentages, n=33 missing=0%.	84
Tabel 23	Overzicht van de uitgenodigde organisaties en de <i>verwachte</i> ingevulde BelRAI Revalidatie instrumenten * Revalidatiecentrum De Dennen is niet uitgenodigd omwille van hun doelgroep (65+). Revalidatiecentrum Lemberge heeft reeds in het BelRAI Revalidatieproject 1 aangegeven enkel te reageren als men de mogelijkheid ziet om deel te nemen (merendeel van de doelgroep is 65+, maar niet allemaal). Bijgevolg wordt men telkens uitgenodigd, maar reageert men, zoals verwacht, niet.	86
Tabel 24	Overzicht van het aantal zorgverleners per organisatie die deelnamen aan het onderzoek, bij de ambulante sector is ook de doelgroep van de organisatie aangegeven.	87
Tabel 25	A13 Verblijfplaats op het tijdstip van beoordeling in aantallen (n) en percentage (%), n=105, missing=4.76%.	89
Tabel 26	A15 woonsituatie in aantallen (n) en percentage (%), n=105, met 6 of 5.71% niet te bepalen.	90
Tabel 27	Leeftijdscategorieën (in aantallen (n) en percentage (%)), n=105, missing=6.67%	90
Tabel 28	C1 Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming (in aantallen (n) en percentage (%)), n=105, missing=16.19%.	91
Tabel 29	B2 Sociale interactie (in aantallen (n) en percentage (%)), n=105, missing=4.76.	92
Tabel 30	D1 Uiting (zichzelf duidelijk maken) en D2 Begrip (andere kunnen begrijpen), n=105, missing=7.62%.	92
Tabel 31	E3 Gedragssymptomen van de deelnemende revalidanten (%), n= 105, missing = 4.71% of 5.71%.	96
Tabel 32	Module 9: Transfers, de uitvoering en mogelijkheden van de revalidanten om verschillende transfers uit te voeren in percentages (%) n=105, missing variabel per item (0% - 5.71%).	100
Tabel 33	Percentages missing values per ingevuld instrument, n=105.	111
Tabel 34	Aantal attitudeschalen verwachten en ontvangen tijdens de verschillende BelRAI Revalidatie instrument activiteiten.	118
Tabel 35	Overzicht ingediende attitudeschalen per meetmoment in aantal en percentage, n=134	119
Tabel 36	Uitgebreide legende van de x-as (Thema 1)	121

Tabel 37	Uitgebreide legende van de x-as (Thema 2)	123
Tabel 38	Uitgebreide legende van de x-as (Thema 3)	125
Tabel 39	Uitgebreide legende van de x-as (Thema 4)	127
Tabel 40	Uitgebreide legende van de x-as (Thema 5)	128
Tabel 41	Uitgebreide legende van de x-as (Thema 6)	131
Tabel 42	Weergave van de resultaten van de CVI-vragenlijst per item, percentage van relevantie	165
Tabel 43	Focusgroepen met de deelnemende organisaties: aanwezigheden en demografische fiches	168
Tabel 44	Specifieke focusgroepen: aanwezigheden en demografische fiches	168
Tabel 45	Werkregime (in %) van de deelnemers aan de focusgroepen op basis van de demografische fiches, n=24, missing=1	170
Tabel 46	Expertpanel 29 maart 2019 BelRAI Revalidatie * Waarvan één iemand in een dubbel functie werkveld en beleid/directie *** Directielid dat tevens actief is naar academisch werk buiten beschouwing gelaten	172
Tabel 47	Beleidsprioriteiten die leiden tot succes in de Vlaamse revalidatie volgens de respondenten van het behoefteonderzoek van Verté et al (2019). (Voor meer informatie wordt verwezen naar het originele rapport)	196
Tabel 48	Overzicht van succesfactoren, barrières en randvoorwaarden voor succesvol inter- en multidisciplinair werken in de gezondheidszorg (volgens Choi & Pak, 2008).	204
Tabel 49	ICF- en interRAI-items (versie 26-09-2018 en 31-10-2019) behorende tot het component 'activiteiten en/of participatie' van de ICF.	217
Tabel 50	Overzicht van de 15 items met een hoog aantal missing values die alsnog worden weerhouden voor de BelRAI Revalidatie op basis van criterium 5, revalidatiespecifiek.	221
Tabel 51	Identificatie van items met het laag aantal missing die eerder op basis van het redeneerkader (criterium 1-4) niet weerhouden konden worden. Dertig items zijn specifieke verder onderzocht	222
Tabel 52	Items die 75% of hoger scoorden op de CVI-vragenlijst en die op basis van de ontwikkelde criteria toch niet weerhouden werden (kolom 1), behoud of niet van item en de eventuele reden voor verwijdering (kolom 2).	225
Tabel 53	CAP's die berekend kunnen worden met het BelRAI Revalidatie instrument	232
Tabel 54	Schalen die berekend kunnen worden met het BelRAI Revalidatie instrument (versie 31-10-2019)	232
Tabel 55	Overzicht van CAP's en schalen die aangepast moeten worden aan de revalidatiesector	233
Tabel 56	Voorstellen voor nieuw te ontwikkelen schalen en CAP's (niet exhaustief)	234

Tabel 57	Overzicht van ICF core thema's waarvoor een interRAI CAP of schaal kan berekend worden. (G): generieke set	235
----------	--	-----

Lijst Figuren

Figuur 1	Verloop van acute naar langetermijnrevalidatie (Ward et al., 2012, p. 290).	36
Figuur 2	Het continuüm van de zorg van overleven (disease, medisch) naar functioneren (disability, biopsychosociaal, revalidatie) (Wade, 2016a, p. 112).	37
Figuur 3	Rehab Cycle met vier basisstappen: assessment, assignment, intervention en evaluation (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018d, p. 232).	38
Figuur 4	Het holistisch biopsychosociaal model	39
Figuur 5	Visuele weergave van de complexiteit van samenwerking en teamwerk rond één revalidant (Wade, 2016b, p. 7).	40
Figuur 6	Model van zorgverlening (rechts nu, links in de toekomst met technologie) (Milani & Lavie, 2015, p. 341)	41
Figuur 7	Suggesties van domeinen waar belang aan gegeven moeten worden in de toekomst (Wade, 2016b, p. 113).	42
Figuur 8	Revalidatiepotentieel of revalideerbaarheid: schematisch voorgesteld.	43
Figuur 9	'Holistische visie op revalidatie' uit de conceptnota (Vlaamse Regering, 2019a, p. 10).	44
Figuur 10	Overzicht psychosociale revalidatie (Frans & Oosterlinck, 2016, p. 2)	49
Figuur 11	Types van output uit de interRAI Suite	51
Figuur 12	De outputpiramide van interRAI Suite	51
Figuur 13	Potentiële voordelen van interRAI Suite (Heckman, Gray, & Hirdes, 2013, p. 14)	53
Figuur 14	Stroomdiagram van dataverzameling.	58
Figuur 15	Getrapt systeem van het BelRAI Revalidatie instrument	60
Figuur 16	Voorbeeld van een elaboratiemodule in een elaboratiemodule.	64
Figuur 17	Attitudemeting met Likertschaal van -5 tot 5 <i>Stellingen m.b.t. tot de BelRAI in de revalidatie</i> (vanaf vraag 33) in deel drie zijn stellingen oer de link met ICF. De deelnemers worden gevraagd om de stellingen te scoren tussen 'Niet-akkoord' en 'Akkoord'. Er is bewust geen neutrale score mogelijk om deelnemers te verplichten een houding aan te nemen.	72
Figuur 18	Attitudemeting met Likertschaal van -4 tot 4.	72
Figuur 19	Overzicht aangeschreven koepelorganisaties, afdelingen en zorgverleners.	81

Figuur 20	Leeftijd van de deelnemers aan de opleidingsmomenten in absolute waarde, n=33, missing=0%.	82
Figuur 21	Types van organisaties aanwezig op de opleidingsmomenten op basis van de demografische fiches, n=33, missing=0%.	83
Figuur 22	Functie in de revalidatievoorziening, van de zorgverleners aanwezig op de opleidingsmomenten op basis van de demografische fiches, n=33, missing=0%.	83
Figuur 23	Vooropleiding, eerste diploma/tweede of beroepsdiscipline van de deelnemers aan de opleiding op basis van de demografische fiche, in percentages, n=33, missing=0%.	84
Figuur 24	Ervaring in de gezondheidszorg en revalidatie van de deelnemers aan de opleidingen op basis van de demografische fiches, in absolute waarde (n), n=33; missing=0%.	85
Figuur 25	Module 1 - III Acut zorgverblijf in percentage (%), n=105, missing=2.86%.	88
Figuur 26	CPS: Cognitive Performance Scales (nieuwe versie), n=76.	91
Figuur 27	Scores op de Communicatieschaal, n=97.	93
Figuur 28	Gehoordervermogen en zichtvermogen van de deelnemende revalidanten (in percentage (%), n=105, missing=3.81% (D4) en 0.95% (D6).	93
Figuur 29	Deaf Blind Severity Index (DbSI), n=101.	94
Figuur 30	E1 Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis van de deelnemende revalidanten in percentage (%), n=105.	95
Figuur 31	Optionele indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis van de deelnemende revalidanten (%)	95
Figuur 32	ADL Hierarchy Scale (ADLH), n= 98.	97
Figuur 33	G6 Voornaamste manier van verplaatsen binnenshuis in percentages (%), n=105, missing=9.52%.	97
Figuur 34	G7 Hoe beweegt u zich voornamelijk voort binnenshuis in percentages (%), n=105, missing = 9.52%.	98
Figuur 35	G10 In rolstoel afgelegde afstand in percentages (%), n=105, missing = 14.29%.	98
Figuur 36	G8 Hoe beweegt u zich voornamelijk voort buitenshuis in percentages (%), n=105, missing=10.48%.	99
Figuur 37	G9 Wandelaafstand in percentages (%), n=105, missing=9.52%.	99
Figuur 38	Module 9: Transfers, de uitvoering en mogelijkheden van de revalidanten om verschillende transfers uit te voeren in percentages (%) n=105, missing variabel per item (0%-5.71%)	101
Figuur 39	CAP Vallen, n=99	102
Figuur 40	CAP Pijn op basis van 95 revalidanten, missing=10, n=105	102

Figuur 41	Sectie I Ziektebeelden, aanwezigheid of afwezigheid van bepaalde categorieën van ziektebeelden bij de deelnemende revalidanten in percentages (%), n=105, missing values variëren per item (3.81% - 7.62%).	103
Figuur 42	Pressure Ulcer Risk Scale (PURS), n=85.	104
Figuur 43	Rehabilitation Algoritme of Revalidatie Algoritme, n=5.	104
Figuur 44	K5 Manier van voedselopname (%), n=105, missing=9.52%.	105
Figuur 45	Therapietrouw van de deelnemende revalidanten in percentage (%) op basis van vraag M2 en N5, n=105, missing=3.81% (M2) en 5.71% (N5).	105
Figuur 46	O3 Mantelzorgers voor de persoon - Relatie tot de persoon voor mantelzorg 1 (MZ 1) en mantelzorg 2 (MZ 2) in percentages (%), n=105, Missing _{MZ 1} = 12.38%, Missing _{MZ 2} = 24, 76%.	106
Figuur 47	'P3 Woont in een appartement dat of een woning die (verblijfplaats) is aangepast voor een persoon met een beperking' ten opzichte van 'P4 Woont in een appartement dat of een woning die (verblijfplaats) is aangepast voor zijn beperking' in percentages (%), n=105, missing = 7.62%.	107
Figuur 48	R1 Opleidingsniveau van de revalidanten in percentages (%), n= 105, missing =7.62%.	107
Figuur 49	R4 Tewerkstelling (uitgezonderd vrijwilligerswerk), n=105, missing=7.62%.	108
Figuur 50	S4 Tijd gemiddeld bezig met ontspanningsactiviteiten in percentages, n=105, missing=15.24%.	108
Figuur 51	Revised Index of Social Engagement (RISE) of Herziene Index voor Sociale Betrokkenheid waarbij de basis score 6 (hoog niveau van initiatief en participatie) voorstelt en de top score 0 (ernstige afwezigheid van initiatief en participatie), n=88.	109
Figuur 52	Deelnemende type organisaties die een attitudemeting hebben ingevuld tijdens de informatiesessie, n=18, missing=5.56%.	120
Figuur 53	Overzicht thema 1 ' <i>Doel, inhoud en het gebruik van het instrument</i> ' aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.	122
Figuur 54	Overzicht thema 2 ' <i>De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)</i> ' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.	124
Figuur 55	Overzicht thema 3 ' <i>Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën</i> ' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.	126
Figuur 56	Overzicht thema 4 ' <i>Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen</i> ' aan de hand van vier vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.	128

Figuur 57	Overzicht thema 5 ' <i>evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)</i> ' aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.	129
Figuur 58	Vraag 20 'Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen' met antwoordmogelijkheden van -5.0,5, n=18, missing =0% (informatiesessie).	130
Figuur 59	Overzicht thema 6 ' <i>De ICF</i> ' aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.	132
Figuur 60	Types van organisaties waarin de deelnemers werken die een attitudemeting hebben ingevuld tijdens de informatiesessie, n=35.	133
Figuur 61	Overzicht thema 1 ' <i>Doel, inhoud en het gebruik van het instrument</i> ' aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n= 35, geen missing values.	134
Figuur 62	Overzicht thema 2 ' <i>De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)</i> ' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.	135
Figuur 63	Overzicht thema 3 ' <i>Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën</i> ' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.	136
Figuur 64	Overzicht thema 4 ' <i>Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen</i> ' aan de hand van vier vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.	137
Figuur 65	Overzicht thema 5 ' <i>evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)</i> ' aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.	138
Figuur 66	Vraag 20 'Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen' met antwoordmogelijkheden van -5.0,5, n=35, missing =0% (BelRAI Revalidatie opleidingen).	139
Figuur 67	Overzicht thema 6 ICF aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.	140
Figuur 68	Organisaties waar de deelnemers werken die een attitudemeting hebben ingevuld tijdens de intervisiemomenten, n=34, missing=2.94%.	141
Figuur 69	Overzicht thema 1 ' <i>Doel, inhoud en het gebruik van het instrument</i> ' aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.	142
Figuur 70	Overzicht thema 2 ' <i>De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)</i> ' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.	143

Figuur 71	Overzicht thema 3 ' <i>Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën</i> ' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.	144
Figuur 72	Overzicht thema 4 ' <i>Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen</i> ' aan de hand van vier vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34, missing=2.94%	145
Figuur 73	Overzicht thema 5 ' <i>evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)</i> ' aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.	146
Figuur 74	Vraag 20 Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen met antwoordmogelijkheden van -5,0,5, n=34, missing=0% (intervisiemomenten).	147
Figuur 75	Overzicht thema 6 ' <i>De ICF</i> ' aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.	148
Figuur 76	Deelnemende type organisaties die een attitudemeting hebben ingevuld tijdens de focusgroepen, n = 25, missing = 1.	149
Figuur 77	Overzicht thema 1 ' <i>Doel, inhoud en het gebruik van het instrument</i> ' aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25.	150
Figuur 78	Overzicht thema 2 ' <i>De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)</i> ' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25.	151
Figuur 79	Overzicht thema 3 ' <i>Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën</i> ' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25.	152
Figuur 80	Overzicht thema 4 ' <i>Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen aan de hand</i> ' van vier vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25.	153
Figuur 81	Overzicht thema 5 ' <i>evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)</i> ' aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25, missing=0.	154
Figuur 82	Vraag 20 'Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen' met antwoordmogelijkheden van -5,0,5 bij de focusgroepen, n=25, missing=0%.	155
Figuur 83	Overzicht thema 6 ' <i>De ICF</i> ' aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.	156
Figuur 84	Overzicht thema 1 ' <i>Doel, inhoud en het gebruik van het instrument</i> ' aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.	158

Figuur 85	Overzicht thema 2 ' <i>De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)</i> ' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.	159
Figuur 86	Overzicht thema 3 ' <i>Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën</i> ' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.	160
Figuur 87	Overzicht thema 4 ' <i>Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie</i> ' heen aan de hand van vier vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.	161
Figuur 88	Overzicht thema 5 ' <i>evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)</i> ' aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.	162
Figuur 89	Vraag 20 'Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen' met antwoordmogelijkheden van -5,0,5, n=12, missing 0% (expertenpanel).	163
Figuur 90	Overzicht thema 6 ' <i>De ICF</i> ' aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.	164
Figuur 91	Weergave van de leeftijdscategorieën van deelnemers aan de focusgroepen in aantallen, n=24, missing=1.	169
Figuur 92	Types van afdelingen die aan de sector overschrijdende focusgroepen deelnemen op basis van de demografische fiches, n=24, missing=0.	169
Figuur 93	Ervaring in de gezondheidszorg en de revalidatiesector van de deelnemers aan de focusgroepen op basis van de demografische fiches, in absolute waarde (n), n=24; missing=2.	170
Figuur 94	Weergave van de vooropleiding, eerste diploma of beroepsdiscipline, deelnemers expertenpanel in absolute waarde, n=12, missing=0.	173
Figuur 95	Ervaring in de gezondheidszorg en revalidatie van de deelnemers aan het expertenpanel, in absolute waarde (n), n=12; missing=8.33% of 16.67%.	173
Figuur 96	Wisselwerking tussen verschillende componenten van ICF (WHO, 2001a, p. 25).	185
Figuur 97	Het interRAI instrumentarium voorgesteld in bloemvorm (oorspronkelijke auteur: Brant Fries).	189
Figuur 98	Doorstroom van informatie door de gezondheidszorg (met de focus op revalidatie) via BelRAI Suite instrumenten	201
Figuur 99	Partners in het Vlaams Zorglandschap (Dewolf, 2016, p. 7).	202
Figuur 100	Opbouw van de basisset (basisinstrument) en doelgroep of deelsector specifieke items (elaboratiemodules).	210
Figuur 101	Ontwikkeling van het core instrument	213
Figuur 102	Ontwikkeling van de elaboratiemodules	215

Figuur 103	Afwerking van het instrument	216
Figuur 104	Visuele voorstelling van het beslissingsproces om revalidatiespecifieke items te weerhouden	220
Figuur 105	Types BelRAI Revalidatie items op basis van de vijf ontwikkelde criteria	227
Figuur 106	Schematische weergave van de trechter waardoor de informatie via de BelRAI Revalidatie naar BelRAI Revalidatie output vloeit	228
Figuur 107	Schematische weergave van de opbouw van het instrument.	229
Figuur 108	Samenvattende figuur van de gehele opbouw van het BelRAI Revalidatie instrument (versie 31-10-2019)	230
Figuur 109	De BelRAI Revalidatie output met de BelRAI outputpiramide	231
Figuur 110	ICF-schema met de items uit het basisinstrument van het BelRAI Revalidatie instrument	237
Figuur 111	ICF-schema met de items uit de elaboratiemodules van het BelRAI Revalidatie instrument	238

Afkortingen

AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
A-ONE	Arnadottir OT-ALD Neurobehavioral Evaluation
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BADS	Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome
CAR	Centra voor Ambulante Revalidatie
CAP	Clinical Assessment Protocol
CFIR	Consolidated Framework For Implementation Research
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CVI-vragenlijst	Content Validity Index - vragenlijst
CVA	Cerebrovasculair accident (CVA), beter bekend als beroerte of attaque
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
FCE	Functional Capacity Evaluation
FIM	Functional Independence Measure
GAUZZ	Centrum voor Gedragsstoornissen bij Autisme en Zware Zorgbehoefendheid
GMD	Globaal Medisch Dossier
GDPR of AVG	The EU General Data Protection Regulation (GDPR) of algemene verordening gegevensbescherming (AVG): verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming)
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
NAH	Niet aangeboren hersenletsel
MS	Multiple sclerose of multipele sclerose
MMSE	Mini-mental state examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
UZ	Universitair Ziekenhuis
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VGT	Vlaamse Gebarentaal

Definities

In dit rapport worden een aantal termen en definities gebruikt waarvan de meest gebruikte en belangrijkste hier alfabetisch gerangschikt en beschreven worden.

1. Acute dienstverlening: *“Acute services therefore include all promotive, preventive, curative, rehabilitative or palliative actions, whether oriented towards individuals or populations, whose primary purpose is to improve health and whose effectiveness largely depends on time-sensitive and, frequently, rapid intervention.”* (Hirshon et al., 2012, p. 386).
2. Acute fase: *Acute phase: refers to the period during an acute hospital admission following injury or illness, or after complex medical treatment or its complications. It can also apply to an acute event in a person with an established disability* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 137).
3. Acute revalidatie: *“Acute rehabilitation aims to prevent complications of immobilization (e.g. sarcopenia, orthostatic dysfunction, contractures, thrombosis) and of secondary conditions (e.g. neurogenic bladder and bowel, heterotopic ossification or spasticity) and improve functions and activities (e.g. mobility, coordination, activities of daily living)”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018e, p. 268).
4. Algemeen ziekenhuis (niet-psychiatrisch): *ziekenhuis waarin revalidanten kunnen worden opgenomen in de acute fase van een ziekteproces en dit voor een brede waaier aan pathologieën* (Health.belgium.be, n.d.).
5. Ambulante zorg: *zorg waarbij de revalidant in zijn eigen huis of omgeving kan verblijven, zonder opgenomen te worden in een gezondheidszorgvoorziening. Hij/zij gaat telkens zelf naar de zorgaanbieder, of de individuele zorgverlener gaat bij de revalidant* (Health.belgium.be, n.d.).
6. BelRAI: *verzamelterm voor wetenschappelijk onderbouwde beoordelingsinstrumenten, gebaseerd op het internationale interRAI instrumentarium. Het gaat om gevalideerde beoordelingsinstrumenten om de gezondheids- en welzijnssituatie van gebruikers op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen met als doel een hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te realiseren* (decreet VSB, titel 2., nr.5) (Vlaamse overheid, 2018).
7. Beroepsbeoefenaar: *“individu dat een gezondheidsberoep uitoefent”* (Health.belgium.be, n.d.)
8. Betrokkenen: *verzamelnaam voor beroepsbeoefenaars, experts en revalidanten met kennis of ervaring in de revalidatiedienstverleningssector.*
9. Biopsychosociaal model: *“biopsychosocial model: it is a health model developed in contrast to the widely applied biomedical one. It states that health and illness are determined by a dynamic interaction between biological (genetic, biochemical, etc.), psychological (mood, personality, behavior, etc.) and social factors (cultural, familial, socioeconomic, medical, etc.). This also expresses the view that disease outcome is attributable to this complex interaction.”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 137).
10. Care: *“de onderdelen van zorg voor personen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze – om welke reden dan ook – (dikwijls) gedurende een lange periode om de één of andere reden afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het inrichten van hun dagelijks leven en bij de uitvoering van diverse dagdagelijkse activiteiten”* (Vandeurzen, 2015, p. 2).
11. Chronische ziekte: *“noncommunicable diseases (NCDs), also known as chronic diseases, are not passed from person to person. They are of long duration and generally slow progression. The four main types of noncommunicable diseases are cardiovascular diseases (like heart attacks and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructed pulmonary disease and asthma) and diabetes.”* (WHO, 2018c).
12. Revalidant(en): *in het werkveld ook wel cliënt, gebruiker of revalidant of ex-revalidant genoemd. Revalidanten zijn personen die momenteel of in het recente verleden revalidatie*

- krijgen of kregen. Het kunnen ook ex-revalidanten zijn die een opleiding tot ervaringsdeskundige hebben gevolgd.
13. Patiëntenrechtenwet: 22 augustus 2012: wet betreffende de rechten van de patiënt. Patiënt, cliënt of revalidant zijn synoniemen.
 14. Conventie: *“Een conventie is een systeem /opgebouwd uit hernieuwbare contracten /onder toezicht van het College van artsen-directeurs en gemandateerd door het Verzekeringscomité van het RIZIV / om multidisciplinaire zorg- en revalidatieprogramma’s op maat te ontwikkelen, beheren en implementeren / beheerd door bekwame clinici en technici / ten voordele van specifieke revalidantgroepen / met respect voor de financiële en politieke beperkingen en beantwoordend aan de hoogste standaarden van professionalisme en wetenschappelijk bewijs.”* (Vandenbroeck et al., 2018, p. 9).
 15. Cure: *“die onderdelen van de gezondheidszorg die grofweg met de behandeling van ziekten te maken hebben. Dikwijls is de interventie van tijdelijke aard en met als doelstelling om te komen tot genezing/bevordering van herstel, met de daarbij behorende verpleging en verzorging. De financiering hiervan vindt plaats via de federale ziekteverzekering.”* (Vandeurzen, 2015, p. 2).
 16. Disability: *“The problem a person has performing the actions that he or she needs and wants to do, because of how an underlying health condition – a disease, injury or even ageing – affects his or her performance in his or her actual environment”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018a, p. 156).
 17. Expert: een expert kan zowel een (zorg)professional, beroepsbeoefenaar in het werkveld of beroepsbeoefenaar of individuele zorgverlener zijn, als een persoon uit de academische wereld of iemand die beide functies combineert.
 18. Functioneren: *“Functioning all that human bodies do and the actions that people perform. In the ICF, functioning is operationalized in terms of functioning domains, and these domains are partitioned into the dimensions of Body Functions and Structures, Activities and Participation. Functioning is a umbrella term describing the interaction between a person with a health condition and his or her environment (defined in the International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001)”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 138).
 19. Fysische geneeskunde (fysische geneeskunde en revalidatie (FGR)): *“PRM is the primary medical specialty responsible for the prevention, medical diagnosis, treatment and rehabilitation management of persons of all ages with disabling health conditions and their co-morbidities, specifically addressing their impairments and activity limitations in order to facilitate their physical and cognitive functioning (including behavior), participation (including quality of life) and modifying personal and environmental factors.”*(European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 139) Fysische geneeskunde en revalidatie wordt op Europees niveau gedefinieerd als een onafhankelijke medische specialiteit die streeft naar een optimaal niveau van fysisch en cognitief functioneren, activiteiten (inclusief gedrag) en participatie (inclusief levenskwaliteit), rekening houdend met persoonlijke en omgevingsfactoren. Dit omvat de componenten van de International Classification of Functioning, Disability & Health (ICF). Nederland en Canada zijn de enige landen waar de definitie van fysische geneeskunde en revalidatie niet in overeenstemming is met de ICF. (Leclercq et al., 2008).
 20. Gebruiker: *“Iedere natuurlijke persoon die een beroep doet of wil doen op de Vlaamse sociale bescherming, vermeld in artikel 4”* van decreet VSB (decreet VSB, titel 2., nr.11) (Vlaamse overheid, 2018). Bijgevolg zijn alle Vlaamse revalidanten gebruikers zoals gedefinieerd in het VSB-decreet.

21. Gezondheid: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”* (WHO, 2018b)^{1 2}
 Vertaald als: *“Gezondheidszorg is het geheel van activiteiten die gericht zijn op de verbetering van de gezondheid van mensen. Onder deze noemer worden niet alleen het onderzoek en de kennis van gezondheid begrepen, maar ook de toepassing van deze kennis om de gezondheid van mensen te verhogen, ziekten te voorkomen of te genezen en het lichamelijke en psychosociaal functioneren te verbeteren.”* (Lysens & Peers, 2017, p. 17).
22. GMD: *Uw globaal medisch dossier (GMD) bevat al uw medische gegevens (operaties, chronische ziekten, lopende behandelingen, enz.)* (RIZIV, 2015).
23. Habilitatie: *“Within PRM this term refers to the part of rehabilitation dealing with growing age, when not all functions have been developed and when consequently diseases and impairments can negatively impact on the correct development of some otherwise normal functions”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 138).
24. Holistisch: *“Holism: The treating of the whole person, taking into account mental and social factors, rather than just the symptoms of a disease. In PRM it is not used to justify scientifically unproven treatments, since: PRM is a primary medical specialty totally based on evidence”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 138).
25. ICF: *“International Classification of Functioning, Disability and Health; het betreft een begrippenkader, ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie, waarmee het mogelijk is om het functioneren van mensen en eventuele problemen die mensen tijdens het functioneren ondervinden, te beschrijven”* (decreet VSB, titel 2., nr.14) (Vlaamse overheid, 2018).
26. Indicatiestelling: *“de evaluatie van de zorgbehoefte van de gebruiker om de zorgdoelstellingen of financiering te bepalen of, wat de mobiliteitshulpmiddelen betreft, om de beperking van de mobiliteit van de gebruiker vast te stellen zodat passende mobiliteitshulpmiddelen en financiering bepaald kunnen worden”* (decreet VSB, titel 2., nr.17) (Vlaamse overheid, 2018).
27. *“Integrated service delivery is “The management and delivery of health services so that clients receive a continuüm of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system.”* (WHO, 2008).
28. Lange termijn fase: *“Long-term phase: refers to the long-term period following the post-acute phase for people who are experiencing chronic disease and long-term disabilities or difficulties in functioning, when the situation is stabilized; emphasis lays on maintenance and secondary prevention”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 138).
29. Mantelzorger (Staatsblad): *De mantelzorger is de persoon die doorlopende (bijstand en hulp die langdurig worden verleend) of regelmatige (bijstand en hulp verleend tijdens verschillende periodes die overeenstemmen met de cyclische of gefaseerde evolutie van bepaalde pathologieën of de evolutie van de zorgafhankelijkheid) hulp en bijstand verleent aan de geholpen persoon (de als zwaar zorgbehoevende erkende persoon)* (Belgisch Staatsblad, 2014).
 Waarbij bijstand en hulp: *“respectievelijk de tijdsinvestering op psychologisch, sociaal of moreel vlak en de tijdsinvestering op fysisch of materieel vlak die een invloed hebben op de beroeps- of familiale situatie van de mantelzorger”* (Belgisch Staatsblad, 2014).
 Mantelzorger (VSB): *“de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band een of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan*

¹ *“The bibliographic citation for this definition is: preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.”* (WHO, 2018b).

² Deze definitie is niet meer aangepast sinds 1948 waarop de suggestie is gekomen om deze te vervangen door *“Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysische en emotionele uitdagingen van het leven”* (Huber et al., 2011; In voor zorg!, 2015).

- occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven*” (decreet VSB, titel 2., nr.19) (Vlaamse overheid, 2018).
30. Mobiliteitshulpmiddelen: *“de hulpmiddelen die bedoeld zijn om de bewegingsfunctie te ondersteunen, namelijk rolstoelen, loophulpmiddelen, orthopedische driewiel fietsen, stasystemen, zitkussens ter preventie van doorzitwonden, modulair aanpasbare systemen ter ondersteuning van de zithouding en onderstellen en de aanpassingen ervan. Een rolstoel, loophulpmiddel of orthopedische driewiel fiets zijn speciaal ontworpen toestellen om personen te helpen zich binnenshuis en buitenshuis te verplaatsen*” (decreet VSB, titel 2., nr.20) (Vlaamse overheid, 2018).
 31. Niet-medische hulp- en dienstverlening: *“de hulp en bijstand die derden verlenen aan een persoon met een verminderde zelfredzaamheid in residentieel, semiresidentieel of ambulantly verband*” (decreet VSB, titel 2., nr.21) (Vlaamse overheid, 2018).
 32. Niet aangeboren hersenletsel: *“traumatic brain injury (TBI) is defined as an alteration in brain function, or other evidence of brain pathology, caused by an external force*” (Maas et al., 2017, p. 2).
 33. Nomenclatuur (van de geneeskundige verstrekkingen): *“gecodeerde lijst met de geneeskundige prestaties die (geheel of gedeeltelijk) vergoed/terugbetaald worden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging*” (Health.belgium.be, n.d.).
 34. Multidisciplinair of pluridisciplinair: *samenwerking tussen verschillende gezondheidszorgberoepen/disciplines (bv. een arts, een verpleegkundige en een kinesist)* (Health.belgium.be, n.d.).
 35. Palliatieve zorg: *“palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.”* (WHO, 2018d).
 36. Post-acute fase: *“Post-acute phase refers to the period following the acute phase after a sudden onset condition, when the patient is medically sufficiently stable; also patients with intermittent, progressive or stable conditions can benefit in phases of changing needs; in this phase the patient is still evolving.”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 140).
 37. Rehabilitatie: *“Rehabilitation is a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment. Health condition refers to disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma. A health condition may also include other circumstances such as pregnancy, ageing, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition. Rehabilitation thus maximizes people’s ability to live, work and learn to their best potential. Evidence also suggests that rehabilitation can reduce the functional difficulties associated with ageing and improve quality of life. Rehabilitation may be needed by anyone with a health condition who experiences some form of limitation in functioning, such as in mobility, vision or cognition. Rehabilitation is characterized by interventions that address impairments, activity limitations and participation restrictions, as well as personal and environmental factors (including assistive technology) that have an impact on functioning. Rehabilitation is a highly person-centred health strategy; treatment caters to the underlying health condition(s) as well as goals and preferences of the user”* (WHO, 2017, p. 2).
 38. Revalidatie: *“De diagnostiek, behandeling of ondersteuning die verleend wordt in een revalidatieziekenhuis of in een revalidatievoorziening, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is conform artikel 128, § 1, van de Grondwet, met inbegrip van de opmaak van rolstoeladviesrapporten”* °Definitie volgens art. 2 nr. 14 Overnamedecreet 6/07/2018 (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74023). Decreet VSB, titel 2., nr.25 (Vlaamse overheid, 2018).

39. Revalidatieprogramma: *“Rehabilitation programme: a rehabilitation programme is the chronological list of diagnostic and therapeutic actions and interventions needed to respond to a patient’s rehabilitation needs and goals; this can be for a specific phase or over the continuum of care”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 140).
40. Revalidatiebehoefte: *“de behoefte van een gebruiker aan revalidatie, ambulante of residentiële, multidisciplinaire en rekening houdende met de pathologie, het daarmee gepaard gaande functioneel activiteitsverlies en verlies aan participatie, en rekening houdende met revalidatie doelen* (Vlaams Parlement, 2018, p. 72).
41. Revalidatiedienstverleningssector of revalidatiesector: geheel van zorgaanbieders en diensten die revalidatiedienstverlening aanbieden op basis van hun doelstelling (niet bevoegdheid).
42. Revalidatiecirkel of revalidatieproces: *“Rehab-cycle is the re-iterating process of assessment, assignment, intervention and evaluation of the rehabilitation needs and goals of a person”* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018, p. 140).
43. Revalidatieverstrekking: *“De volledige therapeutische activiteit per tijdsdeel, in contact met de rechthebbende of zijn context, en de ondersteunende werking om die activiteit mogelijk te maken”* (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018).
44. Revalidatievoorziening: *“een voorziening met een revalidatieovereenkomst met de Vlaamse overheid (def volgens het overnamedecreet van 6/7/2018)”* (definitie volgens art. 2 nr. 16 Overnamedecreet 6/07/2018) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74023; Vlaamse Regering, 2019a, p. 3).
“Een zorgvoorziening die uitgbaat wordt door een rechtspersoon die uitsluitend de uitbating van een of meer zorgvoorzieningen als statutair doel heeft, en waarmee de Vlaamse Regering een revalidatieovereenkomst heeft gesloten” (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018).
 Of meer concreet: *“zorgvoorziening, andere dan een revalidatieziekenhuis, die revalidatie aanbiedt, vermeld in punt 25”* (decreet VSB, titel 2., nr.26) (Vlaamse overheid, 2018).
45. Revalidatieziekenhuis: *“de ziekenhuizen die overgeheveld zijn door de 6e staatshervorming (def volgens het overnamedecreet 6/7/2018), een revalidatieziekenhuis dat ook een Vlaamse revalidatieovereenkomst heeft, is m.a.w. ook een revalidatievoorziening.”* (Vlaamse Regering, 2019a, p. 4).
 Meer specifiek (zie ook Tabel 1) *“een zorgvoorziening voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 5, § 1, I, eerste lid, 3° en 4°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen waarin passende zorg wordt aangeboden aan cliënten van wie de gezondheidstoestand de opname of het verblijf vereisen, met als doel de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren door de ziekte te bestrijden of de cliënt te revalideren”* (definitie volgens art. 2 nr. 17 Overnamedecreet 6/07/2018) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74023).
 Of meer concreet: *“een zorgvoorziening voor gezondheidszorg waarin passende zorg aangeboden wordt aan patiënten van wie de gezondheidstoestand de opname of het verblijf vereisen, met als doel de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren door de ziekte te bestrijden of de patiënt te revalideren als vermeld in artikel 5, § 1, I, eerste lid, 3° en 4°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen”* (decreet VSB, titel 2., nr.27) (Vlaamse overheid, 2018).
“Voor deze revalidatieziekenhuizen heeft Vlaanderen geen volledige bevoegdheid over alle activiteiten. Er wordt immers federale ziekenhuisnomenclatuur toegepast voor de monodisciplinaire prestaties. Alle revalidatieziekenhuizen hebben naast de 7.71 revalidatieovereenkomsten ook nog enkele revalidatieovereenkomsten die federale bevoegdheid gebleven zijn, zoals v.b. de ademhalingsondersteuning, de neuromusculaire referentie overeenkomst, 9.51 overeenkomst, 9.50 overeenkomst, ... We zullen met de federale overheid voor deze federale revalidatieovereenkomsten en de nomenclatuur die in de Vlaamse revalidatieziekenhuizen wordt toegepast in afwachting van een samenwerkingsakkoord een afsprakenkader maken met de federale

overheid". Uit de (Vlaamse Regering, 2019a, p. 4) Sp = geSpecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie, G= geriatrie

Tabel 1 'Revalidatieziekenhuizen', de acht revalidatieziekenhuizen waarvan het BFM (Budget Financiële Middelen) via de 6^{de} staatshervorming tot de Vlaamse Bevoegdheid hoort (Vlaamse Regering, 2019a, p. 4);

Revalidatieziekenhuis	Aantal bedden	Type revalidatie
Revalidatieziekenhuis Inkendaal	178 sp	Locomotorisch, cardio/pulmonair, neurologisch
Revarte	142 sp- en 52 G	Locomotorisch/neurologisch
KEI Koningin Elisabeth Instituut	130 sp + 35 psycho geriatrie	Locomotorisch, cardio/pulmonair, neurologisch, psychogeriatric
Nationaal MS-centrum Melsbroek	120 sp	
Revalidatie en MS-centrum Overpelt	120 sp	neurologisch
De Dennen	38 sp-psycho-geriatric	Psycho geriatrie
Provinciaal zorgcentrum Lemberge	63 sp	Sp chronisch

46. Revalidatiepotentieel: Een inschatting van iemands individuele capaciteit om samen te werken aan een revalidatieprogramma en meetbare functionele winst te maken, Rentz (1991)³ in (Cunningham, Horgan, & O'Neill, 2000, p. 205).
47. Revalidatieverstreking: *"de volledige therapeutische activiteit per tijdsdeel, in contact met de rechthebbende of zijn context, en de ondersteunende werking om die activiteit mogelijk te maken"* (definitie volgens art. 2 nr. 15 Overnamedecreet 6/07/2018) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74023).
48. Thuiszorg: alle professionele hulpverlening in de thuissituatie waaronder kinesitherapie aan huis, gezinszorg, aanvullende thuiszorg, thuisbegeleiding, mobiele teams onder art 107, poetsdiensten, ondersteuning bij moeilijke opvoedingssituaties in de thuisomgeving, thuisbegeleiding enz. (niet limitatieve lijst).
Meer informatie over het aanbod in de thuiszorg op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg>) waar het aanbod thuiszorg is: diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor logistieke hulp, diensten voor oppashulp, diensten voor thuisverpleging, diensten voor gastopvang, diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, lokale dienstencentra, regionale dienstencentra, verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg, projecten in de thuiszorg (VAZG, 2018b).
49. Thuiszorgvoorziening: *"een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, een dienst voor logistieke hulp, een dienst voor oppashulp, een dienst voor thuisverpleging, een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, een lokaal dienstencentrum, een regionaal dienstencentrum, een dienst voor gastopvang of een centrum voor herstelverblijf"* (Vlaanderen.be, 2009).
50. Transmurale zorg in de Vlaamse bevoegdheid: *"omvat alle vormen van zorg en ondersteuning die, afgestemd op de behoeften en de zorgdoelen van de persoon met een zorgbehoefte en de mantelzorgers, als doel hebben om tijdelijke zorg en ondersteuning te bieden die ertoe bijdragen*

³ Rentz DM. *The assessment of rehabilitation potential: cognitive factors*. In: Hartke RJ ed. Psychological aspects of geriatric rehabilitation. Gaithersburg, MD: Aspen, 1991.

- dat, na een ziekenhuisopname of na een langdurige onderbreking van de normale activiteiten ten gevolge van een ernstige aandoening, het zelfstandig functioneren van de persoon met een zorgbehoefte in het natuurlijke thuismilieu kan bewerkstelligd worden. Het betreft zorg en ondersteuning die een verblijf buiten de eigen woonomgeving inhoudt maar als uiteindelijke doelstelling wel een langer verblijf in de eigen woonomgeving beoogt. De transmurale zorg verwijst naar het herstelverblijf van artikel 28 van het woonzorgdecreet” (Vlaams Parlement, 2018, p. 39).*
51. Triage: *“The selection and allocation of treatment to patients according to a system of priorities, based on the patients’ need of care designed to maximize the outcome” (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 141).*
 52. VAPH: *‘het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, opgericht bij artikel 3 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechts-persoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap’ (decreet VSB, titel 2., nr.33) (Vlaamse overheid, 2018).*
 53. Vlaamse revalidatie: *De Vlaamse revalidatie wordt in het regeerakkoord long term care revalidatie genoemd en als volgt beschreven: « de niet acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt, ongeacht de instelling waar deze zorgen worden verstrekt in het kader van de interactie ouders-kinderen, in het kader van mentale, sensorische, verslavings-, stem- en spraakstoornissen, voor hersen verlamden, in het kader van kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen, evenals de niet-acute of postacute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt wat betreft motorische stoornissen buiten algemene en universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen waar tegelijkertijd chirurgische en geneeskundige verstrekkingen verricht worden exclusief voor kinderen of voor de behandeling van tumoren. “(Vlaamse Regering, 2019a, pp. 2–3)*
 54. Vlaamse revalidatieziekenhuizen: verzamelnaam voor de verschillende Vlaamse revalidatie-ziekenhuizen die onder Vlaamse bevoegdheid vallen sinds 1 juli 2014 met name De Dennen (Malle), het Nationaal Multiple Sclerose Centrum (NMSC) (Melsbroek), Revalidatieziekenhuis Inkendaal (Vlezenbeek), Provinciaal Zorgcentrum Lemberge (Merelbeke), Revalidatie en MS Centrum (Overpelt), Koningin Elisabeth Instituut (KEI) (Oostduinkerke), Bundeling ZorgInitiatieven Oostende (BZIO) (Oostende), RevArte (Edegem).
 - ➔ Om de anonimiteit van de deelnemers van Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren Pulderbos, kortweg Pulderbos, te vrijwaren, is Pulderbos gezien als revalidatieziekenhuis bij de analyse.
 55. Vlaamse revalidatiesector: verzamelnaam voor alle revalidatieziekenhuizen, centra en instellingen die zich onder de Vlaamse bevoegdheid bevinden en die relevant zijn voor dit onderzoek (revalidantenpopulatie 15-65 jaar), meer bepaald alle Vlaamse revalidatieziekenhuizen (zie supra) en instellingen die heden onder conventienummers 9.53-9.65, 7.71, 9.69 (RIZIV) gefinancierd worden maar sinds 1 juli 2014 Vlaamse bevoegdheid zijn, de ‘fysische revalidatie’. Dit zijn in concreto alle Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR), Revalidatiecentrum NAH Turnhout (Turnhout), Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren (Zandhoven), De Markgrave en de Centra voor Low Vision (visuele revalidatie) in de Universitair Ziekenhuizen (UZ’s).
 56. Vraaggestuurde zorg: *“zorg met het cliëntenperspectief als vertrekpunt, waarbij door een gelijkwaardige interactie tussen cliënten en zorgaanbieders of zorgverleners, de vraag van de cliënt via overleg en onderhandeling leidt tot een (voor de cliënt) passend aanbod en daarmee tot consequenties voor het organiseren van de zorg, waarbij de cliënt als eindgebruiker de keuze heeft” (Vandeurzen, 2015, p. 2).*
 57. Woonzorgdecreet: *“Woonzorgdecreet van 15 februari 2019” (decreet VSB, titel 2., nr.41) (Vlaamse overheid, 2018).*
 58. Zorg: *“Alle vormen van zorg en ondersteuning die gefinancierd worden ter uitvoering van dit decreet, inclusief revalidatie” (definitie volgens art. 2 nr. 25 Overnamedecreet 6/07/2018)*

- (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74024). Decreet VSB, titel 2., nr.44) (Vlaamse overheid, 2018).
59. Zorg en ondersteuning: *“Het decreet VSB van 19/05/2018 en het overname decreet van 6/07/2018 gaan uit van een holistische visie op zorg. Zorg wordt nl. gedefinieerd als zorg en ondersteuning met inbegrip van revalidatie”* (Vlaamse Regering, 2019a, p. 9).
 60. Zorgaanbieder: *“Dienst, voorziening en verstrekker die zorg verleent.”* (Vandeurzen, 2015, p. 2).
 61. Zorgbehoefte: *“De behoefte van een gebruiker aan zorg, objectief vastgesteld aan de hand van een indicatiestelling”* (decreet VSB, titel 2., nr.45) (Vlaamse overheid, 2018).
 62. Zorggebruiker: *“Iedere natuurlijke persoon die een beroep doet of wil doen op de zorgvoorzieningen”* (definitie volgens art. 2 nr. 26 Overnamedecreet 6/07/2018) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74024).
 63. Zorginstelling *“Een verzorgingsinstelling of elke andere organisatie die in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid instaat voor de organisatie of uitvoering van zorg, erkend door de daartoe bevoegde buitenlandse overheid of de bevoegde overheid binnen de Franse dan wel Duitstalige Gemeenschap, of gelegen binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad die wegens zijn organisatie niet kan worden beschouwd als uitsluitend te behoren tot de Vlaamse Gemeenschap”* (definitie volgens art. 2 nr. 30 Overnamedecreet 6/07/2018) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74024).
 64. Zorgpad: *“is een ‘complexe interventie’ om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van cliënten gedurende een gedefinieerd tijds kader”* (Lysens & Peers, 2017, p. 61).
 65. Zorgprogramma: systematische aanpak van de behandeling en de zorg voor een specifieke revalidantengroep of specifieke pathologie (Health.belgium.be, n.d.) zijnde:
 - Reproductieve geneeskunde
 - Cardiale pathologie
 - Oncologie
 - Zorgprogramma voor kinderen
 - Zorgprogramma voor de geriatrische revalidant (FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Zorgprogramma (ZP): *“is een geheel van (multidisciplinaire) zorgprocessen gericht op een homogene doelgroep van cliënten met als doel kwaliteit van zorg”* (Lysens & Peers, 2017, p. 59).
 66. Zorgverlener: *elke natuurlijke persoon die op een beroepsmatige wijze zorg verleent in het kader van dit decreet”* (decreet VSB, titel 2., nr.50) (Vlaamse overheid, 2018).
 67. Zorgvoorziening: *“Een verzorgingsinstelling of elke andere organisatie, erkend door de Vlaamse Gemeenschap die in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid instaat voor de organisatie of uitvoering van zorg”*. Definitie volgens art. 2 nr. 28 Overnamedecreet 6/07/2018) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74024). Decreet VSB, titel 2., nr.52) (Vlaamse overheid, 2018).
 68. Zorgvorm: *de zorg die aangeboden wordt in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid, al dan niet gekoppeld aan een woonvorm”*. Definitie volgens art. 2 nr. 29 Overnamedecreet 6/07/2018) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018, p. 74024). Decreet VSB, titel 2., nr.53) (Vlaamse overheid, 2018).
 69. Zorgticket: De tussenkomst in de kost van zorg (door de Vlaamse overheid), waarvan de omvang wordt bepaald op basis van de zorgbehoefte van de gebruiker. Dit wordt onder meer vastgesteld aan de hand van de BelRAI indicatiestellingen en uitbetaald door de zorgkas onder de vorm van een trekkingsrecht (decreet VSB, art 2, 49°)(Vlaamse overheid, 2018).

Hoofdstuk 1

Situering van het onderzoek

De Vlaamse revalidatiesector biedt behandeling, zorg en ondersteuning voor een diverse groep van personen. Net zoals in de andere sectoren die onder de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) ressorteren, wil de Vlaamse overheid ook voor deze sector gebruik maken van de BelRAI instrumenten. We stellen echter vast dat er nog geen internationaal gevalideerd interRAI-instrument bestaat voor de langdurige revalidatie zoals we die in Vlaanderen kennen. In opdracht van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin (SWVG) startten daarom we in 2017 met de ontwikkeling van een BelRAI Revalidatie instrument. Een eerste stap in de ontwikkeling van een BelRAI- of interRAI-instrument is na te gaan welke thema's en items aan bod moeten komen in een dergelijk instrument. In het eerste onderzoek voerden we daarom een literatuuronderzoek uit en we via focusgroepen en interviews met alle verschillende stakeholders en experts brachten we in kaart wat volgens hen aan bod moest komen. Het resultaat was een lange lijst van thema's en items. Op basis van de resultaten werd in 2018 de eerste versie van het BelRAI Revalidatie instrument en het bijbehorende gebruikershandboek ontwikkeld (Van Regenmortel et al, 2018). Dit instrument bleek zeer lang, maar er was geen consensus bij de stakeholders over welke items verwijderd zouden mogen worden. Het huidige onderzoek had in eerste instantie als doel: (1) dit instrument en het bijbehorende handboek te verkorten en te verfijnen door het in de praktijk te testen en (2) de randvoorwaarden voor implementatie in kaart te brengen. Hiervoor werden ingevulde instrumenten en attitudeschalen (kwantitatieve data, zie hoofdstuk 3) en kwalitatieve data uit interviews, focusgroepen en een expertenpanel (hoofdstuk 4) verzameld en geanalyseerd. Zoals u verder in dit rapport zult merken, lukte het niet om op deze manier het instrument – dat nog steeds als veel te lang wordt ervaren – significant in te korten. Daarom hebben de onderzoekers op basis van literatuur en overleg zelf vijf criteria bepaald om items te selecteren (hoofdstuk 5). Het resultaat is een implementeerbaar (korter) en modulair instrument, met bijbehorend handboek. Alle items in dit instrument werden ook gelinkt aan ICF.

U moet bij het lezen van het rapport en de bijlagen voor ogen houden dat het instrument dat werd getest (hoofdstuk 3) niet overeenkomt met het verkorte instrument in bijlage⁴, dat is gebaseerd op de criteria beschreven in hoofdstuk 5 en resulteert uit dit project. Voordat het effectieve resultaat van het onderzoek wordt besproken, schetsen we eerst de context van het onderzoek. Na een bespreking van prevalentiecijfers met betrekking tot de nood aan revalidatie wereldwijd, in België en in Vlaanderen, gaan we dieper in op de begrippen 'revalidatie' en 'revalideer-baarheid' (revalidatiepotentieel), met het oog op de uitdagingen waarvoor de revalidatiesector staat. Daarna volgt een korte beschrijving van de Vlaamse revalidatiesector. Dit hoofdstuk eindigt met een overzicht van de output die op basis van een BelRAI assessment kan worden berekend.

⁴ interRAI en BelRAI instrumenten mogen niet in het openbare domein worden gepubliceerd omwille van copyright. Bij interesse in het instrument kunt u de onderzoekers contacteren

1 Prevalentiecijfers voor disability en revalidatie

1.1 Disability wereldwijd en in Europa

Prevalentiecijfers over personen met revalidatienoden, gelijkend op de onderzoekspopulatie van dit onderzoek, zijn schaars en verouderd⁵. Dat is niet alleen in België en Vlaanderen zo, maar ook internationaal, ondanks het belang dat dergelijke data hebben voor onderzoekers en beleidsmakers (Mitra & Sambamoorthi, 2014).

Algemeen stelt de WHO dat 15% van de wereldbevolking of één persoon op zeven een 'disability' heeft, waarbij personen met een laag inkomen, vrouwen en ouderen het sterkst worden getroffen. Kinderen in armoede en etnische minderhedengroepen hebben een verhoogd risico (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f; WHO, 2018a; World Health Organization (WHO), 2015). Mitra en Sambamoorthi (2014) voerden een retrospectieve analyse uit op de data van de World Health Survey (54 landen). De auteurs concluderen dat 14% van de volwassenen een 'disability' ervaart. Zij gebruiken evenwel een andere definitie van 'disability' dan de WHO. Mitra en Sambamoorthi stellen dat iemand een 'disability' heeft als hij of zij met minstens één lichaamsfunctie (zoals zien of zich concentreren) of activiteit (zoals bewegen of zelfzorg) ernstige of extreme moeilijkheden heeft, gebaseerd op de zelfrapportage van een individu. De WHO voegt aan de lichaamsfuncties en de activiteiten ook participatie toe:

"Disabilities is an umbrella term, covering impairments, activity limitations, and participation restrictions. An impairment is a problem in body function or structure; an activity limitation is a difficulty encountered by an individual in executing a task or action; while a participation restriction is a problem experienced by an individual in involvement in life situations."(WHO, 2019)

Uit het White Book Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) blijkt dat 10% van de West-Europese populatie een 'disability' ervaart (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018b; Gutenbrunner, Ward, & Chamberlain, 2007). We kunnen vermoeden dat dit aantal enkel zal stijgen in de toekomst, ondermeer door de vergrijzing en het feit dat personen door de medische vooruitgang vaker ongevallen en ernstige aandoeningen overleven. Dit impliceert dat er meer personen zullen zijn met chronische, complexe problemen of functionele stoornissen en dat personen die op een jonge leeftijd een letsel oplopen, gedurende lange tijd zorg en ondersteuning nodig zullen hebben. Er zijn evenwel geen concrete epidemiologische of prevalentiedata over revalidatienoden te vinden.

⁵ PubMed Search: zoektermen 'Prevalence' , "International Classification of Functioning, Disability and Health"[Mesh], "Disability Evaluation"[Mesh], "Noncommunicable Diseases"[Mesh], 'Disability', filter op systematische reviews en meta-analyses van de laatste vijf jaar bij personen tussen 19 en 64 jaar. De woorden prevalentie of epidemiologie (studie) dienden in de titel voor te komen. Ouderen, kinderen of personen met aandoeningen (zoals diabetes, brandwonden, ...) die niet tot de doelgroep behoren, werden geëxcludeerd.

1.2 Prevalentiecijfers voor België

In België was de prevalentie van ‘disability’ in 2002 18.4% (2002)⁶, waarbij 6.9 gezonde jaren door de ‘disability’ worden verloren (WHO, 2011). Helaas zijn er geen verdere doelgroepspecifieke data ter beschikking in België (Kiekens et al., 2007) en moeten we ons baseren op een beperkt aantal studies waarin cijfers vermeld staan. Zo zijn er geschatte cijfers voor Multiple Sclerose: 90 op 100.000 inwoners en voor amputaties: 12 op 100000 inwoners. Voor NAH is dit moeilijker, voornamelijk omdat de doelgroep zeer heterogeen is en de operationalisering van de doelgroep (bv. aanvangs- of maximumleeftijd) in elk onderzoek anders is (Lambrecht & Hermans, 2018). Lannoo en collega’s (2007) hebben volgende cijfers berekend: “*Van de totale groep residentiële NAH personen (18-65 jaar) in België behoort 28% tot de TBI-groep, 22% tot de CVA-groep, 38% tot andere niet-degeneratieve vormen van NAH (zoals restletsels van hersenvliesontsteking of anoxie) en 12% tot degeneratieve vormen van NAH (zoals multiple sclerose of ziekte van Huntington)*”. (Lannoo et al., 2007, p. iv). Op basis van een bevraging van de huisartsen ($n_{\text{huisartsen}}=131^7$) in Vlaanderen (2004) is een prevalentie geschat van 183 personen met NAH op 100 000 personen. Van de steekproef ($n_{\text{personen met NAH}}=186$) hernam 1/5 van de personen met NAH hun opleiding of werkactiviteiten. Bijna de helft van de personen met NAH voerden geen specifieke activiteit uit. De meeste personen met NAH woonden thuis zonder professionele ondersteuning of hulp (Lannoo, Brusselmans, Van Eynde, Van Laere, & Stevens, 2004).

Op termijn zouden met de data van de BelRAI Suite, meer specifiek het BelRAI Revalidatie instrument, prevalentiecijfers kunnen worden bepaald voor België. Zo kan er bijgedragen worden aan het WHO Global Disability Plan 2014-2024 wat betreft het versterken en uitbreiden van de (toegang tot) revalidatie (objective 1 en objective 2) en de verzameling van relevante internationale vergelijkbare data over disability en disability research (objective 3).

2 Revalidatie, revalideerbaarheid en revalidatiepotentieel

In de Conceptnota Revalidatie van de Vlaamse overheid staat uitdrukkelijk vermeld dat ‘*de zorgzwaarte, de diagnose en de revalideerbaarheid*’ samen de revalidatiebehoefte bepalen. Concrete beschrijvingen of definities van revalideerbaarheid en revalidatiebehoefte zijn er niet. Er wordt echter wel gevraagd dat het BelRAI Revalidatie instrument naast het functioneren van de revalidant, ook toelaat om de revalideerbaarheid en de revalidatiebehoefte in kaart te brengen. Om revalideerbaarheid (ook revalidatiepotentieel genoemd) te kunnen definiëren, is een situering van de vormen van revalidatie relevant.

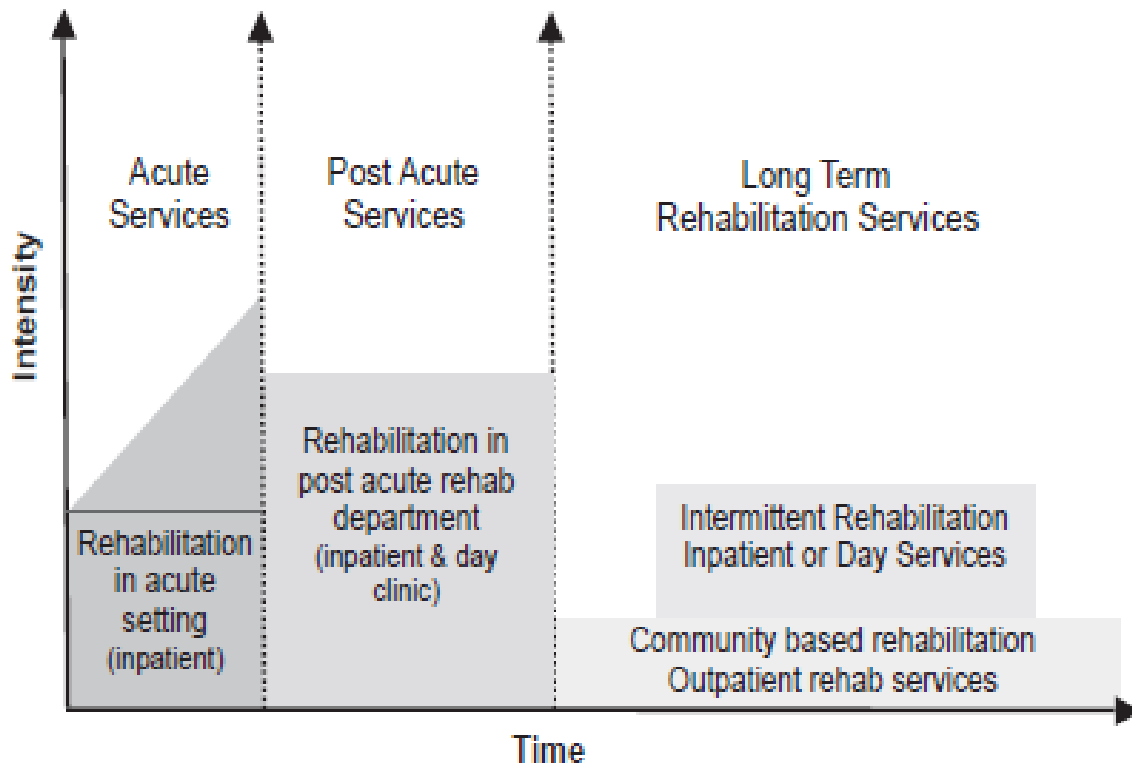
2.1 Vormen van revalidatie

In het eerste rapport over de ontwikkeling van een BelRAI Revalidatie instrument (Van Regenmortel et al, 2018) is de literatuur over revalidatie (rehabilitation), acute revalidatie en langetermijnrevalidatie beschreven. Bij de acute revalidatie staat het overleven of de stabiele gezondheidstoestand van de

⁶ Originele bron: *Living conditions in Europe: data 2002–2005*. Luxembourg, EUROSTAT, 2007 (<http://tinyurl.com/yab3l94>, accessed 25 March 2010). [Note: Prevalence data are valid for people aged 16–64 years.] Table 6.3: Selected health problems 1 (Eurostat, 2007).

⁷ Steekproef van 996 gekende huisartsen uit de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH), covering 95% van de huisartsen in Vlaanderen.

revalidant centraal en in mindere mate het functioneren. Na verloop van tijd en naarmate de zorg succesvol is, verschuift de nood van overleven naar functioneren.



Figuur 1 Verloop van acute naar langetermijnrevalidatie (Ward et al., 2012, p. 290).

De acute fase⁸ richt zich dus op het redden van het leven of ledematen. De organisatie van zorg is hierdoor meer ziektegericht (medisch) (Hirshon et al., 2012). De zorg is evenwel zo aan het evolueren dat op de spoedafdeling bij stabilisatie al acute revalidatie⁹ (met als doelstelling het optimaliseren van het functioneren) wordt aangeboden (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018e). Dit is de zogenoemde subacute of post-acute fase¹⁰.

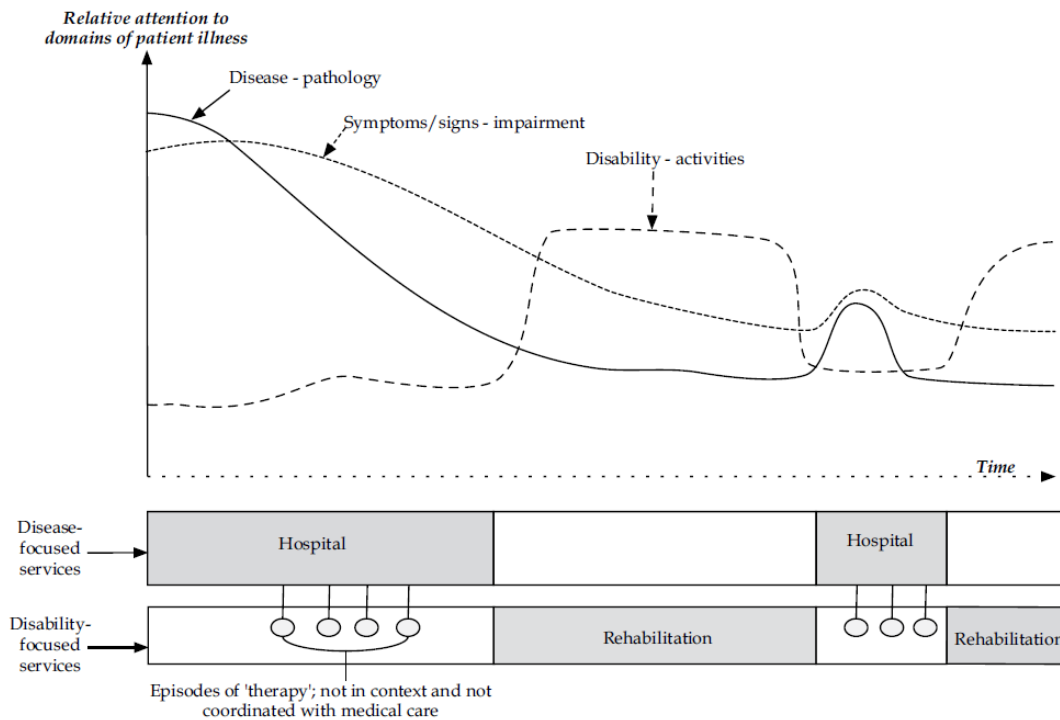
Naargelang het type van zorg (acute, lange termijn zorg) verschuift de nadruk van het medisch denken (overleven) naar het functioneren (revalidatie). Als de nadruk op functioneren en reïntegratie ligt,

⁸ "Acute phase: refers to the period during an acute hospital admission following injury or illness, or after complex medical treatment or its complications. It can also apply to an acute event in a person with an established disability" (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 137).

⁹ "Acute rehabilitation aims to prevent complications of immobilization (e.g. sarcopenia, orthostatic dysfunction, contractures, thrombosis) and of secondary conditions (e.g. neurogenic bladder and bowel, heterotopic ossification or spasticity) and improve functions and activities (e.g. mobility, coordination, activities of daily living)" (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018e, p. 268).

¹⁰ "Post-acute phase: refers to the period following the acute phase after a sudden onset condition, when the patient is medically sufficiently stable; also patients with intermittent, progressive or stable conditions can benefit in phases of changing needs; in this phase the patient is still evolving." (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 140).

spreekt men over de revalidatiefase of de langetermijn revalidatie fase. De overgang van de acute naar de revalidatiezorg is een continuüm.



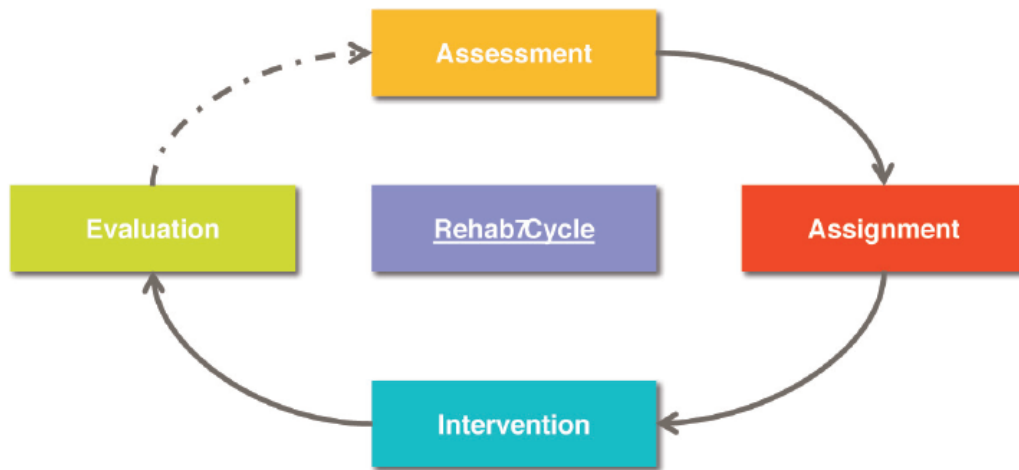
Figuur 2 Het continuüm van de zorg van overleven (disease, medisch) naar functioneren (disability, biopsychosociaal, revalidatie) (Wade, 2016a, p. 112).

2.2 Revalidatieproces

Revalidatiedienstverlening is niet diagnose-afhankelijk. Bijgevolg passen neuromusculaire revalidatie, psychosociale revalidatie, de sensorïële revalidatie, de cardiopulmonaire revalidatie, cognitieve revalidatie, revalidatie na brandwonden, enz. allemaal in het begrip ‘rehabilitation’. De WHO definitie is dan ook heel erg breed¹¹.

De eerste stap in het revalidatieproces is de assessmentfase, waarin de revalidatiediagnose en de revalidatieprognose worden gesteld. De revalidatiediagnose is de combinatie van de medische diagnose (ziekte) en het functionele assessment (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f). Na deze fase volgt de verwijzing naar de juiste disciplines, de interventie en de evaluatie.

¹¹ “Rehabilitation is a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment. Health condition refers to disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma. **A health condition may also include other circumstances such as pregnancy, ageing, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition.** Rehabilitation thus maximizes people’s ability to live, work and learn to their best potential. Evidence also suggests that rehabilitation can reduce the functional difficulties associated with ageing and improve **quality of life.** Rehabilitation may be needed by anyone **with a health condition who experiences some form of limitation in functioning,** such as in mobility, vision or cognition. Rehabilitation is characterized by interventions that address impairments, activity limitations and participation restrictions, as well as personal and environmental factors (including assistive technology) that have an impact on functioning. Rehabilitation is a highly person-centred health strategy; treatment caters to the underlying health condition(s) as well as goals and preferences of the user” (WHO, 2017, p. 2)

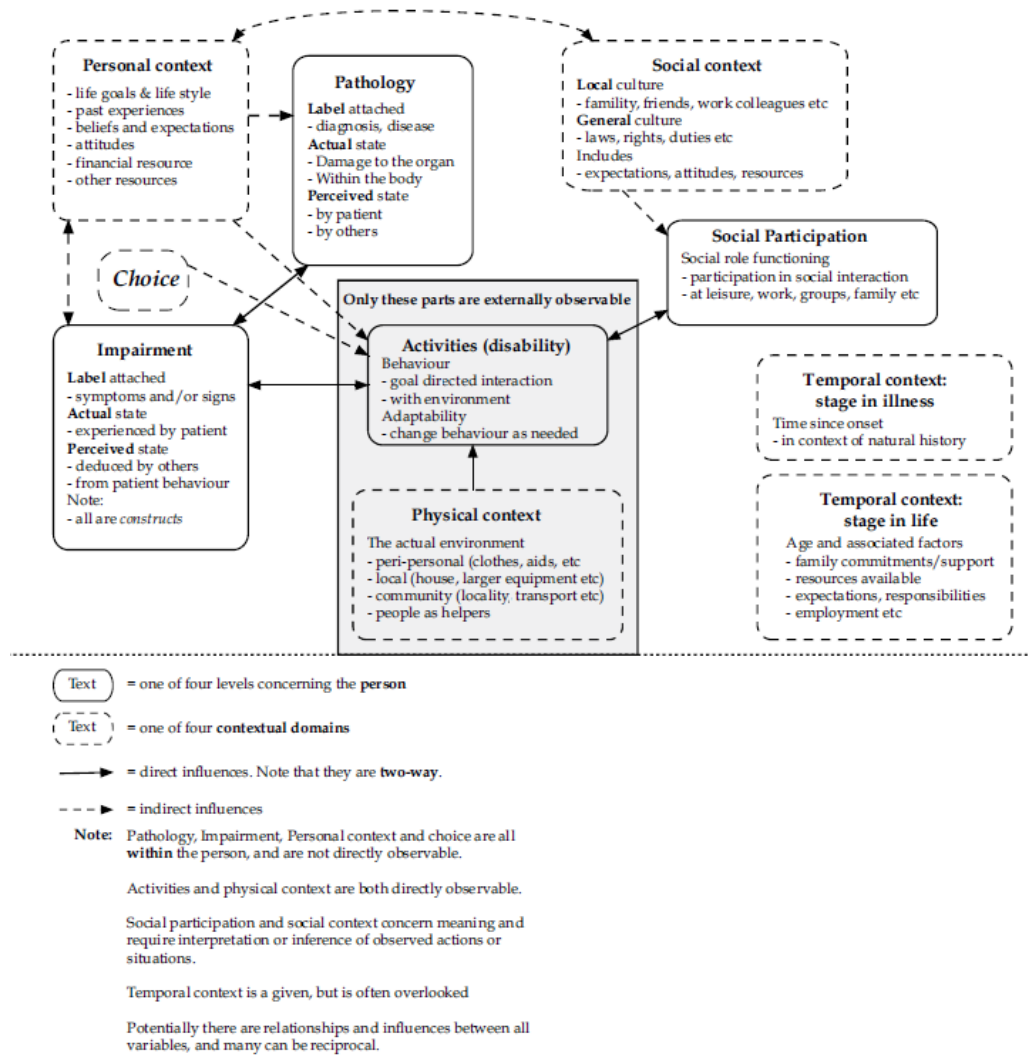


Figuur 3 Rehab Cycle met vier basisstappen: assessment, assignment, intervention en evaluation (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018d, p. 232).

2.3 Revalidatie: uitdagingen voor de toekomst

2.3.1 Biopsychosociaal denken bij revalidanten en doelgerichte revalidatie

De paradigmashift van het medisch model naar het biopsychosociaal model heeft ook een impact op de revalidanten. Revalidanten die passieve ontvangers van therapie waren in het medisch, niet-coöperatief model, worden actieve participanten in het biopsychosociale model. De revalidanten moeten hiervoor de kennis, vaardigheden en mogelijkheden voor zelfmanagement krijgen, terwijl ook de omgeving waarin de persoon functioneert en de coördinatie van diensten en zorgverleners geoptimaliseerd moeten worden (Wade, 2015a, 2016a).

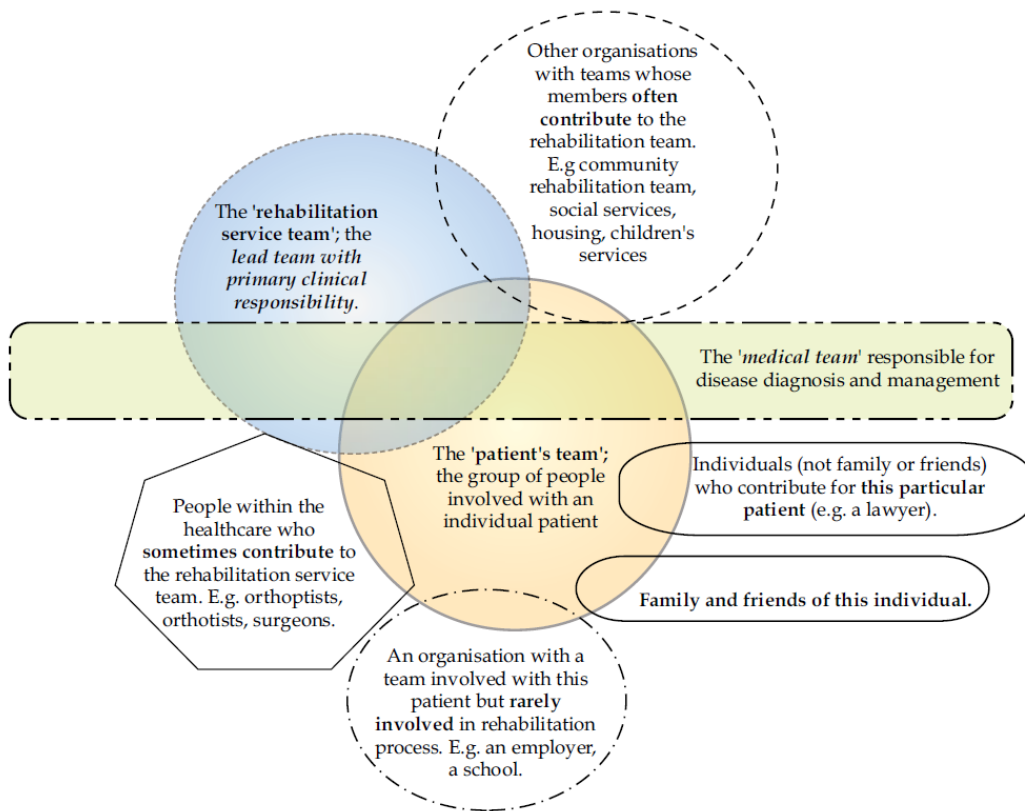


Figuur 4 Het holistisch biopsychosociaal model

De evolutie naar een doelgerichte revalidatie sluit hier nauw bij aan. Persoonlijke factoren zoals emoties, waardes, doelen en verwachtingen, activiteiten en rollen, dienen uitdrukkelijker te worden meegenomen in het klinisch redeneren van professionals. De informatieverzameling in de assesmentfase van de revalidatiecyclus moet dit mee in rekening brengen (Parsons, Jacobs, & Parsons, 2014; Wade, 2015b).

2.3.2 Multidisciplinair team en meta-multidisciplinair team

Zorgverleners in de revalidatie werken in een multidisciplinair team. De revalidatie dient nu te evolueren naar samenwerkingen buiten het interne centrale team. Revalidanten hebben nood aan samenwerking over de grenzen van voorzieningen heen, omschreven als 'het meta-multidisciplinaire team' (Wade, 2015b, 2016b).

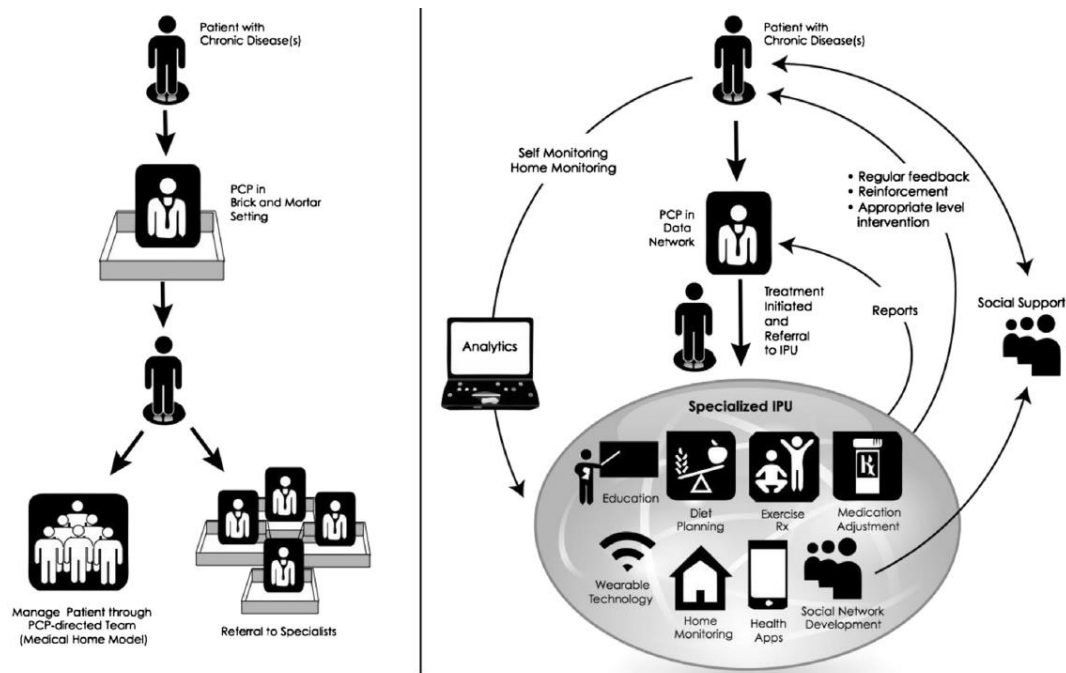


Figuur 5 Visuele weergave van de complexiteit van samenwerking en teamwerk rond één revalidant (Wade, 2016b, p. 7).

Dit grote 'metateam' heeft nood aan één coherent plan waarin alle noodzakelijke info zoals verantwoordelijke en betrokken zorgverleners, diensten en plaatsen, duurtijd, agenda's, doelen en acties (korte, middellange en lange termijn), het niveau van functioneren en relevante gezondheidsinformatie beschreven staan. De fragmentatie van de zorg en ontoereikende communicatie zijn hiervoor valkuilen (Hopfe, Prodinger, Bickenbach, & Stucki, 2018; Wade, 2016a).

2.3.3 Technologie in de de revalidatie

Technologie richt zich ofwel naar hulpmiddelen voor de revalidant zoals protheses, ofwel naar de zorgverlener zoals ICT en software. Sommige technologieën zijn een meerwaarde voor beide partijen, zoals telehealth of eHealth, waarbij de communicatie tussen zorgverleners en revalidant of zorgverleners onderling wordt ondersteund. De toegankelijkheid (gebruiksgemak, noodzaak, cognitieven, fysieke en economische bereikbaarheid, kosten) is evenwel niet altijd groot in de dagelijkse praktijk. Het gebruik van ICT vereist een goede infrastructuur in de voorziening en thuis, evenals opleiding van zorgverlener en revalidant (en zijn/haar netwerk). Het delen van digitale gevoelige informatie dient ook veilig te gebeuren (Frontera et al., 2017).



Figuur 6 Model van zorgverlening (rechts nu, links in de toekomst met technologie) (Milani & Lavie, 2015, p. 341)

2.3.4 Registreren van revalidatiedata

Revalidatie wordt gegeven aan verschillende types van populaties van revalidanten. Er zijn echter weinig concrete overkoepelende resultaten gekend van interventies of acties die efficiënt en effectief zijn voor specifieke doelgroepen. Ook details over de timing en de hoeveelheid aan revalidatie zijn niet beschikbaar. Er is nood aan een grote dataset van gegevens waar onderzoek op gedaan kan worden, via een groot meerjarenonderzoeksplan (Frontera et al., 2017).

2.3.5 Revalidatie als een belangrijke peiler van de gezondheidszorg

Wade (2015a) is pleitbezorger voor een herevaluatie en herpositionering van 'rehabilitation' in de gezondheidszorg. Revalidatie zou volgens hem centraal moeten staan in alle diensten van de gezondheidszorg op alle momenten. Functionele activiteiten, sociale rollen en discomfort bij revalidanten wat betreft de uitvoering van activiteiten en rollen moeten daarbij even belangrijk zijn als de diagnoses en de te behandelen ziekte(s). Zo zouden meer mensen kunnen genieten van revalidatiediensten en betere uitkomsten hebben. Voorwaarde hiervoor is dat de maatschappij en de bijhorende gezondheidscultuur medische zorgen en revalidatie als evenwaardige en even belangrijke diensten zien, waarbij de revalidant de regie in handen heeft (Wade, 2016a). Nu is het echter in de meeste landen zo dat 20% van de revalidanten wachten op revalidatie na hun 'acute (medische) zorgen' (Reid et al., 2015).

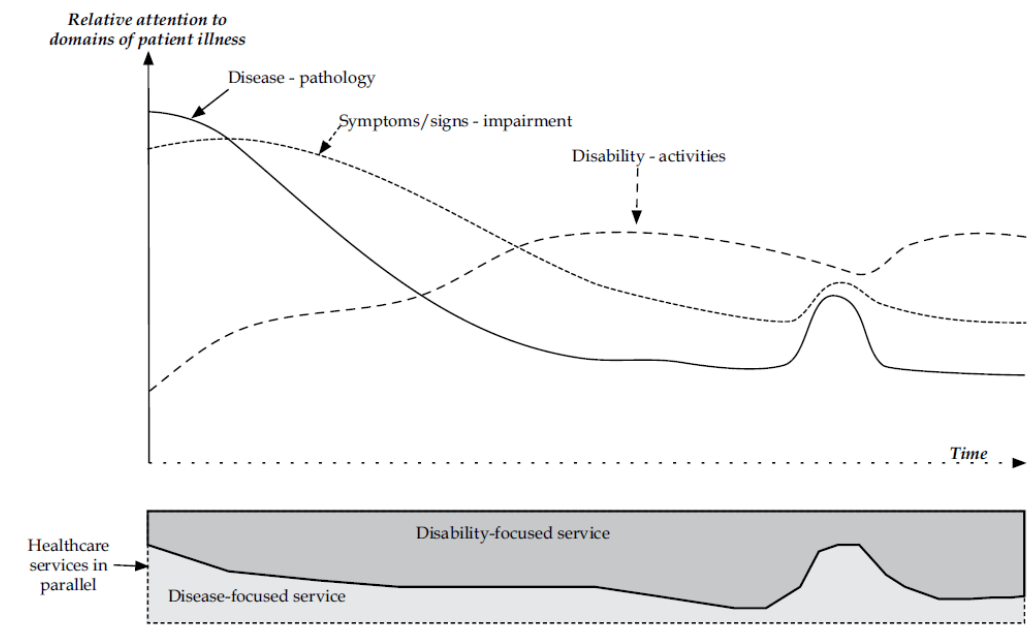


Figure 2. Suggested attention given to domains of patient's illness and service involved.

Figuur 7 Suggesties van domeinen waar belang aan gegeven moeten worden in de toekomst (Wade, 2016b, p. 113).

Het BelRAI Revalidatie instrument moet bijgevolg niet alleen voldoen aan vereisten van het beleid en van de andere stakeholders, maar het instrument moet ook aangepast zijn aan de uitdagingen voor de revalidatiezorg.

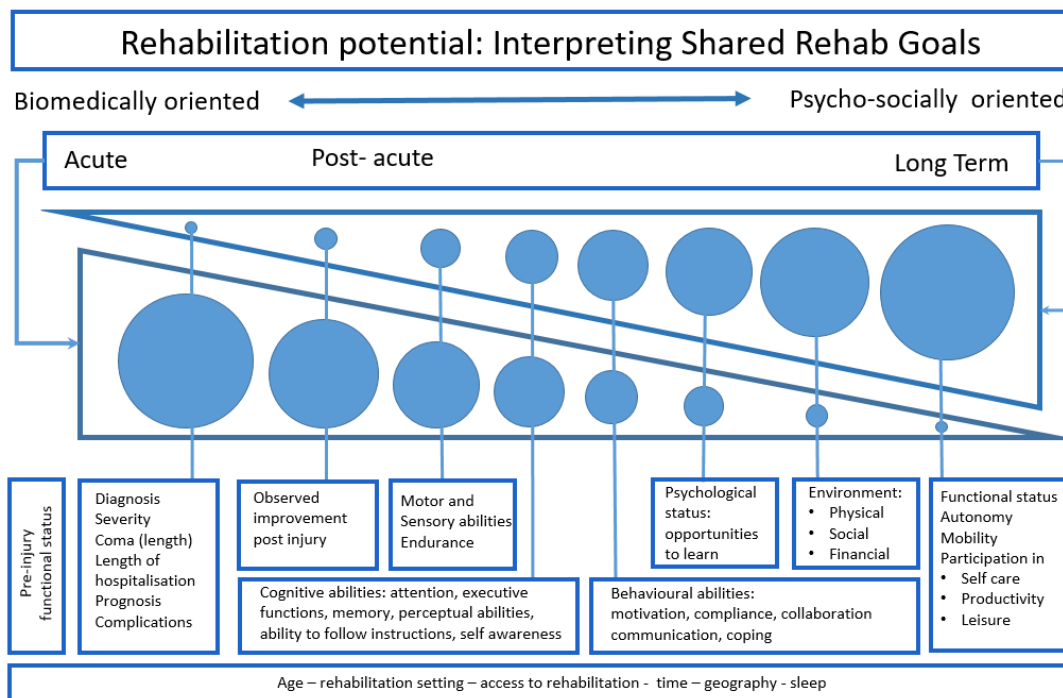
2.4 Revalidatiepotentieel en revalideerbaarheid

Revalidatiepotentieel wordt gedefinieerd als *An 'estimate of the individual's capability of co-operating with a rehabilitation programme and making measured functional gains'* Renz (1991) in (Cunningham et al., 2000, p. 205). Het betreft dus een inschatting van iemands individuele capaciteit om samen te werken aan een revalidatieprogramma en om meetbare functionele winst te maken. Deze definitie is helder op zich, maar biedt weinig concrete handvaten om te operationaliseren.

Zorgverleners proberen dit zelf te verhelderen en zien revalidatiepotentieel als een combinatie van veel factoren (omgeving, sociaal, economisch/financieel, de ernst van de aandoening, enz) die samen bepalen of iemand de mogelijkheid heeft tot een functionele verbetering via revalidatie.

Een 'critical review' van de literatuur leert dat het revalidatiepotentieel sterk afhankelijk is van de fase van de revalidatie (acuut, post-acuut, lange termijn) waarin de persoon zich bevindt. In de acute fase wordt het revalidatiepotentieel vooral bepaald door biomedisch georiënteerde factoren zoals de diagnose, de ernst van het letsel (eventuele coma), lengte van hospitalisatie, prognose, bijkomende complicaties. In de postacute fase ligt de nadruk op factoren zoals geobserveerde vooruitgang, motorische en sensorische capaciteit, uithouding en de cognitieve capaciteiten. In de overgang van post-acuut naar lange termijn wordt het revalidatiepotentieel mee bepaald door psychosociale factoren zoals functionele status, gedrag, motivatie, coping, autonomie, mobiliteit, participatie in zelfzorg, productiviteit en ontspanning en het al dan niet hebben van ondersteunende omgevingsfactoren (sociaal, fysiek, financieel). Factoren die altijd meebepalend zijn gedurende het volledige traject, zijn de

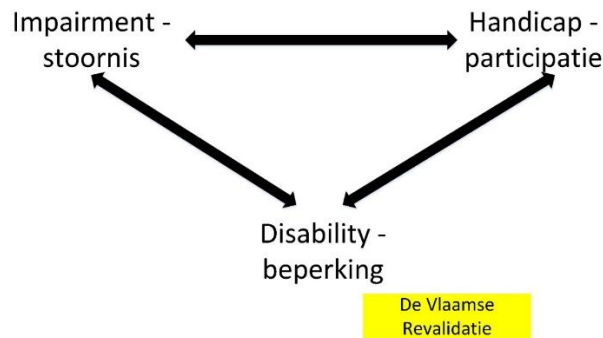
leeftijd, de revalidatiesetting, de toegang tot revalidatie, de geografische ligging van het centrum en de woonst van de revalidant, de tijd die kan geïnvesteerd worden en de kwaliteit van de slaap van de revalidant (Burton, Horne, Woodward-Nutt, Bowen, & Tyrrell, 2015; Cunningham et al., 2000; Frontera et al., 2017; Glotov, Fedorova, & Demchenko, 2008; Kulagina & Senkevich, 2015; Lam et al., 2017; Makhov & Medvedev, 2018; Mancini et al., 2015; Mosqueda, 1993; Peel et al., 2019; Popa, Popa, & House, 2009). Bovenstaande factoren moeten gezien worden in een continuüm. Het belang van de diagnose zal veel groter zijn in de acute fase om het revalidatiepotentieel te bepalen, dan in de lange termijn fase. Dit wil niet wil zeggen dat de diagnose dan niet meer belangrijk is, maar wel dat ze minder impact zal hebben op het revalidatiepotentieel. Het functioneren en het zich autonoom kunnen handhaven in de maatschappij worden dan des te belangrijker. De belangrijkheid van bepaalde revalidatie-indicatoren vermindert of vergroot naarmate men opschuift naar de langetermijnrevalidatie. Bovenstaande wordt schematisch weergegeven in Figuur 8.



Figuur 8 Revalidatiepotentieel of revalideerbaarheid: schematisch voorgesteld.

3 Organisatie van de Vlaamse revalidatie

De Vlaamse revalidatie is sinds de 6^{de} staatshervorming opgenomen in de Vlaamse sociale bescherming. Revalidanten zijn *'personen met ernstige, complexe stoornissen die belangrijke beperkingen (disability) in activiteiten en participatieproblemen met zich meebrengen'* (Vlaamse Regering, 2019a, p. 9). Wanneer het gaat over *'hoofdzakelijk blijvende participatieproblemen stopt de Vlaamse revalidatie en noemen we het handicap'* (Vlaamse Regering, 2019a, p. 9). Deze definitie komt niet geheel overeen met de definities van disability¹² of beperking van de ICF.



Figuur 9 'Holistische visie op revalidatie' uit de conceptnota (Vlaamse Regering, 2019a, p. 10).

'De Vlaamse revalidatie heeft als kenmerken:

- *Een multi/interdisciplinaire diagnostiek, dit houdt o.a. in differentiaaldiagnostiek, detectie van co-morbiditeit met aandacht voor vroegdetectie en interventie*
- *Toepassen van multi/interdisciplinaire behandeling met therapeutische doelstellingen tot betere functionaliteit voor de revalidant en voorbereiding, bevordering/stimuleren voor zijn re-integratie/inclusie in de maatschappij*
- *Langdurig maar beperkt in tijd (eindig, een termijn), eindigt als het maximale resultaat bereikt is'* (Vlaamse Regering, 2019a, p. 9).

Uit deze definitie blijkt dat respijtzorg en de 7.90-centra (hoofdfocus participatie, rolstoeladviesteams (RAT)) niet tot de Vlaamse revalidatie behoren. Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen de Vlaamse revalidatie en het zorgaanbod van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). De Vlaamse revalidatie eindigt waar de revalidatie enkel gericht is op een participatieproblematiek. De praktijk is echter complexer. Revalidanten met een handicap kunnen een hulpvraag met betrekking tot participatie hebben en bijgevolg de diensten, aangeboden door Vlaamse revalidatievoorzieningen, nodig hebben. Om deze reden is communicatie tussen alle verschillende actoren, ook die van het VAPH, broodnodig. Dit kan onder meer via de BelRAI instrumenten.

¹² Disability: *"The problem a person has performing the actions that he or she needs and wants to do, because of how an underlying health condition – a disease, injury or even ageing – affects his or her performance in his or her actual environment"* (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018a, p. 156).

4 Voorzieningen voor revalidatie in de Vlaamse context

4.1 Vlaamse revalidatieziekenhuizen

Tot 1987 sprak men over R (Revalidatie), S (Sanatoria), en V (langer Verblijf) diensten. In 1987 werden de R-bedden geschrapt om deze onder te brengen in ziekenhuizen. In 1993 werden de ziekenhuisbedden (waaronder S en V) omgezet naar SP-bedden (revalidatiebedden beperkte duur) of RVT-bedden (residentiële zorg). SP-bedden bevinden zich momenteel zowel in de acute ziekenhuizen als in de revalidatieziekenhuizen (categoriale ziekenhuizen). Door hun specifieke normering en erkenningen is er een verdere onderverdeling gemaakt binnen de SP-bedden (Nolis, 2015) (Nolis, Vanhaute, & De Nutte, 2016):

- S1 - Cardiopulmonaire aandoeningen (236 bedden);
- S2 - Locomotorische aandoeningen (1602 bedden);
- S3 - Neurologische aandoeningen (790 bedden);
- S4 - Palliatieve zorgen (209 bedden);
- S5 - Chronische ziekten (343 bedden);
- S6 - Psychogeriatric (352 bedden)

In België zijn er ongeveer 7000 SP-bedden, waarvan 3435 in Vlaamse ziekenhuizen. 1118 van deze bedden bevinden zich in Vlaamse revalidatieziekenhuizen (incl. Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren Pulderbos). Met de zesde staatshervorming zijn de geïsoleerde¹³ G- en SP-ziekenhuizen overgekomen naar Vlaanderen. Zij vallen onder de long-term care (Nolis, 2015). Ook voorzieningen onder de 7.71 conventies zijn naar Vlaanderen overgekomen. Wat betreft werking, praktijk en doelgroep doen deze voorzieningen hetzelfde als andere, federale voorzieningen onder de 7.71. Er is ook een sterke overlap met de financiering onder 9.50, de M- of K-nummers. Die structuren blijven bestaan. De psychosociale revalidatie is ook een Vlaamse bevoegdheid. Deze omvat de residentiële (psychiatrische) revalidatie, maar dit valt buiten de scope van dit onderzoek. We maken hierbij de kanttekening dat de CAR als GGZ worden omschreven, maar dat zij voor volwassenen in de praktijk vooral tot de meer fysieke revalidatie kunnen worden gerekend.

¹³ “De term “geïsoleerde” diensten wijst erop dat het gaat om diensten die niet in een algemeen ziekenhuis, maar in een afzonderlijk autonoom ziekenhuis worden aangeboden. Het betreft de zogenaamde categorale ziekenhuizen of revalidatieziekenhuizen.” (Vlaams Parlement, 2018, p. 3).

Tabel 2 SP-bedden verdeling van Vlaamse revalidatieziekenhuizen (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017).

	Chron	Neuro	Loco	Cardio	PsychoG	G
De Dennen (Malle)					38	
Nat. MS Centrum (Melsbroek)		134				
Inkendaal (Vlezenbeek)		123	30	25		
Prov. Zorgcentrum Lemberge (Merelbeke)	63					
Revalidatie en MS Centrum (Overpelt)		120				
KEI (Oostduinkerke)		50	60	20	35	
BZIO (Oostende)			125			
ReVarte (Edegem)			142			52

Hierbij dient te worden aangegeven dat Revalidatiecentrum Inkendaal naast Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren Pulderbos expertise heeft in de revalidatie van kinderen en jongeren. RevArte heeft een specifieke afdeling voor de revalidatie van jonge verkeersslachtoffers. Provinciaal Zorgcentrum Lemberge en De Dennen hebben voornamelijk een aanbod van revalidatie voor ouderen (80+) (Nolis, 2015). Voor meer informatie over de werking en het aanbod van elke voorziening wordt er verwezen naar de website van de desbetreffende voorziening.

Revalidanten met cardiopulmonaire, neurologische of locomotorische aandoeningen, comarevalidanten en revalidanten met specifieke aandoeningen zoals de ziekte van Huntington, MS, een ruggenmergletsel, brandwonden, amputaties en dergelijke meer, worden gerevalideerd in deze voorzieningen (Nolis, 2015). Het aantal prestaties en onder welke conventie elke voorziening werkt (status van voor de volledige inwerkingtreding van de 6^{de} staatshervorming) wordt weergegeven in onderstaande tabellen.

Tabel 3 Ambulante en hospitalisatie revalidatieprestaties (multidisciplinair) in 2014 (Nolis, 2015, p. 13).

	RevArte	Inkendaal	BZIO	KEI	RMSC	NMSC	Dennen	Lemberge	Pulderbos
Consultaties	505	4349	1258	2822	3149	6602	325	-	-
Dagziekenhuis	5390	14856	-	-	1392	357	-	-	-
K30-K45-K60	37767	30588	24911	25938	6739	913	-	-	-
K15-K20	6627	2647	359	4628	7	72	-	-	-
M	17193	19241	-	-	24362	14830	7699	11957	-
Revalidatieforfaits	3844	6263	10742	-	20089	23546	-	-	23918

Tabel 4 Overzicht van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen (Nolis, 2015, p. 10)

Naam	Adres	Erkende bedden	Waarvan	
RevArte	Drie Eikenstraat 659 2650 Edegem	194	142	Sp-locomotorische (waaronder 20 jong revalidanten)
951 conventie			52	G
Inkendaal	Inkendaalstraat 1 1602 Vlezenbeek	178	25	Sp-cardio/pulmonair
771, 774, 7895, 7892, 785			30	Sp-locomotorische
790 conventies			123	Sp-neurologische
Partiële daghospitalisatie kinderen		60		dagziekenhuisplaatsen
KEI	De Wittelaan 1 8670 Oostduinkerke	165	20	Sp-cardio/pulmonair
951 conventie			60	Sp-locomotorische
			50	Sp-neurologische
			35	Sp-psychogeriatric
Nationaal MS Centrum (NMSC)	Van Heylenstraat 16 1820 Melsbroek	134	134	Sp-neurologische
771 conventie				
BZIO	Zeedijk 286 8400 Oostende	125	125	Sp-locomotorische
950 conventie				
Revalidatie & MS centrum (RMSC)	Boemerangstraat 2 3900 Overpelt	120	120	Sp-neurologische
Pulderbos	Reebergenlaan 4 2242 Zandhoven	101	65,7	Neurologie
7765 conventie			30,3	Pulmonaire
			5	Respijtzorg Limmerik
Provinciaal Zorgcentrum Lemberge	Salisburylaan 100 9820 Merelbeke	63	63	Sp-chronische
De Dennen vzw	Nooitrust 18 2390 Malle	38	38	Sp-psychogeriatric

Alle Vlaamse revalidatieziekenhuizen bieden gespecialiseerde multidisciplinaire revalidatiedienstverlening aan. Voor medisch-technische diensten dienen enkele organisaties beroep te doen op dichtbijgelegen algemene ziekenhuizen. Zij maken dan ook deel uit van de gehele revalidatiedienstverleningssector (netwerk van ziekenhuizen, ketenzorg) waar zij zowel ontvanger als doorverwijzer zijn van revalidanten (Nolis, 2015).

Tabel 5 Herkomst van revalidanten in percentage 2014 (Nolis, 2015, p. 13).

*Inclusief kortverblijf (o.a. oppuntstelling revalidanten conventies NMRC of AOT)

** Inclusief integratieverlof

	RevArte	Inkendaal	BZIO	KEI	Overpelt	NMSC	Dennen	Lemberge	Pulderbos
Van thuis	1.46	37.3*	1.40	8.0	52.6	79.83	6.0	0.75	2.05
AZ	73.89	32	82.34	77.5	44.2	4.58	85.0	97.7	18.88
UZ	24.58	15.3	8.36	5.0	1.8	12.32	22.4	-	65.30
RVT/ROB	0.07	0.8	0.07	2.0	0.1	1.09	3.3	0.75	0
Andere	-	0.2	7.83	0.5	1.3	2.18	3.3	0.75	13.77
Heropname	-	14.4**	1.00	7.0	0	0	0	0	0

Tabel 6 Bestemming van revalidanten in percentage 2014 (Nolis et al., 2016, p. 13).

** Inclusief integratieverlof

	RevArte	Inkendaal	BZIO	KEI	Overpelt	NMSC	Dennen	Lemberge	Pulderbos
Naar huis	77.64	71.7	87.7	63.5	79.8	82.6	32.9	43.8	97.58
AZ, UZ	13.17	2.9	6.85	3	10.6	11.03	19.7	26.5	1.01
RVT/ROB	6.66	8.3	3.49	11.0	4.5	3.88	36.6	22.2	0
Overleden	0.43	1.9	0	4.5	1.3	0.65	9.6	2.8	0.4
Andere	2.10	0.8	1.95	8.5	3.8	1.84	1.2	4.6	1.01
Tijdelijk ontslag	-	14.4**	0	9.5	0	0	0	0	0

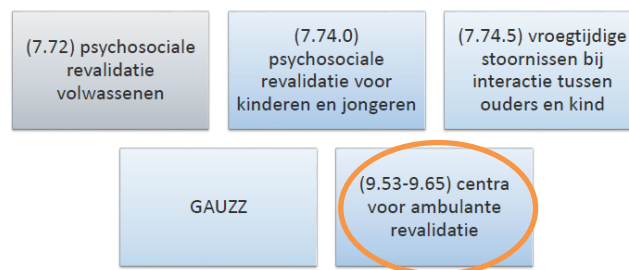
In de conceptnota revalidatie introduceert men de R-(plus) bedden. De huidige Sp-bedden voldoen niet meer aan de noden aan een gespecialiseerd revalidatie- en zorgaanbod met transmurale zorg, voor chronische aandoeningen en bij co- en multimorbiditeit van aandoeningen. De hervorming van bedden gaat over alle types van Sp-bedden (bv. psycho-geriatrie, neurolocomotorische, ...). De Sp-bedden evolueren bijgevolg naar transmurale zorg (ziekenhuisverplaatste zorg), het R-bed of R-plus bed. Deze bedden hebben nog meer omkadering en bieden meer gespecialiseerde zorgen aan, waarbij een BelRAI inschaling zeer nuttig is.

4.2 CAR 9.53-9.65

Het huidige nummer 9.53-9.65 dat aan de Centra voor Ambulante Revalidatie wordt toegekend, is een samensmelting van twee types van revalidatie: type 'NOK' en type 'PSY'. In de 'NOK' (NOK=Neus-Oor-Keel) werden namelijk revalidanten met gehoor- en spraakstoornissen gerevalideerd. De 'PSY' (PSY=psychisch) waren voor personen met psychische problemen. Sinds de overdracht van deze voorzieningen naar het RIZIV (en een deel naar het VAPH) in 1991 zijn de centra gekend onder de naam NOK/PSY revalidatiecentra (45 NOK en 49 PSY, circa 10 000 personen (2007)) (Scheiris et al., 2008). De dag van vandaag is het onderscheid tussen NOK en PSY meer vervaagd.

De CAR's werden vanuit de RIZIV-conventienummers 9.53 en 9.65 gefinancierd (RIZIV, 2012, 2016). Sinds de 6^{de} staatshervorming vallen de CAR's onder gemeenschapsbevoegdheid. Tegenwoordig zetten minstens 900 experten zich voltijds in om zo'n 7500 revalidanten verspreid over 47 CAR's¹⁴ te begeleiden. CAR's worden gezien als expertisecentra in behandeling en diagnostiek in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (Dewolf, 2016; VAZG, 2016).

PSYCHOSOCIALE REVALIDATIE



Figuur 10 Overzicht psychosociale revalidatie (Frans & Oosterlinck, 2016, p. 2)

Het grootste deel van de doelgroep bestaat uit kinderen en jongeren met een ontwikkelingsproblematiek. Volwassen personen met een NAH, gehoorprobleem of met stemstoornissen kunnen terecht in CAR's. Er zijn 47 autonome CAR's in Vlaanderen (en drie universitaire) en drie Nederlandstalige in Brussel (VAZG, 2018a). De meeste CAR's zijn ambulante centra, maar een drietal CAR's bevinden zich in een UZ.

4.3 Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren (Zandhoven) (7.76.5)

Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren Pulderbos (7.76.5) heeft geen erkenning als ziekenhuis en kan daarom (officieel) niet als Vlaams Revalidatieziekenhuis benoemd worden. Pulderbos geniet van een all-in financiering via een RIZIV-overeenkomst (revalidatieforfait). Initieel was Pulderbos een sanatorium voor personen met astma en allergie. Ondertussen heeft Pulderbos zich verder ontwikkeld tot een gespecialiseerd revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren (Dewolf, 2016; Nolis, 2015; VAZG, 2016).

¹⁴ Cijfer op datum van 31-12-2015.

4.4 Revalidatiecentrum Revalidatiecentrum NAH Turnhout

Het Revalidatiecentrum NAH Turnhout is in 1952 door CM-Turnhout opgericht met volgend doel: *“Het oprichten en uitbaten van poliklinieken, medische centra, moederhuizen, apotheken, dispensaria en alle instellingen van geneeskundige aard zowel op preventief als curatief gebied”* (KMSL, 2009). In de jaren 60 en 70 is het zich op het terrein van de gehandicaptenzorg gaan begeven, om dan eind jaren 80 het ‘PSY revalidatiecentrum’ uit Turnhout over te nemen. Vervolgens kwam er in 2000 een uitbreiding naar een tweede centrum. In de periode 1972 – 1997 zijn de activiteiten gericht naar de gehandicaptesector opgeschort. Na 1997 zijn deze activiteiten opnieuw opgenomen, met nadruk op de arbeidstraject-begeleiding van personen met een beperking (handicap). In 2004 zijn door de integratie van CLB Kempen nogmaals de statuten veranderd, om dan in 2005 te starten met een dagcentrum NAH. In 2009 is Revalidatiecentrum Vijfhoek (NOK) na een samenwerkingsovereenkomst (2007-2009) volledig geïntegreerd in de vzw. In 2007 werd ook een klein revalidatiecentrum opgericht voor personen met NAH. Hiervoor kreeg men vanaf 2009 RIZIV-middelen. Dit was de start van het KMSL-revalidatiecentrum NAH (KMSL, 2009). Deze organisatie heeft dus een heel specifieke geschiedenis.

Op beleidsniveau impliceert dit (buiten de diensten onder VAPH Muylenberg) dat er twee grote conventies overgekomen zijn naar Vlaanderen voor KMSL, namelijk CAR Turnhout (9.65.062.88)/CAR Vijfhoek (9.53.593.14)/CAR Zuiderkempen(9.65.608.27) en revalidatiecentrum voor NAH Turnhout (771.020.33) (VAZG, 2016).

4.5 Low vision centra 9.69 (visuele revalidatie)

Er zijn vier Vlaamse centra voor visuele revalidatie (9.69) (Dewolf, 2016; VAZG, 2016). Van deze centra zijn er drie verbonden aan een UZ. De ambulante diensten (low vision centre en CAR) beschikken niet altijd over een medisch dossier. Revalidanten melden zich aan, eventueel maar niet noodzakelijk op advies van een zorgprofessional. Ze worden gevraagd om informatie mee te brengen. Deze informatie is niet altijd volledig en accuraat.

5 Het nut van de interRAI output voor de Vlaamse revalidatie

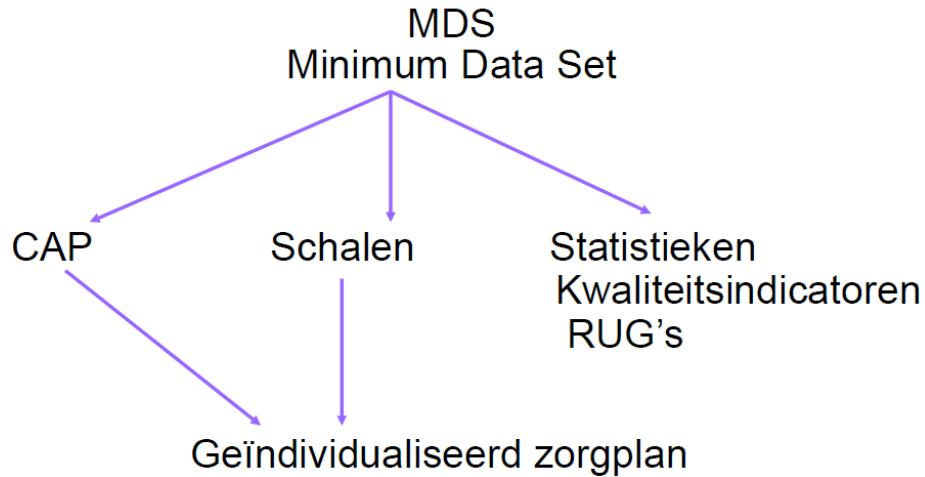
Een BelRAI instrument is in de eerste plaats nuttig voor het delen van informatie over een patiënt, voor het opvolgen doorheen de tijd en voor de zorgplanning. Uit de bovenstaande paragrafen blijkt dat er in de sector nood is aan meer en betere data.

BelRAI voorziet op basis van kwaliteitsvolle data ook in output. Deze output bestaat uit zorgschalen, Clinical Assessment Protocols (CAP's), kwaliteitsindicatoren, zorgzwaarte-indicatoren en samenvattingen.

In de revalidatie is het ook belangrijk om te weten hoe iemand voor de revalidatie functioneerde of handelde (premorbide toestand). Dit kan worden gezien via de historiek van elders of eerder ingevulde interRAI instrumenten.

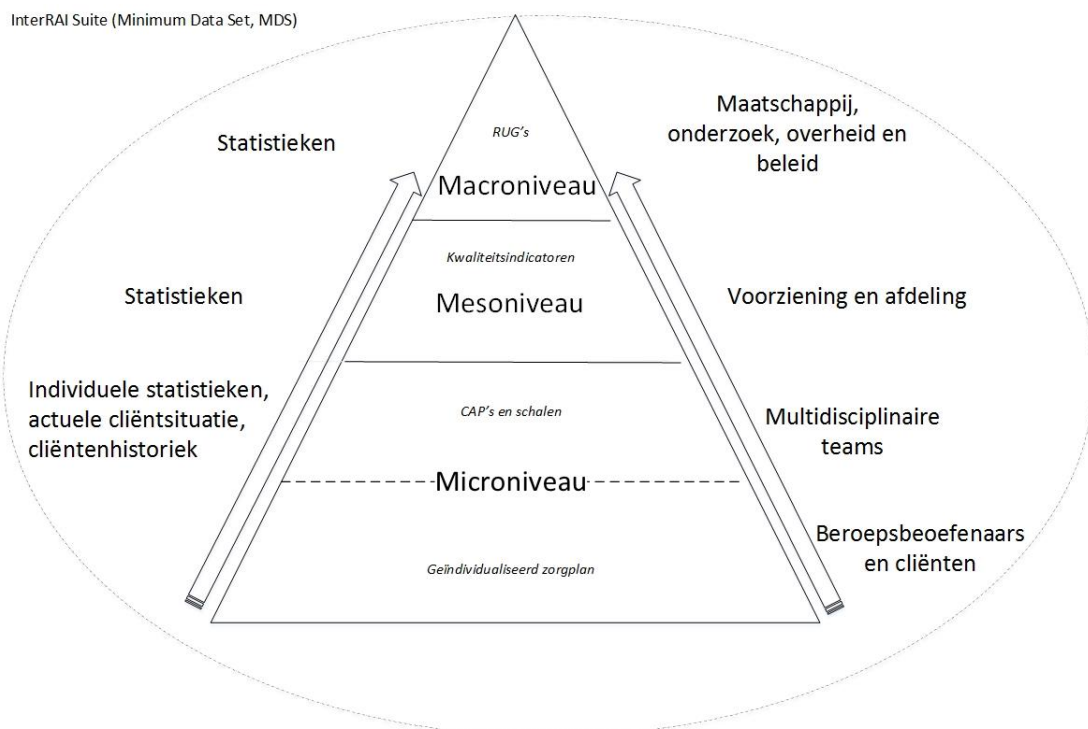
5.1 Outputpiramide

Een correct ingevuld BelRAI instrument resulteert in verschillende soorten resultaten, zijnde CAP's, schalen, kwaliteitsindicatoren en RUG's. CAP's en zorgschalen kunnen gebruikt worden om het geïndividualiseerd zorgplan op te stellen, aan te passen of te evalueren.



Figuur 11 Types van output uit de interRAI Suite

Aan de basis van de outputpiramide bevindt zich de individuele revalidant met en voor wie een zorgplan wordt opgesteld. Aan de top bevindt zich de verantwoordelijke overheid die op basis van populatiebrede data, beleid kan voeren en evalueren.



Figuur 12 De outputpiramide van interRAI Suite

Op individueel niveau biedt BelRAI een overzicht doorheen de tijd van het functioneren van de revalidant. De standaardisatie en de gemeenschappelijke taal zorgen ervoor dat gestructureerde informatie gedeeld kan worden tussen beroepsbeoefenaars. Dit vermindert de kans op blinde vlekken, verhoogt preventie en vermijdt tijdsverlies door bestaande informatie te delen in plaats van ze opnieuw te verzamelen. BelRAI werkt enkel als de individuele beroepsbeoefenaar er het nut van inziet en erdoor wordt geholpen. Het is immers die beroepsbeoefenaar die de gegevens in moet vullen en dat gebeurt alleen op een kwaliteitsvolle manier wanneer de tijd die daaraan wordt besteed, ook bruikbare resultaten oplevert. De resultaten op het individuele niveau bestaan uit schalen over onder meer functioneren (ADL, IADL), cognitie (CPS) of stemming (Mood) en uit CAP's, die een soort 'alarmpjes' zijn die worden getriggerd voor tenminste twee types van personen: (1) personen voor wie vooruitgang of beterschap mogelijk is in een bepaald domein op voorwaarde dat ze hierbij ondersteuning krijgen, en (2) personen die een risico op achteruitgang hebben wanneer er geen bijkomende hulp geboden wordt in het desbetreffende domein. Zowel de schalen als de CAP's bieden hulp bij het opstellen van een zorgplan. Het is echter belangrijk hierbij op te merken dat ze niet leiden tot een automatisch zorgplan. Elk zorgplan moet immers in de eerste plaats gebaseerd zijn op de doelstellingen en prioriteiten van de persoon. De CAP's en zorgschalen bieden wel input voor het opstellen of aanpassen van het zorgplan.

In tweede instantie kan de BelRAI output door de *organisatie* worden gebruikt voor intern beleid. Geaggregeerde schaalscores laten toe om afdelingen en instellingen te vergelijken en zo goede praktijken te ontdekken of beleidsplannen op te stellen en te evalueren. Kwaliteitsindicatoren kunnen op geaggregeerde data worden berekend en laten toe om aan benchmarking te doen: hoe scoort mijn organisatie of afdeling ten opzichte van andere, gelijkaardige organisaties of afdelingen? Zorgzwaarte-indicatoren delen cliënten in in homogene categorieën van personen met een bepaalde zorgnood. Deze indicatoren kunnen bv. worden gebruikt om adequaat personeel toe te wijzen aan afdelingen of deelorganisaties.

Ten derde, wanneer er populatiedata beschikbaar zijn omdat een hele sector en een hele regio de instrumenten gebruiken, kan de overheid deze data gebruiken om beleid op te enten en dat beleid na verloop van tijd te evalueren. De zorgzwaarte-indicatoren kunnen eventueel ook als basis dienen voor een overheid om middelen toe te kennen.

Wanneer we een nieuw instrument ontwikkelen, zoals het geval is met het BelRAI Revalidatie-instrument, dan is het belangrijk om eerste output op het eerste niveau te creëren: zorgschalen en CAP's. Voor een goede implementatie is het immers belangrijk dat het instrument nuttig is voor de zorgverleners die het instrument in moeten vullen. Pas daarna kan worden gestart met kwaliteitsindicatoren en zorgzwaarte-indicatoren. Om deze te kunnen ontwikkelen, moet er al voldoende longitudinale data worden verzameld bij een representatief staal van organisaties en patiënten.

5.2 Klinische mogelijkheden

De klinische voordelen van BelRAI kunnen de volgende zijn:

1. Dezelfde taal spreken over revalidant
2. Diagnostische informatie vernieuwen en aanvullen
3. Invulling vorige beroepsbeoefenaar gaat niet verloren
4. Overzicht doorheen de tijd
5. Overzicht van gekregen hulp tot op professioneel niveau
6. Op lange termijn efficiëntie en verhoging kwaliteit van zorg

De BelRAI instrumenten maken het mogelijk dat (1) voorzieningen en beroepsbeoefenaars, onafhankelijk van bevoegdheid of discipline, met elkaar in dezelfde taal kunnen spreken en geen verwarring meer mogelijk is door gebruik van verschillende terminologie. De BelRAI instrumenten kunnen ook als basis dienen voor een gemeenschappelijk dossier om een multisectoriële teamvergadering (op afstand) te organiseren. (2) Door het gebruik van ICT heeft elke beroepsbeoefenaar direct toegang tot de meest recente informatie en (3) kan hij of zij de informatie ingevuld door een collega zien. (4) Zo is het premorbide functioneren ook helder en kan men zo ver terugkijken als nodig. (5) Er wordt gelogd wie toegang heeft tot welke informatie en wie wanneer van die toegang gebruik heeft gemaakt. Bij onduidelijkheid of voor meer diepgang weet men met welke collega contact kan worden opgenomen.

Doordat het functioneren centraal staat en niet de diagnostiek, onderscheidt BelRAI zich van het globaal medisch dossier (GMD)¹⁵ dat door de huisarts wordt beheerd (Belgische Federale overheidsdiensten, 2018; RIZIV, 2015).

To clinicians	Facilitate improved patient outcomes Access to comprehensive, standardized and reliable clinical information to improve efficiency of care and promote inter-professional collaboration through a common assessment language Improve the efficiency of comprehensive geriatric assessment and geriatric consultation by reducing time required to perform the assessment Clinical Assessment Protocols to inform care planning Embedded scales to assist in diagnosis and monitor patient progress Risk assessment algorithms to ascertain patient-level risk and inform management urgency Assessment of the quality of care provided Ability to assess reliably at a distance/online
To organizations	Facilitate earlier identification of geriatric syndromes and targeting of interventions to improve outcomes in high-risk seniors Case-mix algorithms to more accurately and appropriately target resources Assessment of the quality of care provided Promote efficient use of resources
To the health care system	Facilitate system integration through standardized and common assessment systems compatible with electronic medical records Standardized platform for telemedicine Facilitate cross-sectoral comparisons and outcomes measurement Improve the efficiency of the health care system and potentially reduce costs
To researchers	Access to high-quality data on patients who otherwise would typically be excluded from clinical trials <small>As CIHI is the Canadian repository for this data, researchers are able to link interRAI data to other health databases</small>

Figuur 13 Potentiële voordelen van interRAI Suite (Heckman, Gray, & Hirdes, 2013, p. 14)

5.3 Wetenschappelijke mogelijkheden

Omdat het BelRAI Revalidatie instrument deels uit een core set van gemeenschappelijke BelRAI-items bevat en omdat de interRAI instrumenten gestandaardiseerd zijn, in verschillende talen beschikbaar zijn en in verschillende landen worden gebruikt, zijn nationale en internationale vergelijkingen mogelijk (K Berg et al., 1997; Hermans, Cohen, Spruytte, Van Audenhove, & Declercq, 2016; Hirdes et al., 2008; Noro et al., 2011; Van Eenoo et al., 2018). Ook effecten van interventies kunnen gemeten worden op grote schaal en op langere termijn.

5.4 BelRAI Revalidatie instrument

Het interRAI PAC-Rehab (interRAI Post-Acute Care and Rehabilitation) instrument is het interRAI-instrument voor de (acute) revalidatie. Uit onderzoek van het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) blijkt dat het gebruik van de interRAI PAC-Rehab maar gedeeltelijk voldoet aan de noden van de Vlaamse revalidatiesector (Desomer, Eyssen, Mistiaen, & Eyssen, 2016). PAC-Rehab is nog te veel gericht op de acute zorg en te weinig op de langetermijn zorg zoals we die in Vlaanderen en

¹⁵ Uw globaal medisch dossier (GMD) bevat al uw medische gegevens (operaties, chronische ziekten, lopende behandelingen, enz.). (RIZIV, 2015)

België vinden. Het PAC-Rehab instrument sluit dus onvoldoende aan bij de noden van de Vlaamse langetermijnrevalidatie. Daarnaast is er in Vlaanderen ook een sterke vraag om de link tussen BelRAI en ICF zeer duidelijk te maken. De eerste stappen hiertoe werden gezet in Van Regenmortel et al. (2018). Deze studie bouwt hierop verder, om te komen tot een bruikbaar en implementeerbaar BelRAI Revalidatie instrument.

Hoofdstuk 2

Onderzoeksopzet

1 Onderzoeksvragen en doel van het onderzoek

In de ouderenzorg (woonzorgcentra en thuiszorg, palliatieve zorg en acute zorg) is het gebruik van de BelRAI instrumenten uitvoerig getest (de Almeida Mello, Declercq, & Van Audenhove, 2018; Declercq, 2010; Declercq et al., 2011, 2009, 2007, 2008; Declercq, Gosset, de Almeida Mello, et al., 2010; Declercq, Gosset, Milisen, et al., 2010; Hermans, 2017; Vermeulen, Van Eenoo, Vanneste, & Declercq, 2015; Wellens, Milisen, Flamaing, & Moons, 2012a). Ook in de Vlaamse GGZ zijn al BelRAI instrumenten getest en is nog onderzoek gaande (Van Eenoo et al., 2017; Van Horebeek et al., 2019). In elk van die sectoren kan men werken met bestaande en gevalideerde interRAI-instrumenten. Voor de Vlaamse revalidatiesector was er nog geen BelRAI instrument.

In eerder onderzoek is in samenspraak met de verschillende actoren van de revalidatiesector een eerste versie van een BelRAI Revalidatie instrument ontwikkeld. De ontwikkeling gebeurde door alle betrokkenen (revalidanten en zorgverleners) te bevragen over wat volgens hen de inhoud moet zijn van een dergelijk instrument. Op basis van die input is vervolgens een eerste versie gecreëerd, die voor evaluatie is voorgelegd aan de sector. Het instrument bestaat voor het grootste deel uit bestaande interRAI items uit verschillende instrumenten, maar er zijn ook nieuwe items ontwikkeld, al dan niet op basis van de ICF. Het is voor alle betrokken partijen duidelijk dat het instrument te lang is, maar er is tijdens het eerste onderzoek geen consensus gevonden over wat mag worden geschrapt. Het ontwikkelde instrument werd tijdens deze eerste studie nog niet getest in de praktijk (Van Regenmortel, Declercq, & Van de Velde, 2018).

De *doelstelling* van dit onderzoek is om dit ontwikkelde BelRAI Revalidatie instrument te testen in de sector (1) om na te gaan of de items duidelijk en nuttig zijn, (2) om te komen tot een verkort instrument, en (3) om de perceptie van de gebruikers ten aanzien van het instrument te onderzoeken. De ervaringen en gebruiksmogelijkheden bij het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument in de praktijk worden in kaart gebracht. Hierbij wordt ook steeds de link met ICF voor ogen gehouden.

De *onderzoeksvragen* zijn de volgende:

1. In hoeverre is het BelRAI Revalidatie instrument praktisch toepasbaar en inhoudsvalide in de dagelijkse praktijk? Gezien het instrument nog te lang is: welke items kunnen worden geschrapt?
2. Hoe staan de verschillende groepen van stakeholders in de fysieke revalidatie voor volwassenen ten opzichte van het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument in Vlaanderen?
3. Welke gebruiksmogelijkheden en beperkingen biedt, volgens de zorgverleners, de directie, de revalidanten en de beleidsmakers, het BelRAI Revalidatie instrument?
4. In welke mate kunnen de items uit de ICF opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument de ICF vervangen volgens de zorgverleners en de directies? Met andere woorden: in welke mate zijn de BelRAI Revalidatie instrument items een correcte weergave van het theoretische bio-psycho sociale kader van de ICF.
5. Wat zijn de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie?

Het doel is om op het einde van het project een bruikbaar en haalbaar instrument voor te kunnen leggen, met ICF-linking. Dit BelRAI Revalidatie instrument moet zorgverleners en de organisaties waar zij werken

ondersteunen in de zorgplanning en moet de communicatie tussen beroepsbeoefenaars over de grenzen van sectoren heen bevorderen.

De *doelgroep* voor het instrument is beperkt tot jongvolwassenen en volwassenen tussen 15 en 65 jaar, bij wie langetermijnrevalidatie aangewezen is. We houden ook rekening met de Vlaamse bevoegdheid.

2 Methode

In dit onderzoeksproject wordt een mixed-method design gebruikt om de inhoud en gebruiksmogelijkheden van het BelRAI Revalidatie instrument en de output die erbij hoort, te onderzoeken voor zorgverleners actief in de Vlaamse revalidatie.

Om een antwoord te kunnen formuleren op de *eerste onderzoeksvraag* wat betreft de toepasbaarheid en de inhoudsvaliditeit van het BelRAI Revalidatie instrument in de zorg voor volwassenen in de langetermijnrevalidatie (18-65 jaar) in Vlaanderen worden kwalitatieve data verzameld bij de zorgverleners tijdens intervisiemomenten in de deelnemende organisaties en door middel van focusgroepen met de deelnemers. We maken tevens gebruik van de kwantitatieve data die tijdens de test worden verzameld, in de vorm van ingevulde BelRAI Revalidatie assessments. Via analyses op deze data gaan we na welke items belangrijk of minder belangrijk zijn.

Specifiek om de inhoudsvaliditeit te bepalen, wordt er gebruik gemaakt van de kwantitatieve informatie van de CVI (content validity index of index voor inhoudelijke validiteit) en de kwalitatieve informatie uit de focusgroepen (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006; Polit, Beck, & Owen, 2007).

Voor het beantwoorden van de *tweede tot en met de vijfde onderzoeksvraag* over hoe de verschillende betrokken stakeholdersgroepen staan ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de revalidatiesector in Vlaanderen, de gebruiksmogelijkheden, de BelRAI-ICF linking en de randvoorwaarden voor implementatie worden zowel kwantitatieve als kwalitatieve data verzameld. De vragen worden beantwoord via (1) kwalitatieve data, verzameld tijdens het expertenpanel, de intervisies en de focusgroepen met de zorgverleners die het instrument in de praktijk hebben gebruikt en (2) kwantitatieve data, verzameld via de attitudemeting. Deze vragenlijst meet de attitude van de zorgverleners wat betreft het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument en ook de link tussen het BelRAI Revalidatie instrument en de ICF (onderzoeksvraag vier).

Om de deelnemers van het onderzoek te kunnen beschrijven in dit onderzoeksrapport is er gevraagd om een demografische fiche in te vullen.

3 Steekproef voor de test met het uitgebreide instrument dat in het eerste project werd ontwikkeld

De doelgroep van dit onderzoek is gelijkaardig aan deze van het eerste BelRAI Revalidatie onderzoek (Van Regenmortel et al., 2018). De inclusie- en exclusiecriteria zijn bijgevolg bijna identiek. In dit onderzoek is er één extra exclusie criterium, namelijk dat revalidanten in comateuze toestand niet mee worden genomen. Voor deze specifieke doelgroep dient een meer passend en ingekort BelRAI Revalidatie instrument te worden ontwikkeld, in overleg met experts.

Tabel 7 Inclusie en exclusiecriteria tweede BelRAI Revalidatie onderzoek

Inclusie	Exclusie
15-65-jarigen	< 15 jaar; + 65 jaar
Langetermijnrevalidatie	Acute revalidatie
	Comateuze revalidanten of personen in 'persistent vegetative state'

Het BelRAI Revalidatie instrument brengt de noden van revalidanten in kaart, onafhankelijk van de subsidiërende overheid. De stuurgroep van het onderzoek ging in op een vraag tot deelname van de universitaire ziekenhuizen. UZ Leuven Pellenberg en UZ Gent K7 nemen daarom deel.

4 Doelgroep van het instrument

Het instrument is ontwikkeld voor de doelgroep die na een acute fase en post-acute fase in een langetermijnrevalidatie terechtkomt. Deze doelgroep is zeer breed. Het betreft hier (niet exhaustieve lijst) zowel personen met cardiopulmonaire aandoeningen (zoals COPD), neurologische aandoeningen (zoals NAH, CVA, MS, ALS), poli-trauma (zoals na verkeersongeval, arbeidsongeval) en zeldzame aandoeningen (zoals EDS, ziekte van Duchenne). Zij hebben gemeenschappelijk dat er omwille van een functionele beperking verdere revalidatie nodig is met het oog op een optimale maatschappelijke participatie. Deze vorm van revalidatie wordt aangeboden in de Vlaamse revalidatieziekenhuizen in de centra ambulante revalidatie en in diensten die vallen onder de revalidatieconventies die werden overgeheveld naar de gewesten.

Dit houdt in dat met dit instrument de nadruk wordt gelegd op het functioneren en op het potentieel dat de persoon heeft om verder te revalideren. Deze doelgroep wordt gekenmerkt door het hebben van een 'long-term revalidatiepotentieel' op volgende vlakken:

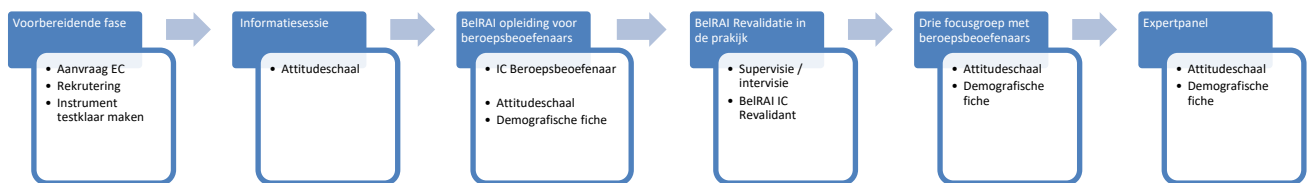
- Maatschappelijk deelname
- Functionele status op gebied van zelfzorg, productiviteit en ontspanning
- Autonomie op gebied van zelfzorg, productiviteit en ontspanning
- Mobiliteit
- Leermogelijkheden en psychologische status
- Gedrag en motivatie
- Communicatie
- Motorische en sensorische functies
- Cognitieve functies

Gezien het feit dat dit instrument ontwikkeld werd op het niveau van het functioneren, is de medische diagnose (en de doelgroep op zich) ondergeschikt. Vaak zijn functionele beperkingen immers onafhankelijk van de doelgroep (vb. items zoals het zich kunnen wassen). Daar waar de items doelgroepspecifiek zijn, werd geopteerd om dit in een elaboratiemodule op te nemen (vb. items over visusproblemen).

De revalidatiecentra uit de algemene ziekenhuizen die onder federale bevoegdheid vallen, zijn als partner meegenomen in de co-creatie van het instrument om de link en de communicatie onderling te kunnen faciliteren. Gezien in deze ziekenhuizen vooral de nadruk wordt gelegd op de acute revalidatie

is het ontwikkelde instrument niet geschikt voor deze settings. De focus ligt er (zeker bij aanvang) sterk op herstel van fysieke en cognitieve functies eerder dan op de functionaliteit en de participatie in het maatschappelijke leven. Bij ontslag echter zal de functionele toestand van de persoon steeds beter gaan matchen met de items uit het BelRAI Revalidatie instrument, omdat de persoon zich dan in de overgang bevindt van de korte termijn revalidatie naar een lange termijn revalidatie. Het instrument is evenwel niet ontwikkeld om in een acute setting te gebruiken. Hiervoor kan het interRAI Post-Acute Care (PAC) instrument worden overwogen.

5 Onderzoeksprocedure



Figuur 14 Stroomdiagram van dataverzameling.

In een voorbereidende fase werden alle geïnteresseerde voorzieningen uitgenodigd voor een **informatiesessie** voor zorgverleners, leidinggevenden of directieleden. Het BelRAI Revalidatie protocol werd toegelicht, met uitleg over de geïnformeerde toestemminginstrumenten (Bijlage 1) die ondertekend moesten worden door de revalidanten voor wie het BelRAI Revalidatie instrument ingevuld zou worden.

Uit voorgaand onderzoek (Declercq et al., 2011) bleek dat zorgverleners een tiental beoordelingen moeten invullen vooraleer ze een BelRAI instrument onder de knie hebben. Om een antwoord te kunnen formuleren op onderzoeksvragen over de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI Revalidatie instrument in de praktijk, is het ook belangrijk dat de zorgverleners voldoende ervaring hebben met het gebruik van de instrumenten, om kwaliteitsvolle input te geven. Om de testing haalbaar te houden voor elke voorziening en ook om te anticiperen op onverwachte ziekte, personeelwissels en dergelijke, is er aan elke voorziening gevraagd om twee zorgverleners een opleiding over het BelRAI Revalidatie instrument te laten volgen.

Bij deelname aan deze en andere BelRAI-studies wordt aan de zorgverlener zijn *geïnformeerde toestemming* (Bijlage 1) gevraagd. Deelname betekende in dit geval het volgen van de BelRAI Revalidatie opleiding en het testen van het instrument in de praktijk via het invullen van het instrument, deelname aan één intervisie en aan één focusgroep. Het doel was minstens tien BelRAI Revalidatie instrumenten per voorziening (bij voorkeur per persoon) terug te bezorgen aan de onderzoekers.

Nadat de zorgverleners de opleiding hadden gevolgd, startten ze met het invullen van het BelRAI Revalidatie instrument. Revalidanten kunnen enkel geïncludeerd worden na het ondertekenen van een geïnformeerde toestemming, die in het bezit van de voorziening blijft als onderdeel van het medisch dossier. Ingevulde instrumenten werden anoniem aan het onderzoeksteam bezorgd. Gedurende de opleiding werd toegelicht wat BelRAI instrumenten zijn en hoe men deze invult. Tijdens de kantooruren was ook een helpdesk bereikbaar.

In de periode van dataverzameling (tot en met januari 2019) werden intervisiemomenten georganiseerd. De onderzoeker bezocht elke zorgvoorziening. Tijdens deze intervisiemomenten werd bevestigd waar er nog onduidelijkheden of moeilijkheden waren bij het invullen van het instrument. Op deze wijze kon tijdig bijgestuurd worden, indien nodig. Tijdens deze intervisiemomenten vertelden de deelnemers ook over hun ervaringen met het instrument en gaven ze hun mening en hun bedenkingen mee. Deze informatie werd genoteerd en met gebruik van NVivo geanalyseerd (zie hoofdstuk 4).

Na de dataverzamelingsperiode werden focusgroepen (februari 2019) met zorgbeoefenaars georganiseerd. Twaalf tot vijftien deelnemers werden per focusgroep geïnccludeerd. Van elke voorziening werd minstens één zorgverlener uitgenodigd. De inhoud van de focusgroep betrof het kritisch bekijken van (1) de inhoud van het BelRAI Revalidatie instrument (incl. zijn link met de ICF) en (2) de bruikbaarheid en de implementatievoorwaarden voor een grootschalige ingebruikname in de revalidatiesector. De opnames van de focusgroepen werden verschillende keren beluisterd. Alle relevante informatie werd uitgeschreven en geanalyseerd met behulp van NVivo.

Voor de voorzieningen werd een expertenpanel (maart 2019) georganiseerd met de zorgverleners, vertegenwoordigers en afgevaardigden van de voorzieningen, personen betrokken in het revalidatiebeleid en vertegenwoordigers van de revalidanten en hun familie. Tijdens dit expertenpanel werd het BelRAI Revalidatie instrument kritisch geëvalueerd wat betreft de bruikbaarheid en de voorwaarden voor implementatie op korte en lange termijn. Ook de opname van het expertenpanel werd verschillende keren beluisterd. Alle relevante informatie werd uitgeschreven en geanalyseerd met behulp van NVivo.

6 Ethische commissie

Het originele onderzoeksprotocol is voorgelegd in de vorm van twee dossiers bij de *Commissie voor Medische Ethiek* van UZGent. Het eerste dossier (B670201837089) betrof de secundaire analyse op het BelRAI Revalidatie instrument 1 data en is goedgekeurd op 27-07-2018. Het tweede dossier (B670201837092) betrof de nieuwe dataverzameling voor het tweede BelRAI Revalidatie onderzoek en is goedgekeurd op 31-08-2018. De twee dossiers werden goedgekeurd met volgende codes: EC/2018/0982 en EC/2018/0983.

7 Rekrutering en informatiesessie

De informatiesessie had als doel om de hele sector te informeren over de verdere onderzoeksstappen en de rekrutering van voorzieningen van start te laten gaan. Het doel was om een zo gevarieerd mogelijke en representatieve steekproef van de (Vlaamse) revalidatie te bekomen wat betreft type revalidatie (revalidanten en organisaties) en ook wat betreft de disciplines (zorgverleners).

Voorzieningen en zorgverleners betrokken in het eerste BelRAI Revalidatie onderzoek ontvingen een persoonlijke uitnodiging voor de informatiesessie. Ook koepelorganisaties actief in de Vlaamse revalidatiesector zijn gevraagd de uitnodiging tot deelname te verspreiden onder hun leden.

Er is vervolgens aan elke opgeleide zorgverlener gevraagd om uit zijn/haar revalidatiepopulatie (15-65 jaar) een representatieve steekproef van 10 revalidanten te rekruteren. We verwachtten 200 instrumenten van Vlaamse revalidanten en 10 instrumenten van federale revalidanten.

Het invullen van het instrument gebeurde enkel na geïnformeerde toestemming van de revalidant (Bijlage 1). Het onderzoek werd aan de revalidanten toegelicht aan de hand van een leidraad. Meer

informatie over het BelRAI Revalidatie project is via de ‘informatiebrochure revalidanten’ beschikbaar gemaakt, in verschillende vormen: pdf, webpagina en ingesproken.

8 Instrument en handboek

Het BelRAI Revalidatie instrument zoals gepubliceerd in het eerste rapport (Van Regenmortel et al., 2018) is meer gebruiksvriendelijk gemaakt voor een test (lay-out) en het bijbehorende handboek is verder uitgewerkt. Uit het instrument werden ook een aantal items geschrapt omdat het over zaken ging die niet met het functioneren van de persoon te maken hadden, maar eerder tot het medisch dossier behoorden. Aangezien er nog geen software voorhanden was, gebeurde de test op papier.

8.1 Opbouw

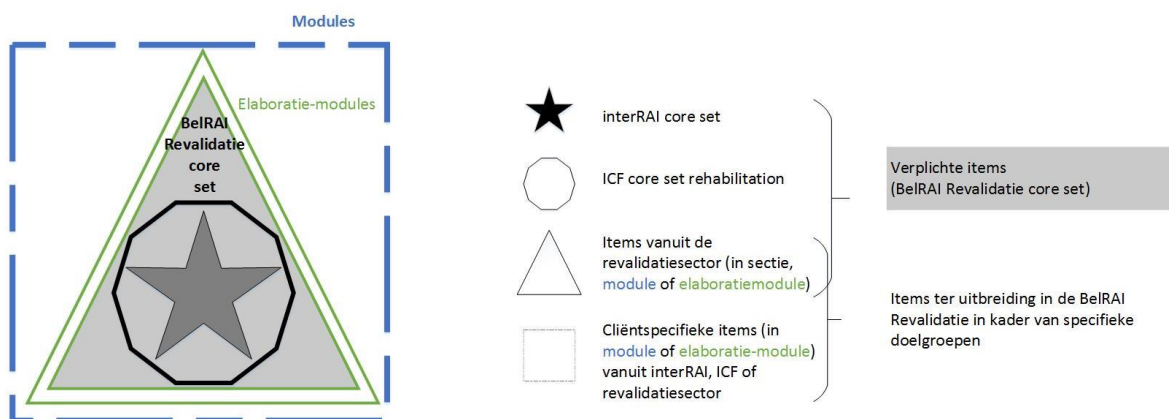
De revalidatiesector is zeer gevarieerd. De items zijn bijgevolg verspreid over drie types van onderdelen (secties, modules en elaboratiemodules). Deze drie types van onderdelen maken het mogelijk om een getrappt systeem van items te creëren om zo tegemoet te komen aan de heterogeniteit van de Vlaamse revalidatiesector.

De interRAI core set (dit zijn de items die in elke interRAI – en dus ook BelRAI instrument voorkomen) en de ICF rehabilitation core set (voorgesteld met een ster en veelhoek in Figuur 15) zijn essentieel voor goede (revalidatie)zorg volgens interRAI/ICF. Zij vormen de basis van het instrument. Deze coresets zijn aangevuld met specifieke revalidatie items (voorgesteld met een driehoek in Figuur 15) en vormen de verplichte items van het BelRAI Revalidatie instrument (BelRAI Revalidatie core set, grijze achtergrond in Figuur 15).

De extra toegevoegde items, in functie van specifieke doelgroepen of specifieke noden, zijn terug te vinden in:

- ofwel de modules (blauw in Figuur 15)
- ofwel verschijnen deze items op basis van een specifieke score op een BelRAI Revalidatie core set item - in een ‘elaboratiemodule’ (groen in Figuur 15).

Zo zal in sectie G, bij een score 2 of hoger op visusproblemen in sectie D, een extra vraag verschijnen over de mobiliteit van de persoon in bekende en onbekende omgevingen.



Figuur 15 Getrappt systeem van het BelRAI Revalidatie instrument

8.2 Gebruik van het instrument en aantal items

De 21 secties (+ informatieblad) zijn voor iedereen verplicht in te vullen. Sectie T en Sectie U bestaan in het BelRAI Revalidatie instrument niet. Al deze vragen/items zijn in andere instrumenten verplicht in te vullen, in het BelRAI Revalidatie instrument zijn ze opgenomen als modules.¹⁶

Tabel 8 Aantal vragen en items per secties van het BelRAI revalidatie instrument versie 26-09-2018

Sectie	Aantal vragen	Aantal items premorbide functioneren	Aantal items huidig functioneren ambulante revalidatie	Aantal items huidig functioneren residentiële revalidatie
Informatieblad	6	0	11	11
Sectie A	12	0	11	11
Sectie B	4	85	88	88
Sectie C	10	20	26	26
Sectie D	8	6	10	10
Sectie E	3	0	26	26
Sectie F	7	21	44	44
Sectie G	14	54	56	56
Sectie H	5	5	5	5
Sectie I	1	0	9	9
Sectie J	12	10	42	42
Sectie K	7	9	16	16
Sectie L	7	4	7	7
Sectie M	8	1	8	8
Sectie N	5	23	65	87
Sectie O	3	3	5	5
Sectie P	5	0	9	9
Sectie Q	1	0	3	3
Sectie R	4	2	4	4
Sectie S	5	13	12	12
Sectie V	12	0	59	59
Sectie W	1	0	2	2
Totaal	140	256	518	540

De modules mogen op basis van het klinisch oordeel van de zorgverlener worden ingevuld. Enkele modules hebben bovendien een richtlijn. Deze richtlijnen geven aan wanneer het invullen aangewezen is (zie Tabel 9). Gezien het om een eerste test gaat, is het nog niet voor elke (elaboratie-)module mogelijk

¹⁶ De tabellen 9, 10 en 11 gaan over het geteste instrument, zoals dat in het eerste BelRAI Revalidatie onderzoek werd voorbereid. Het instrument in de aparte bijlage is gebaseerd op de resultaten van het onderzoek en op de criteria beschreven in hoofdstuk 5. De tabellen 9, 10 en 11 gaan dus niet over het instrument in de aparte bijlage.

om een score te bepalen of een instructie te voorzien. Het idee is om dit later te verfijnen, ook op basis van de input tijdens de test.

Tabel 9 Richtlijnen voor het invullen van de modules in het BelRAI Revalidatie instrument versie 26-09-2018

Module	Richtlijn	Aantal vragen	Aantal items premorbide functioneren	Aantal items huidig functioneren ambulante revalidatie	Aantal items huidig functioneren residentiële revalidatie
Module 1	Voor de niet-ambulante revalidatie	2	0	0	2
Module 2		1	0	1	1
Module 3		2	13	13	13
Module 4	Kan als verduidelijking voor sectie D worden ingevuld	6	27	28	28
Module 5	Module 5 in te vullen bij een (klinische) nood aan het communiceren met collega's	1	0	2	2
Module 6		3	2	3	3
Module 7		4	9	17	17
Module 8		3	16	16	16
Module 9		1	12	12	12
Module 10		2	32	32	32
Module 11		3	8	16	16
Module 12	Vanaf score 2 of hoger bij vraag D1 en/of D2	1	14	14	14
Module 13	Zie hiervoor ook de sociale module in de BelRAI	3	7	7	7
Module 14		3	8	11	11
Module 15		4	7	8	8
Module 16		1	1	1	1
Module 17		7	14	15	15
Module 18	te herhalen per (nieuw(e)) periode	3	11	20	20
Module T		6	2	32	32
Module U		3	2	3	3
Totaal		59	185	251	253

Naast het basisinstrument (secties of modules) zijn er ook elaboratiemodules (tabel 10) ontwikkeld. Deze geven de mogelijkheid om meer informatie te delen met een collega in kader van de zorgplanning. Een vraag uit een elaboratiemodule, genoemd de hoofdelaboratiemodule, kan aanleiding zijn tot meer bijvragen (zie ook Figuur 16). In figuur 16 vindt u een voorbeeld. In module 15 wordt er gevraagd of

iemand in begeleiding is (hoofdvraag, LXXXVI). Indien het antwoord positief is, dient met aan te geven of deze persoon een arbeidshandicap erkenning (hoofdvraag elaboratiemodule, LXXXVII) heeft. Indien ook dat antwoord positief is, komt er nog een volgende elaboratiemodule (bijvraag in de elaboratiemodule) die bevrageet voor welke ondersteuningsmaatregelen de persoon een erkenning heeft. Er zijn in totaal 20 modules die uit 325 items (inclusief elaboratiemodules in de modules) bestaan.

Tabel 10 Overzicht elaboratiemodules in het BelRAI Revalidatie instrument en aantal bijhorende items.

Elaboratiemodule	Aantal vragen	Aantal items premorbide functioneren	Aantal items huidig functioneren ambulante revalidatie	Aantal items huidig functioneren residentiële revalidatie
Elaboratiemodule tolk	1	0	4	4
Elaboratiemodule acute zorg	1	0	0	1
Elaboratiemodule post acute zorg 1	1	0	0	1
Elaboratiemodule IQ	1	0	1	1
Elaboratiemodule aandachtsstoornis	1	6	6	6
Elaboratiemodule herkenningsstoornis	1	5	5	5
Elaboratiemodule perceptie van smaak		1	1	1
Elaboratiemodule perceptie van geur		1	1	1
Elaboratiemodule perceptie		3	3	3
Elaboratiemodule auditieve perceptie		1	1	1
Elaboratiemodule gebruikt hoorhulpmiddel		0	1	1
Elaboratiemodule gehoor	9	12	18	18
Elaboratiemodule visus	8	15	19	19
Elaboratiemodule indicatoren	1	0	18	18
Elaboratiemodule inzicht	1	0	8	8
Elaboratiemodule inzicht - inschatting		0	8	8
Elaboratiemodule rouw partner en/of gezin		0	9	9
Elaboratiemodule sterke punten	1	2	2	2
Elaboratiemodule oriëntatie	3	16	16	16
Elaboratiemodule besturen		1	1	1
Elaboratiemodule rijgeschiktheidsattest		1	1	1
Elaboratiemodule incontinentie	2	2	2	2
Elaboratiemodule vallen	2	0	2	2
Elaboratiemodule prognose	1	1	1	1
Elaboratiemodule middelengebruik 1	1	1	1	1
Elaboratiemodule middelengebruik 2	2	2	2	2
Elaboratiemodule Behandelingen en diensten bij ontslag		0	17	17
Elaboratiemodule therapietrouw	1	8	8	8
Elaboratiemodule 1 sectie O	4	26	27	27
Elaboratiemodule 2 sectie O	1	16	16	16
Elaboratiemodule toegankelijkheid	1	0	2	2
Elaboratiemodule getraind dier	1	0	1	1
Elaboratiemodule rekt niet graag		1	1	1
Elaboratiemodule leest niet graag		1	1	1
Elaboratiemodule bijzonder onderwijs	2	0	2	2

Elaboratiemodule arbeidshandicap	1	1	1	1
Elaboratiemodule BTOM		1	1	1
Elaboratiemodule BTOM tolk		1	1	1
Elaboratiemodule soort steun	1	10	10	10
Elaboratiemodule soort steun hulp van derden		1	1	1
Elaboratiemodule soort steun vanuit de Vlaamse overheid		4	4	4
Elaboratiemodule soort steun vanuit de Federale overheid		2	2	2
Elaboratiemodule 1 module 17		4	4	4
Elaboratiemodule 2 module 17	1	12	12	12
Elaboratiemodule 3 module 17	1	7	7	7
Elaboratiemodule 4 module 17		5	5	5
Elaboratiemodule 5 module 17	1	1	1	
Elaboratiemodule 6 module 17		1	1	1
Elaboratiemodule 1 module 18		5	5	5
Elaboratiemodule 2 module 18	1	1	1	
Elaboratiemodule 3 module 18		1	1	1
Elaboratiemodule ontslag	3	0	3	3
Totaal aantal items	54	179	268	268

LXXXVI. BEGELEIDING

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

a. VDAB

b. Forem

c. ADG

d. ACTIRIS

Bij het volgen van een begeleiding

LXXXVII. ARBEIDSHANDICAP **Elaboratie-module**

ERKENNING ARBEIDSHANDICAP BIJ VDAB

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

Elaboratie -module in een elaboratie -module

LXXXVIII. GOEDKEURING BTOM

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing.

LXXXIX. ERKENNING BIJSTAND VAN EEN TOLK VLAAMSE GEBARENTAAL

ENKEL VOOR PERSONEN MET GEHOORPROBLEMEN

0 Nee
1 Ja
8 Niet van toepassing

Figuur 16 Voorbeeld van een elaboratiemodule in een elaboratiemodule.

In totaal zijn er in het instrument, gebaseerd op het eerste project (Van Regenmortel et al., 2018), 113 vragen (59 vragen uit de modules + 54 vragen uit de elaboratiemodules) om in te vullen naargelang de revalidatienoden (zie ook Tabel 11). Voor de ambulante sector zijn er 774 (256+518) items verplicht in te vullen. Voor de residentiële sector zijn er 796 (256 + 518) verplichte items.

Tabel 11 Overzicht van het totaal aantal vragen en items van het geteste instrument

	Aantal vragen	Aantal items premorbide functioneren	Aantal items huidig functioneren ambulante revalidatie	Aantal items huidig functioneren residentiële revalidatie
Totaal aantal items secties	140	256	518	540
Totaal aantal items modules	59	185	251	253
Totaal aantal items elaboratiemodules	54	179	266	268
	113	364	517	521

Het BelRAI Revalidatie instrument zoals getest (versie 26-09-2018) bestaat uit maximum 1655 items voor de ambulante sector en 1681 items voor de residentiële sector. In de praktijk moeten nooit alle items worden ingevuld. Zo worden Sectie B (minstens 173, maximum 177 items), sectie V (minstens 59, maximum 62 items) en N4B (17) enkel bij intake of ontslag ingevuld. Bij een routine-afname (geen intake of ontslagmoment) ligt het aantal items op 1406/1399 (ambulante revalidatie) of 1432/1425 (residentiële revalidatie).

Voor de analyse zijn er 1122 codes gebruikt. Het premorbide functioneren is niet geanalyseerd. Van deze 1122 codes waren er 616 BelRAI Revalidatie core items (inclusief sectie B en V, en vraag N4B). Indien de handleiding van het BelRAI Revalidatie instrument wordt gevolgd, zouden deze 616 items geen missing values mogen vertonen. Deze items zijn namelijk verplicht voor iedereen in de revalidatiesector. BelRAI Revalidatie core items zijn te herkennen aan de Arabische nummering (D1, E1, S5, ...).

9 Kwantitatieve dataverzameling en analyse

9.1 Data-analyse

Voor de kwantitatieve data-analyse is er gebruik gemaakt van SPSS, versie 25. Voor alle instrumenten en CVI-vragenlijsten zijn er frequentietabellen gegenereerd, inclusief de frequentie van *missing items*.

Missing items zijn items die niet ingevuld zijn volgens de richtlijnen van de handleiding en opleiding, wat voornamelijk bij core items voorkomt. Zo zijn bijvoorbeeld sectie B, sectie V en vraag N4B gezien als foutief ingevuld als de revalidant nog in actieve therapie was (score 2 op A6). Sectie B is namelijk een verplichte sectie voor personen op intake. Sectie V en N4B zijn verplichte items voor revalidanten die op ontslag gaan.

Modules konden geheel naar klinisch inzicht ingevuld worden of worden overgeslagen. Items, voornamelijk in de modules, die bewust open werden gelaten, conform de opleiding en handleiding, hebben een aparte code gekregen om deze te onderscheiden van missing items. Het gaat dan bijvoorbeeld over een elaboratiemodule die niet getriggerd wordt of een module die niet van toepassing is (oordeel van de zorgverlener).

In de modules zijn items missing als men één of meerdere vragen heeft ingevuld en andere vragen niet heeft ingevuld. Een module moet in zijn geheel ingevuld worden, lege items worden bijgevolg als missing values beschouwd.

9.2 Data-analyse: instrumenten

De piloottest op papier liet niet toe om direct BelRAI output te berekenen. De CAP's en schalen die berekend zijn, helpen om de steekproef te beschrijven, maar waren niet beschikbaar voor de zorgverlener voor zorgplanning. Voor de analyse van de instrumenten zijn er verschillende databases opgesteld.

Database op itemniveau

Er is een database opgesteld op itemniveau waarin elke itemscore is weergegeven. Exacte datums, lengte, uren, minuten, gewichten, ... (open velden) zijn niet ingegeven in de database, maar gecodeerd als '1 ingevuld' of '0 niet ingevuld'. De waarde is voor de analyse immers niet relevant, maar wel of dit item is ingevuld. De CAP's en schalen die verbonden zijn aan deze items kunnen voor de beschrijving van de deelnemers niet berekend worden.

Revalidantenniveau

De database op itemniveau is gedraaid om op revalidantniveau of instrumentniveau een database te creëren.

Disciplines

Op basis van sectie W Beoordelingsinformatie en de aanwezigheidslijst van de opleidingen, is een database opgesteld om de zorgverlener en zijn/haar discipline te turven.

Het gebruik van modules en elaboratiemodules kan op twee manieren benaderd worden: een strikte cijfermatige benadering op basis van het *aantal missing values* of een meer *focused coding* waarbij de onderzoeker elke sectie/module/elaboratiemodule gaat coderen, met inclusie van de bijgeschreven nota's.

Beide benaderingen hebben hun voor- en nadelen. Een benadering volgens het *aantal missing values* is heel strikt en volgens de handleiding te coderen. Hierbij kan de codeur, in dit geval de onderzoeker, het vermoeden hebben dat een item vergeten is of eigenlijk niet relevant is, rekening houdend met het profiel van de revalidant. Ook kan er weinig rekening worden gehouden met onduidelijkheden die mogelijk aanwezig zijn in deze testversie van het instrument. Op basis van hetaantal missing values op zich is het moeilijk af te leiden wat de hele boodschap is.

Focused coding heeft het voordeel om klinisch relevante verschillen mee te nemen en nuances te leggen in het gebruik door de deelnemer. De concrete 'reden' van tekst of doorstrepen van een sectie kan nooit sluitend worden bepaald. Hiervoor zouden diepte-interviews nodig zijn. Maar meestal zijn er duidelijke indicaties dat secties, modules of elaboratiemodules die leeg zijn gelaten, doorstreept zijn of er is 'nvt' genoteerd, onderdelen zijn die volgens de invuller niet relevant zijn voor de revalidant en/of de deelsector. Een meer *focused coding* aanpak geeft meer inzicht in de noden voor gebruik (inclusief het handboek).

Bijgevolg worden beide benaderingen gebruikt. Focused coding is nuttig als oriëntatie en is richtinggevend voor het bevragen van de deelnemers tijdens de focusgroepen. Het aantal missing values is relevant om het instrument inhoudelijk bij te sturen (volgende fase).

Om beide benaderingen te kunnen toepassen, is informatie over het aantal missing values nodig. Daartoe is een nieuwe database gecreëerd. Deze database geeft op basis van onderstaand coderingsstelsel op sectieniveau weer in welke mate een sectie/module/elaboratiemodule is ingevuld en gebruikt. Dit zegt niets over het feit of deze ingevuld had moeten worden of over de kwaliteit van invullen. Als een elaboratiemodule is ingevuld terwijl deze niet ingevuld moest worden (bv. 1 LV/LVI terwijl er geen incontinentieprobleem is) of een module onterecht niet is ingevuld (bv. module 4 is niet ingevuld terwijl er een vermoeden van een communicatieprobleem is op basis van sectie D), is de elaboratiemodule meegeteld (voorbeeld 1) en de module niet (voorbeeld 2).

Tabel 12 Codering van secties/modules/elaboratiemodules volgens een meer focused coding

1	Ingevuld
2	Half ingevuld
3	Leeg
4	Niet van toepassing
5	Doorstreept
6	Ander

Het openlaten van een item kan verschillende redenen hebben. Men kan het item bewust hebben opengelaten omdat het niet van toepassing of niet duidelijk was. Andere redenen kunnen zijn dat informatie niet ter beschikking is of omdat er geen tijd is om deze items in te vullen. De modules mogen immers op basis van het klinisch oordeel van de zorgverlener gescoord worden. Elaboratiemodules en modules kunnen ook terecht zijn leeggelaten.

9.3 Bijkomende vragenlijsten

De demografische fiche, de attitudemeting en de CVI-vragenlijst zijn op verschillende momenten afgenomen waaronder de demografische fiche, attitudemeting en CVI-vragenlijst. De attitudemeting werden ingevuld bij elke bijeenkomst, de demografische fiche enkel niet bij het informatiemoment. Voor de beschrijving van de deelnemers aan de informatiesessie zijn de drie demografische vragen uit de attitudemeting gebruikt. Bij elk contact is er aangespoord om de CVI-vragenlijst in te vullen met als doel van elke deelnemer op het einde van het onderzoek een CVI-vragenlijst te hebben en bij voorkeur ook van zijn of haar collega's uit het (para)medisch team.

Tabel 13 Voorziene meetmomenten volgens het onderzoeksopzet

Meetmomenten	
Informatiesessie	
Opleidingsdagen	
	18 september
	19 september
	28 september
	11 oktober
	19 oktober
Intervisie (november 2018 – december 2018 / januari 2019)	
Specifieke focusgroepen (visuele revalidatie en gehoorrevalidatie)	
Focusgroepen zorgverleners	
Expertpanel	

9.4 Demografische fiches

Om een beschrijving van de aanwezigen bij de verschillende bijeenkomsten mogelijk te maken, werden demografische gegevens verzameld en geanalyseerd. Voor analyse van de demografische fiche werd een gelijkaardige codering gebruikt als voor de BelRAI Revalidatie instrumenten: codes worden geregistreerd en niet ingevulde items waren missing.

9.5 CVI-vragenlijst

De focus van dit onderzoek is de inhoudsvaliditeit en de gezichtsvaardigheid van het BelRAI Revalidatie instrument te testen en te optimaliseren. De focusgroepen (kwalitatief) en de CVI (kwantitatief) brengen de inhoudsvaliditeit van het instrument in kaart. Hierbij worden de experts geraadpleegd en de CVI (content validity index) berekend. De CVI is een weergave van de mate waarin experts het eens zijn over de relevantie van een item.

Er zijn verschillende manieren of methodes gekend zoals deze van Lynn (1986) en van Lawshe (1975). Bij de CVI-berekening van Lawshe (1975) wordt de beoordelaar gevraagd om tussen drie antwoorden te kiezen: (1) relevant, (2) interessant, maar niet relevant en (3) niet relevant. Het grootste nadeel van een bevraging op basis van een oneven aantal antwoordmogelijkheden is dat de beoordelaar vaker een 'midden' antwoord geeft, een neutraal antwoord. Een even aantal antwoordmogelijkheden verplicht de beoordelaar om een keuze te maken (Fawcett, 2007). De berekening van Lawshe (1975) is iets complexer dan deze van Lynn (1986) en afhankelijk van het aantal experts die deelnemen (Lawshe, 1975; Lynn, 1986).

Bij de methode van Lynn (1986) wordt de CVI berekend door een bevraging van minstens drie tot zeven (bij voorkeur vijf) experts via een CVI-vragenlijst. Beoordelaars kunnen aangeven via een 4-punten Likertschaal (1 niet relevant-2 enigszins relevant – 3 relevant – 4 zeer relevant) in welke mate het item relevant is (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006; Polit et al., 2007). Het nadeel van deze methode is dat ze zich focust op de kans op overeenstemming. Dit aandachtspunt kan opgevangen worden door een gemodificeerde kappa te berekenen. Er wordt gesproken van een excellente CVI-waarde als de S-CVI (op item niveau) 0.78 of hoger is en/of de CVI 0.98 (op schaal niveau) of hoger is (Wellens, Milisen, Flamaing, & Moons, 2012b).

Tabel 14 Evaluatie van de kappa statistiek bij berekening van de CVI volgens (Wellens et al., 2012b)

Omschrijving CVI	Kappa waarde
Voldoende	$0.40 \leq k \leq 0.59$
Goed	$0.60 \leq k \leq 0.74$
Excellent	$k > 0.74$

Deze methodes zijn toepasbaar voor unidimensionele vragenlijsten of schalen. Het BelRAI Revalidatie instrument is een multidimensioneel instrument. Elke sectie of module vormt eigenlijk een vragenlijst op zichzelf. Bijgevolg kan de methode van Lynn niet zomaar overgenomen worden (Lynn, 1986; Polit & Beck, 2006; Polit et al., 2007).

De methodiek van Lynn is bijgevolg aangepast. Allereerst bevat de CVI-vragenlijst alle niet-core items. Elke vraag kan op relevantie worden gescoord. Een beoordeling van de core items bevragen, heeft geen zin omdat die sowieso behouden moeten blijven. De zorgverleners hebben conform de methode van Lynn (1986) in vier antwoordmogelijkheden (1-4) geantwoord. Indien men een score 3 of 4 gaf - relevant tot zeer relevant - moest men aangeven of het item moet behoren tot een sectie, module of elaboratie-module (plaats in het instrument).

Voor de analyse zijn de antwoorden van de CVI-vragenlijst items dichotoom gemaakt: niet tot enigszins relevant (score 1 en 2 op de CVI-vragenlijst) en relevant tot zeer relevant (score 3 en 4 op de CVI-vragenlijst). Alleen de items die worden beoordeeld als relevant tot zeer relevant, zijn weerhouden voor verdere analyse.

Als tweede stap is per item het percentage van relevantie berekend. Tot slot zijn deze percentages gerangschikt van hoog naar laag. Het afkappunt van 75% wordt gehanteerd. Een item kan maar weerhouden worden voor discussie (en wordt dus als relevant weerhouden) indien de relevantie 75% of hoger is. De CVI-vragenlijst bestaat uit de bespreking van 19 secties en 20 modules.

9.6 Attitudemeting

De attitude of hoe de zorgverleners ten opzichte van de BelRAI instrumenten en meer specifiek het BelRAI Revalidatie instrument staan, wordt gemeten met de attitudemeting. De attitudemeting wordt afgenomen tijdens de informatiesessie, de opleiding, de intervisiemomenten, de focusgroepen en tijdens het expertenpanel.

De attitudemeting is ontwikkeld in het kader van het BelRAI GGZ-project en bestaat uit verschillende stellingen die alle functies van de BelRAI instrumenten beschrijven (Van Eenoo et al., 2017). Voor dit onderzoek is de attitudemeting aangepast aan de revalidatiesector. Er is getracht om zoveel mogelijk analoog aan de versie van het GGZ-project te werken om vergelijking later mogelijk te maken. Wel zijn vragen met betrekking tot het berekenen van specifieke GGZ-schalen en CAP's of vragen gericht naar personen met een psychische kwetsbaarheid verwijderd. Vragen voor de revalidatiesector zijn toegevoegd.

Tabel 15 Vergelijking tussen de attitudemeting uit het GGZ-project en revalidatie-project. Er is getracht zo veel mogelijk inhoudelijk de vragen uit het GGZ-project te behouden.

Nummer van vraag (deel 1)	Overgenomen GGZ	Nummer van vraag (deel 2)	Overgenomen GGZ
1	X	20	
2	X	21	x
3	X	22	x
4	X	23	x
5	X	24	x
6	X	25	x
7	X	26	x
8		27	x
9	X	28	
10		29	x
11	X	30	x
12	X	31	x
13	X	32	x
14	X		
15	X		
16	X		
17			
18			
19	X		

Elke vragenlijst voor de attitudemeting was voorzien van een code die bestond uit de eerste twee letters van de voornaam, de twee eerste letters van de straatnaam en de dag in de maand waarop de deelnemer geboren is. Deze code gaf de mogelijkheid om deelnemers doorheen de tijd te volgen, zonder dat ze meteen identificeerbaar zijn. Vervolgens werden vragen gesteld over geslacht, soort organisatie en functie.

De data voor deze bijkomende instrumenten zijn verzameld op twaalf momenten, die in zes meetpunten kunnen worden gegroepeerd.

Tabel 16 Dataverzameling en codering van de attitudeschalen

	Meetpunten	Groepering voor analyse
0	Informatiesessie 04-09-2018	0
1	<i>Opleiding 18-09-2018</i>	1
2	<i>Opleiding 19-09-2018</i>	1
3	<i>Opleiding 28-09-2018</i>	1
4	<i>Opleiding 11-10-2018</i>	1
5	16-11-2018 Focusgroep visuele revalidatie	2
6	28-11-2018 Focusgroep gehoorrevalidatie	2
7	<i>Intervisie november 2018 - januari 2019</i>	3
8	<i>Focusgroep beroepsbeoefenaars 18-02-2019</i>	4
9	<i>Focusgroep beroepsbeoefenaars 19-02-2019</i>	4
10	<i>Focusgroep beroepsbeoefenaars 22-02-2019</i>	4
11	<i>Focusgroep beroepsbeoefenaars 26-02-2019</i>	4
12	Expertpanel 29-03-2019	5

Tijdens het informatiemoment waren niet alle zorgverleners die het instrument hebben getest aanwezig. Niettemin kan het informatiemoment als nulmeting worden weerhouden gezien op dat moment noch zorgverleners, noch aanwezige directieleden, coördinatoren of anderen reeds met het

instrument hadden gewerkt. De resultaten van de attitudeschalen werden bijgevolg als apart meetpunt besproken.

Het expertenpanel richtte zich naar verschillende stakeholdergroepen. Bijgevolg waren er zorgverleners die de vragenlijsten zowel tijdens de opleiding, de intervisie, de focusgroep en het expertenpanel hebben ingevuld. De attitude van de deelnemers aan het expertenpanel wordt apart besproken.

Er werden drie meetpunten weerhouden om de attitude doorheen het BelRAI Revalidatie project van de zorgverleners weer te geven namelijk: (1) opleiding (vier sessies), (2) organisationele of individuele intervisie en (3) focusgroepen met zorgverleners uit de hele sector (vier sessies).

Inhoudelijk werden de vragen van de attitudemeting gegroepeerd in zes thema's. Hiervan zijn de eerste drie thema's analoog aan het GGZ-project. De andere drie thema's zijn specifiek voor het BelRAI Revalidatie project.

Tabel 17 Overzicht van de thema's die bevestigd worden in de 'Attitudemeting BelRAI Revalidatie'.

Thema	Vraagnummer
1. Doel, inhoud en gebruik van het instrument	1-9,
2. De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)	11-14, 16, 21-22
3. Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën	23-27, 29-31
4. De ICF	20, 33-43
5. Software en dossiergebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen	10, 15, 17, 18
6. evidence based practice (EBP) en onderzoek met BelRAI (Revalidatie)	19, 28, 32

De gehele lijst bestaat uit drie delen waarbij vragen 1-32 tot deel 1 en 2 behoren. Vragen behorende tot deel 3 (vraag 33-43) van de lijst, zijn volledig nieuw (Bijlage 2).

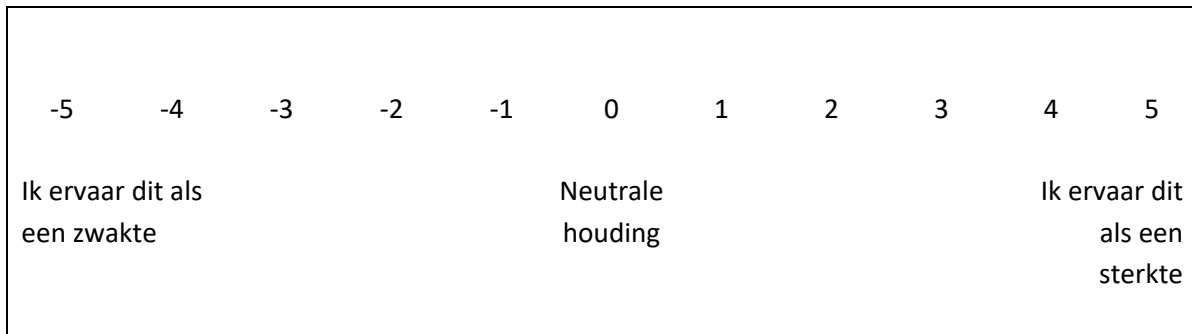
Tabel 18 Delen van de attitude-vragenlijst

Deel	Titel	Likertschaal
Deel 1	Eigenschappen en gebruiksmogelijkheden van het BelRAI Revalidatie instrument op basis van uw ervaringen tijdens de studie	-5 tot 5
Deel 2	Gebruiksmogelijkheden van het BelRAI Revalidatie instrument wanneer in de toekomst, bij veelvuldig gebruik en nadat er meer onderzoek gebeurd zal zijn.	-5 tot 5
Deel 3	Relatie tussen de ICF en het BelRAI Revalidatie instrument	-4 tot 4

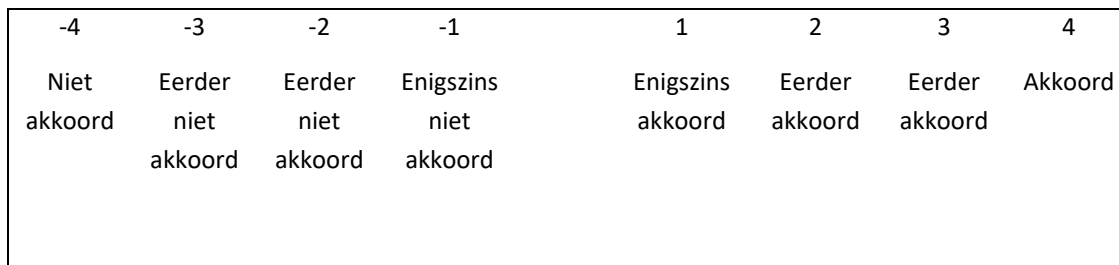
Elke vraag diende te worden beantwoord aan de hand van een Likertschaal van -5 tot -5 (tot vraag 33) of -4 tot 4 (vanaf vraag 43).

De betekenis van de -5 tot 5 Likertschaal:

- -5 staat voor een ervaring van zwakte of een negatieve houding ten opzichte van de vraag die peilt naar de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI Suite of het BelRAI Revalidatie instrument,
- 0 staat voor een neutrale houding naar de vraag of stelling die peilt naar de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI Suite of het BelRAI Revalidatie instrument en
- +5 staat voor een sterk positieve houding ten opzichte van de vraag die peilt naar de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI Suite of het BelRAI Revalidatie-instrument.



Figuur 17 Attitudemeting met Likertschaal van -5 tot 5 *Stellingen m.b.t. tot de BelRAI in de revalidatie* (vanaf vraag 33) in deel drie zijn stellingen oer de link met ICF. De deelnemers worden gevraagd om de stellingen te scoren tussen 'Niet-akkoord' en 'Akkoord'. Er is bewust geen neutrale score mogelijk om deelnemers te verplichten een houding aan te nemen.



Figuur 18 Attitudemeting met Likertschaal van -4 tot 4.

De vragenlijst eindigt met een open tekstvak waarin deelnemers andere mogelijke sterktes of zwaktes kunnen noteren, indien gewenst.

9.7 Afkappunten of cutoff waardes voor de BelRAI Revalidatie instrument data

Tijdens de interviews werd al snel duidelijk dat er problemen konden zijn met de steekproef. De ontvangen instrumenten waren onvoldoende in aantal en in kwaliteit om alle geplande analyses uit te voeren. Hiervoor is een grotere dataset nodig. Bovendien zijn vooral weinig complexe cases geselecteerd.

Om toch te leren uit de verzamelde data, is gekeken naar die items die het minst of het meest werden ingevuld, in de veronderstelling dat die als het meest en het minst relevant worden beschouwd. Bijgevolg werden de twee uiterste staarten van het databestand, namelijk de 10% items die het *vaakst missing* waren en de 10% *die het minst* vaak missing waren bekeken.

Om de validiteit te onderzoeken werd er initieel voorzien om een factoranalyse (vergelijking tussen de verschillende secties) en Rasch analyse uit te voeren (vergelijking in de sectie). Daarvoor was de steekproef helaas te klein en niet representatief genoeg, en de verzamelde assessments vertoonden te veel missing values. Bijgevolg is ook een zuivere bijsturing of inkorting van het instrument op basis van de ingevulde instrumenten niet mogelijk.

10 Kwalitatieve dataverzameling en data-analyse

Kwalitatieve data is verzameld op verschillende momenten en manieren doorheen het hele project, maar voornamelijk tijdens de intervisiemomenten (november 2018- januari 2019) en de focusgroepen.

10.1 Intervisie met zorgverleners

Eenentwintig van de 22 geplande intervisies konden doorgaan. Eén voorziening had instrumenten ingestuurd, maar de zorgverlener had de organisatie verlaten voordat het ingeplande intervisiemoment kon doorgaan. In totaal namen 44 zorgverleners in 21 voorzieningen deel aan een intervisie.

Tijdens verschillende intervisiemomenten hebben afdelingsverantwoordelijken, artsen en leidinggevendenden gedeeltelijk of volledig de intervisie gevolgd. Deze deelnemers hebben voornamelijk feedback gegeven over implementatiemogelijkheden. De leidinggevendenden waren niet aanwezig bij de bespreking van de inhoud van het BelRAI Revalidatie instrument. Vier deelnemers hebben zich verontschuldigd voor het intervisiemoment. Bij twee intervisies was ook een stagiair aanwezig.

Hoewel het eerste doel van de intervisies de ondersteuning van de deelnemers op de werkvloer was, zijn tijdens deze intervisies ook kwalitatieve data verzameld met betrekking tot:

- opmerkingen van individuele deelnemers wat betreft de inhoud van het instrument;
- opmerkingen van deelnemers wat betreft de implementatievoorwaarden;
- op organisatieniveau opmerkingen over de inhoud van het instrument;
- op organisatieniveau opmerkingen over de implementatievoorwaarden.

10.2 Focusgroepen

10.2.1 Specifieke focusgroepen voor bepaalde subsectoren

Er is door de voorzieningen voor visuele revalidatie en ook door de revalidatievoorzieningen actief in de gehoorsrevalidatie uitdrukkelijk gevraagd naar verder overleg over de items die betrekking hebben op hun doelgroep. Door de neurolocomotorische revalidatiesector en de revalidatiesector gericht naar personen met NAH is deze vraag niet gesteld. Ook over het premorbide functioneren bleken nog heel wat vragen te leven.

Bijgevolg is er een oproep vanuit het onderzoeksteam (via mail) gedaan voor extra overleg in de vorm van drie extra specifieke focusgroepen (visuele revalidatie, gehoorrevalidatie en experts in het premorbide functioneren). De experts in de visuele en gehoorsrevalidatie zijn apart aangeschreven. De oproep voor de focusgroep of bijeenkomst rond het premorbide functioneren is verstuurd in januari 2019, samen met de mededeling dat de testperiode was verlengd tot eind januari. De twee specifieke focusgroepen gehoorrevalidatie en visuele revalidatie zijn georganiseerd in november 2018. De focusgroep 'premorbid functioneren' was voorzien in februari 2019, maar is niet door gegaan omwille van een te lage respons.

De uitnodiging voor de focusgroep visuele revalidatie werd verstuurd op 20 september 2018 naar tien individuele zorgverleners/directieleden en vier algemene mailadressen. Op 12 oktober 2018 werden de uitnodigingen verstuurd naar de gehoorrevalidatie (26 individuele zorgverleners/directieleden, 20 algemene mailadressen en in kopie twee koepelorganisaties (SIG vzw en Federatie van CAR's)). Hierbij

gaven twee zorgvoorzieningen aan niet (meer) actief te zijn in de gehoorrevalidatie. Op 5 november 2018 werd de uitnodiging nogmaals verstuurd naar 25 individuele zorgverleners/directieleden en 19 algemene afdelingen. Iedereen actief in de (Vlaamse) gehoorrevalidatie werd ten laatste op 9 november 2018 op de hoogte gebracht van de focusgroep. De focusgroepen zijn doorgegaan op 16 (visueel) en 28 november (gehoor) 2018.

10.2.2 Algemene focusgroepen met deelname van de hele sector

Aan de drie focusgroepen namen enkel beroepsbeoefenaars deel die de BelRAI Revalidatie opleiding hadden gevolgd en het instrument in de praktijk hadden gebruikt. In totaal zijn er vier focusgroepen georganiseerd waar minstens vier tot maximum 15 deelnemers aan konden deelnemen. Hierdoor was er ruimte voor minstens tien tot maximum 60 deelnemers.

De uitnodigingen voor de focusgroepen zijn voor het eerst verstuurd op 1 december 2018. In deze mailing is eveneens de eerste oproep voor deelname aan het expertenpanel aan de directieleden en zorgverleners gericht.

10.2.3 Topics

Aan de deelnemers zijn er tijdens de focusgroepen drie centrale vragen gesteld:

1. Wat zijn volgens u randvoorwaarden voor de implementatie van een BelRAI Revalidatie instrument in uw organisatie?
2. Wat vond u goed en wat vond u minder goed aan de inhoud van het BelRAI Revalidatie instrument zoals u het hebt getest?
3. Een derde vraag ging over suggesties voor het weglaten van items of hoe een ideaal BelRAI Revalidatie instrument er zou uitzien.

Ter voorbereiding van de focusgroepen zijn op basis van de data van de intervisiemomenten een aantal thema's gestedilleerd die verder besproken konden worden.

Tabel 19 Thema's uit de intervisiemomenten, ter voorbereiding van de focusgroepen met de zorgverleners

Wat zijn volgens u randvoorwaarden voor de implementatie van een BelRAI Revalidatie instrument in uw organisatie?	Wat vond u goed en wat vond u minder goed aan de inhoud van het BelRAI Revalidatie instrument zoals u het hebt getest?
<ul style="list-style-type: none"> - Inkorten instrument en het instrument inhoudelijk aanpassen; - Handboek volledig in het Nederlands en cultuur, taal en taalvaardigheid, leeftijd (niet-ouderen) neutraal geformuleerd; - Geïnformeerde toestemming voor revalidant met beperkingen in de communicatie, cognitie, visus, gehoor, of beperkte beheersing van het Nederlands; - Goede opleiding als basis voor kwaliteitsvolle dataverzameling; - Afspraken over de frequentie van afname: wat is systematisch? wat is een significante verandering? - Afspraken over de toegang tot informatie (getrapt systeem van toegang); - Nood aan supplementen of specifieke instrumenten zoals een BelRAI Screener voor de revalidatie, instrument voor revalidanten in comateuze toestand, revalidanten met een meervoudige/verstandelijke beperking, zelf-assessment instrument, acuut revalidatie instrument...; - Aanpassingen aan de dagelijkse werking in de organisatie? - Voorwaarden voor ICT, hardware en software (tablet, integratie eHealth...); - Nood aan steun vanuit (midden)kader en directie; - Nood aan dossierhouder, coördinator of referentiepersoon in de organisatie voor BelRAI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nieuwe dingen leren over de revalidant (blinde vlekken in de zorg), betere zorgplanning; - Een brede holistische visie over het functioneren in de verschillende levensdomeinen (helikopteroverzicht); - Revalidantgerichte zorg; - Flexibiliteit voor de deelsectoren via modules; - Internationaal onderzoek mogelijk; - Tijds winst op lange termijn; - MDT-overleg over sectoren/voorzieningen heen mogelijk; - ICF-link; - Perspectief van de zorgverlener wordt weergegeven; - Inhoudelijke feedback over ervaringen van revalidanten betreffende het BelRAI Revalidatie instrument; - Gegevensverzameling: makkelijk/moeilijk; - Revalidant dient maar één keer zijn verhaal te doen; - CAP's en schalen; - Premorbide functioneren is een aandachtspunt; - Revalidantgeschiedenis enkel mogelijk als het instrument overal geïmplementeerd is; - Overleg met familie mogelijk door ieder teamlid.

De deelnemers gaven hun akkoord dat de focusgroepen werden opgenomen op twee verschillende audio-opnameapparaten.

10.3 Expertpanel

In december 2018 en januari 2019 (herinnering) is er een oproep gelanceerd, gericht aan directieleden en/of zorgverleners om zich kenbaar te maken als geïnteresseerde deelnemer voor het expertpanel van 29-03-2019. Na advies van de stuurgroep zijn de directieleden en personen actief in een kaderfunctie die al op de mailinglijst van het BelRAI Revalidatie project stonden, aangeschreven. Zij dienden hun interesse tot deelname het expertpanel kenbaar te maken bij het onderzoeksteam.

10.4 Analyse

De dataverwerking van zowel de specifieke als de de focusgroepen gebeurde in eerste instantie op basis van de nota's van de moderator en het beluisteren van de audio-opnames. De resultaten worden opgesplitst in verschillende categorieën:

1. De meerwaarde of het nut van het BelRAI Revalidatie instrument en resultaten in de revalidatie, gedefinieerd als '*de kwaliteit om nuttig te zijn, in welke mate het instrument nuttig is*' ((American Heritage, 2009).
2. De *haalbaarheid* van het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument en van de resultaten in de revalidatie, gedefinieerd als '*het gemak en de geschiktheid om het instrument te gebruiken*' (American Heritage, 2009).
3. De *inhoudsvaliditeit* van het BelRAI Revalidatie instrument (William M.K. Trochim, n.d.) (Research methods knowledge base, 2006).
4. Randvoorwaarden voor implementatie.
5. BelRAI Revalidatie, ICF en het biopsychosociale model.
6. Andere aspecten.

11 BelRAI Revalidatie opleiding

Er zijn drie opleidingsdagen georganiseerd (18, 19 en 28 september). Op vraag van UZ Leuven is er in overleg met het onderzoeksteam een vierde opleidingsdag georganiseerd op voorwaarde dat er minstens zes deelnemers van het UZ Leuven aanwezig konden zijn (11 oktober). De deelnemers die zich ziek hadden gemeld op de drie opleidingsdagen, zijn uitgenodigd op de opleidingsdag bij het UZ Leuven.

De deelnemers vanuit het UZ Gent afdeling K7 hebben een korte opleiding van twee uur gekregen (19 oktober) op vraag van het UZ Gent.

12 Nota met praktische informatie bij het invullen van het BelRAI Revalidatie instrument

Voor de deelnemers is het gebruik van de interRAI terminologie nieuw. Ondanks de positieve reacties na de opleiding, kwamen telkens dezelfde opmerkingen en feedback terug tijdens de testperiode. Daarom heeft het onderzoeksteam in december 2018 een korte leidraad met *Frequently Asked Questions* uitgewerkt (Bijlage 5).

De mailing met de nota bevatte tevens de eerste oproep voor directieleden om te laten weten of ze aan het expertenpanel wilden deelnemen.

13 Deelname van het Vlaams Patiëntenplatform

Het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) heeft ingestemd om deel te nemen aan het expertenpanel om 'revalidanten' of 'revalidanten en hun netwerk' als stakeholdersgroep te vertegenwoordigen. De doelgroep van het Vlaams Patiëntenplatform is ruimer dan de revalidatie. Daarom heeft het Vlaams Patiëntenplatform aan het onderzoeksteam gevraagd om voorafgaand aan het expertenpanel voor hun leden een informatiesessie te organiseren om het opzet en de doelstelling van het onderzoek toe te lichten. Na deze informatiesessie hebben de aanwezige leden hun feedback overgemaakt aan de stafmedewerker die hen daarna vertegenwoordigde op het expertenpanel.

14 ICF-platform en ICF linking

14.1 ICF-platform

Op 5 juni 2018 hebben twee onderzoekers het BelRAI Revalidatie onderzoek voorgesteld op de algemene vergadering van het ICF-platform, met de nadruk op de ICF linking. De algemene vergadering heeft haar steun gegeven aan het onderzoek. Er werd gevraagd aan de 38 leden van de algemene ICF-vergadering (inclusief Prof Van de Velde) om een bericht te sturen om interesse in het linking proces kenbaar te maken.

14.2 Richtlijnen voor de linking.

Voor het linken van items uit bestaande instrumenten (zoals de BelRAI) aan ICF-categorieën is er een specifieke linking methode ontwikkeld door Cieza et al. (2016). Via deze methode is het de bedoeling om bestaande items (zoals bijvoorbeeld het item 'Maaltijdbereiding iG1aa' uit de BelRAI) te linken aan een bestaande categorie uit de ICF (zoals het item 'd630 bereiden van maaltijden'). Dit gebeurt in tien stappen

- (1) Verkrijg een goed begrip van de ICF.
- (2) Verhelder het doel van het item (in dit specifieke voorbeeld; het kunnen klaar maken van maaltijden).
- (3) Ga na of er meerdere doelen aan dit ene item gekoppeld zijn (in het voorbeeld van maaltijden bereiden zijn er geen bijkomende doelen).
- (4) Bekijk welke onderliggende perspectieven je in kaart wil brengen (in het geval van maaltijdbereiding gaat het hier over zowel over het perspectief van de capaciteit als het perspectief van de uitvoering).
- (5) Kies de best bijhorende component uit de ICF (het betreft hier de component 'activiteiten en participatie').
- (6) Link het item met de best passende categorie (in het voorbeeld komt het item 'Maaltijdbereiding iG1aa' uit de BelRAI het best overeen met het item 'd630' bereiden van maaltijden uit de ICF).
- (7) Gebruik eventueel 'anders gespecificeerd' of 'niet gespecificeerd' wanneer de link niet helder is. Probeer dit zo veel als mogelijk te vermijden.
- (8) Gebruik ND (niet definieerbaar) als er absoluut geen overeenkomstige categorie kan gevonden worden.
- (9) Definieer de niet definieerbare categorie als een persoonlijke factor indien dit volgens de richtlijnen van de ICF een persoonlijke factor is (dit is de achtergrond van iemands persoonlijke leven - bevat kenmerken die niet tot de gezondheidstoestand behoren zoals bv. leeftijd).
- (10) Definieer de niet definieerbare categorie als NG (niet gedekt) wanneer er geen overeenkomstige categorie wordt gevonden.

Volgens de linking richtlijnen van Cieza (2016) gebeurt deze linking het best door drie ICF-experten onafhankelijk van elkaar en wordt er vervolgens een Cohen's kappa coëfficiënt (κ) berekend. De Cohen's kappa coëfficiënt geeft de overeenstemming weer tussen de experten in hun keuze van ICF-codes (Cieza, Fayed, Bickenbach, & Proding, 2016, 2019; Cieza et al., 2005). In deze studie werden de tien stappen, zoals hierboven beschreven, slechts door twee onafhankelijke onderzoekers (ICF-experten) uitgevoerd gezien deze versie van de BelRAI nog onderhevig kan zijn aan wijzigingen (bv. itemreductie) na de

praktijktesting in mogelijks vervolgonderzoek. Er werd een kappa berekend op 30 procent van de items en was 0.82.

14.3 De effectieve 'linking'

Stap 1: een goed begrip krijgen van de ICF

Om een goed begrip te krijgen van de ICF werd de onderzoekster ondersteund door een promotor met expertise in de ICF (doctoraat met betrekking tot ICF en co-voorzitter van de wetenschappelijke cel van het ICF-platform). De onderzoekster werd betrokken in een internationaal project waarin de categorieën van de ICF core set rehabilitation werden vertaald naar intuïtieve definities, bij dit project werden alle deelnemers getraind in het gebruik van de ICF en in de conceptuele achtergrond. Verder werd het voorliggende onderzoek voorgesteld op het ICF-platform waarbij betrokken onderzoekers meer inzicht kregen in de opbouw en de structuur van de ICF.

Stap 2 en 3: verhelderen van het doel van het item en nagaan of er meerder doelen aan één item kunnen gekoppeld worden.

Elk item in de BeLRAI werd door twee onafhankelijke onderzoekers bestudeerd. Zesentachtig procent (n=455) van de items (zowel de core items als de items uit de elaboratiemodules) is duidelijk te linken aan één doel. De overige 14 procent houden meerdere doelen in: 6% (n=34) heeft twee doelen, 7% (n=35) heeft drie doelen, en 1% (n=2) heeft vier mogelijke doelen. Het feit dat verschillende doelen kunnen vooropgesteld worden heeft te maken met de verschillende perspectieven waarmee het item kan bekeken worden. Het feit dat verschillende doelen vooropgesteld worden leidt tot een andere categorie in de ICF. Er zijn hierin vier verschillende situaties mogelijk.

- a. Het perspectief van de activiteit is niet helemaal duidelijk. Bv. in het item F5, in de sectie psychologisch welzijn, het item 'stressvolle levensgebeurtenis – financiën'. Hierin kunnen twee doelen bepaald worden: 'omgaan met stress' of 'de financiën kunnen doen'. Dit wil zeggen dat er twee categorieën uit de ICF kunnen gekoppeld worden: d240 Omgaan met stress en andere mentale eisen, of de categorie: d860 het uitvoeren van financiële transacties. Beiden zijn mogelijk.
- b. Het item kan bekeken worden vanuit het perspectief van de stoornis (functieperspectief) of vanuit het perspectief van de mogelijkheid of de beperking (activiteitenperspectief). Dit leidt tot twee verschillende doelen: het in kaart brengen van een stoornis of het in kaart brengen van het niet kunnen uitvoeren van activiteiten. Bv. in de sectie cognitie het item C10 handelingsstoornis. Het betreft hier het niet kunnen uitvoeren van activiteiten door een cognitieve stoornis. Als de nadruk gelegd wordt op de stoornis dan geldt hier de code b176: bepalen van de sequentie bij complexe handelingen. Vertrekt men vanuit het activiteitenperspectief, dan geldt de categorie d2101: ondernemen van complexe enkelvoudige taak. Beiden zijn mogelijk.
- c. Het item kan bekeken worden vanuit het perspectief van de beperking (activiteitenperspectief) of vanuit het perspectief van de omgeving (omgevingsperspectief). Dit leidt tot twee verschillende doelen: 'het in kaart brengen van de mogelijkheid van de persoon' of 'het in kaart brengen van de ondersteunende kracht van hulpmiddelen'. Bv. in het item G8 in de sectie 'algemeen dagelijks functioneren': 'in rolwagen afgelegde afstand'. Bekijkt men dit vanuit het perspectief van de activiteit 'zich verplaatsen', dan geldt de code d465 'zich verplaatsen met speciale middelen'. Bekijkt men dit vanuit het perspectief van de

ondersteuning van de rolwagen, dan geldt de categorie: e120 producten en technologie voor verplaatsing van personen binnenshuis en buitenshuis.

d. Combinaties van bovenstaande.

Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de doelen bepaald. In de items waarbij geen overeenstemming werd bereikt werd geopteerd om verschillende doelen te behouden. Bij twijfel werd in consensus de beslissing genomen.

Stap 4: bekijk de onderliggende perspectieven (uitvoering of mogelijkheid).

Conform de richtlijnen van de InterRAI werd de basale ADL (wassen, kleden, enz ...) enkel gescoord op niveau van de uitvoering. Voor alle andere activiteiten werd gekozen om dit zowel op uitvoering als op mogelijkheid te scoren.

Stap 5: Kies de best bijhorende component uit de ICF.

Op basis van de doelen die geformuleerd werden in stap 2, werd elk item toegekend aan één of meerdere componenten uit de ICF.

De componenten uit de ICF zijn de volgende:

- a) **Gezondheidstoestand (aandoening, ziekten)**
- b) **Functies en anatomische eigenschappen**
- c) **Activiteiten en participatie (samen in één component)**
- d) **Externe factoren**
- e) **Persoonlijke factoren**

a) Items enkel toegekend aan de component Gezondheidstoestand	18
b) Items enkel toegekend aan de component Functies en anatomische eigenschappen	102
c) Items enkel toegekend aan de component Activiteiten en Participatie	194
d) Items enkel toegekend aan de component Externe factoren	72
e) Items enkel toegekend aan de component Persoonlijke factoren	85
Items toegekend aan de componenten Activiteiten en participatie EN Functies en anatomische eigenschappen.	28
Items toegekend aan de componenten Activiteiten en participatie en Externe factoren.	6
Items toegekend aan de componenten Functies en anatomische eigenschappen en Omgevingsfactoren.	8

Stap 6: Link het item met de best passende categorie.

Alle items werden gelinkt aan een of meerdere categorieën. Het overzicht van alle gelinkte items wordt gegeven in onderstaande tabellen 1 tot 17. Deze tabellen zijn per sectie geordend. In deze tabellen zijn de volgende zaken opgenomen. De corresponderende code uit het BelRAI revalidatie instrument, de BelRAI omschrijving, de passende ICF component, de best passende ICF categorie en de ICF definitie.

Opmerking: Persoonlijke factoren hebben geen categorie.

Stap 7: Gebruik eventueel ‘anders gespecificeerd’ of ‘niet gespecificeerd’ wanneer de link niet helder is. Probeer dit zo veel als mogelijk te vermijden.

De categorie ‘anders gespecificeerd’ werd 42 maal gebruikt, om aan te duiden dat het specifieke item verschillende keren voorkomt in het instrument. Bv. in de ‘sectie C - Cognitie, item C9, waarnemingsstoornis’ zijn er verschillende soorten stoornissen (tactiel, visueel en auditief). Gezien de ICF deze niet onderverdeelt, werd de keuze gemaakt, anders gespecificeerd.

Stap 8, 9 en 10. Niet definieerbaar en niet gedekt.

In totaal waren 94 items niet definieerbaar met een categorie in de ICF. Vijfenzeventig daarvan konden rechtstreeks toegewezen worden aan de component persoonlijke factoren zoals leeftijd, geslacht, gewicht dominantie. Negen items werden toegevoegd aan persoonlijke factoren na consensus met de onderzoekers. Negen items werden niet gedekt zoals bijvoorbeeld de vraag naar euthanasie.

Alle items uit het uiteindelijke BelRAI revalidatie instrument (zie hoofdstuk 5) werden gelinkt aan één of meerdere bijhorende ICF categorieën. Indien er geen overeenkomst was tussen beide onderzoekers werden deze items gezamenlijk besproken om tot consensus te komen. De resultaten van de ICF linking zijn verwerkt in een addendum bij dit rapport (zie bijlage 7).

15 Feedbackmoment oktober 2019

Op vraag van de stuurgroep werd op het einde van het onderzoek een terugkoppeling georganiseerd voor de sector.

De uitnodigingen voor het feedbackmoment werden verstuurd op 26 juni 2019. Allereerst werden de zorgverleners die het instrument hebben getest en mee vorm hebben gegeven, uitgenodigd. Deze lijst werd aangevuld met zorgverleners en directieleden of organisaties (Vlaams en federaal) die hun interesse in het verdere verloop van het BelRAI Revalidatie project in het verleden hebben geuit. Er zijn in totaal 247 uitnodigingen uitgestuurd, onder wie vijf revalidanten. Zowel de beleidsverantwoordelijken van het VPP als de revalidanten die hebben deelgenomen aan het denkmoment, werden uitgenodigd. Ook alle stuurgroepleden werden uitgenodigd. Tot slot werden de verschillende koepelorganisaties en verenigingen gevraagd om hun leden uit te nodigen.

Tabel 20 Aangeschreven koepelorganisaties en verenigingen (in alfabetische volgorde) met een uitnodiging voor hun leden voor feedbackmoment BelRAI Revalidatie 2019, op 21 oktober 2019

Federatie van de CAR’s	Vlaams PatiëntenPlatform, voornamelijk de deelnemers van het Denkmoment
Neurointeressegroep	Vlaams Welzijnsverbond
NAH-Liga	Zorgnet-Icuro
Sig vzw	

De doelstelling van dit feedbackmoment was, te tonen wat het resultaat was van het project. De sector kon beperkt feedback geven op het instrument, maar dit was niet het hoofddoel.

Hoofdstuk 3

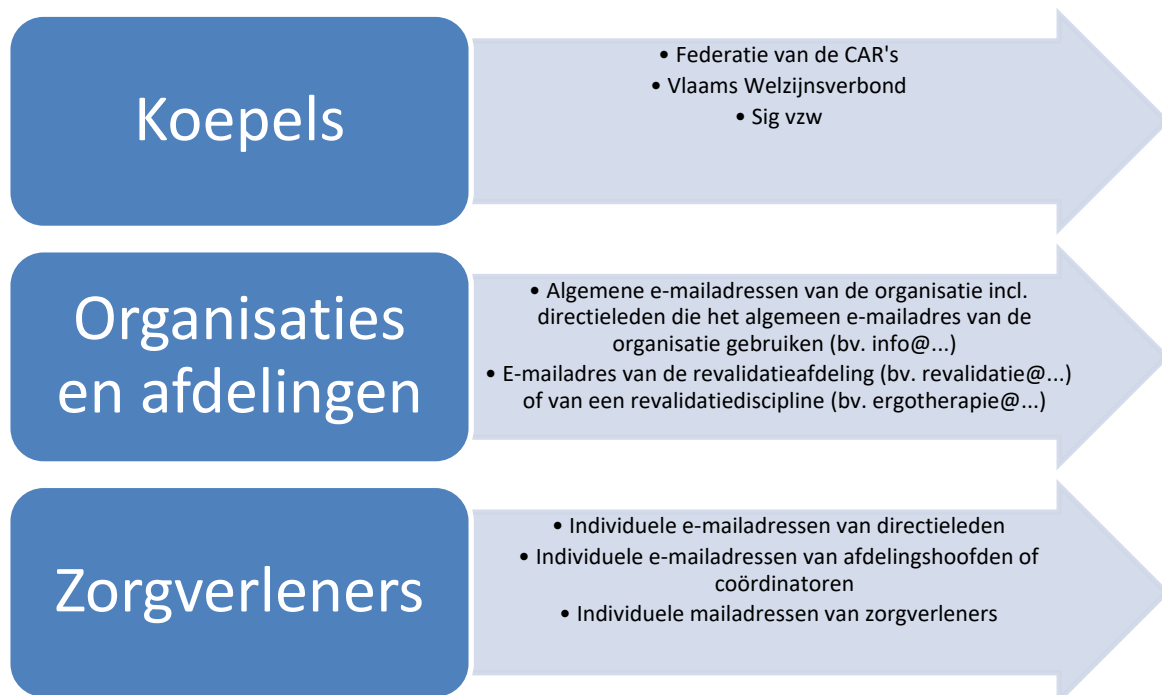
Resultaten uit de kwantitatieve data-analyse

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten die gebaseerd zijn op de verzamelde kwantitatieve data. We behandelen achtereenvolgens (1) de rekrutering voor de test van het BelRAI Revalidatie instrument, (2) wie de deelnemers aan de opleiding waren, (3) het verloop van de data-verzameling tijdens de test, (4) de beschrijving van de revalidanten voor wie het BelRAI Revalidatie instrument werd ingevuld, (5) de kwaliteit van de verzamelde data en het aantal missing values, (6) de verzameling van de CVI-vragenlijsten en de attitudeschalen, (7) de scores op de attitude-schalen en hoe die scores doorheen het project evolueerden en (8) de scores op de CVI-vragenlijsten.

1 Rekrutering voor het invullen van het BelRAI Revalidatie instrument

In de rekruteringsperiode juni-juli 2018 werden 105 verschillende personen en 41 organisaties uit de Vlaamse revalidatiesector via mail uitgenodigd. Vijf uitnodigingen werden via de post verstuurd. Afdelingen, organisaties en zorgverleners werden uitgenodigd om naar de informatiesessie te komen en ook om een deelname aan het tweede BelRAI Revalidatie onderzoek te overwegen (volgen van de BelRAI Revalidatie opleiding). Inschrijvingen voor de informatiesessie verliepen via de bevestigingsfiche.

Volgende koepelorganisaties werden gevraagd om de uitnodiging tot deelname (informatiesessie en opleiding) te verspreiden onder hun leden: Federatie van de CAR's, Vlaams Welzijnsplatform en SIG vzw.



Figuur 19 Overzicht aangeschreven koepelorganisaties, afdelingen en zorgverleners.

Eind augustus werden de voorzieningen die nog niet hadden gereageerd, individueel gecontacteerd. In diezelfde periode werd het onderzoeksrapport van het eerste BelRAI Revalidatie onderzoek vrijgegeven door de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Er waren 26 personen aanwezig op de informatiesessie van 4 september 2018.

2 Deelnemers aan de BelRAI Revalidatie opleiding

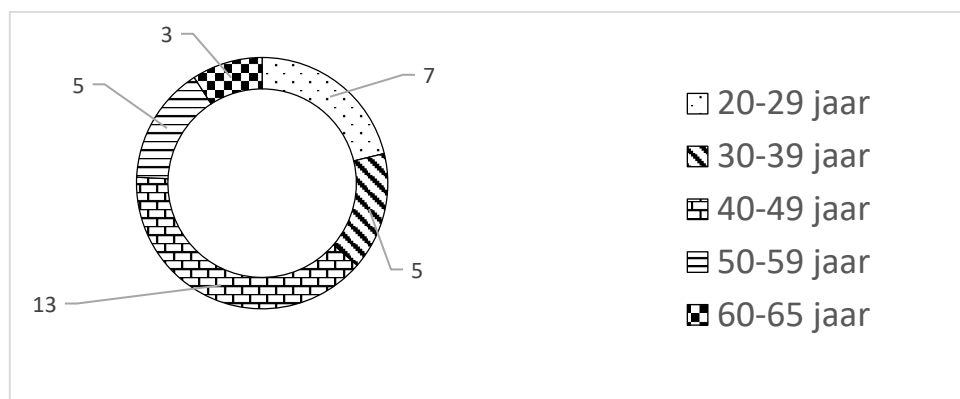
De respons op de oproep tot deelname aan de opleidingen was goed.

Tabel 21 Overzicht van het aantal verschillende voorzieningen, het aantal ingeschreven zorgverleners, aanwezige zorgverleners, en ontvangen demografische fiches per opleidingsmoment

Opleidingsmoment	Aantal voorzieningen (effectief deelgenomen)	Ingeschreven zorgverleners	Deelgenomen zorgverleners	Demografische fiches in aantal en verklarend percentage (%)
18-09-2018	5	8	7	7 (21.21)
19-09-2018	6	11	11	6 / (18.18)
28-09-2018	8	15	15	13 / (39.39)
11-10-2018	2	6	6	6 / (18.18)
(19-10-2018)	1	2	2	1 / (3.03)
Totaal		42	41	33 / (100)

UZ Gent fysieke revalidatie (K7) had interesse om het instrument te testen in de praktijk maar had niet de mogelijkheid om de volledige opleidingsdag te volgen. Voor hen werd een apart opleidingsmoment van circa twee uur georganiseerd om alsnog UZ Gent (K7) te kunnen laten deelnemen. De overige 41 zorgverleners (voorzieningen) volgden een volledige opleidingsdag (9u-16u).

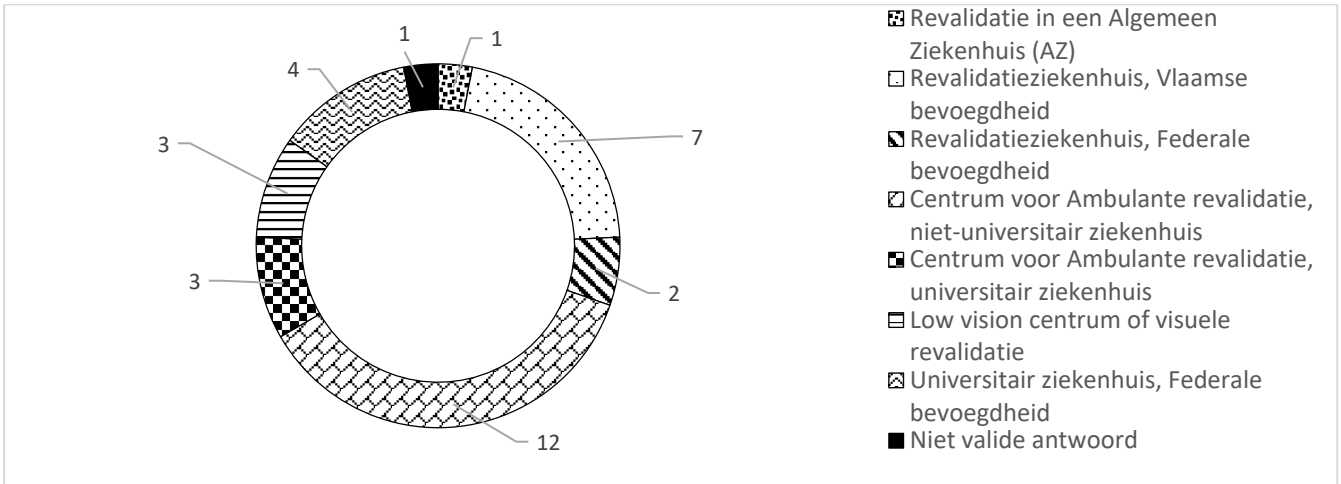
Van de 41 zorgverleners die deelnamen aan de opleiding hebben er 33 een demografische fiche ingevuld. De meeste deelnemers waren vrouwen (27 zorgverleners). De leeftijdsgroep 40-49 jaar was (met 13 zorgverleners) het best vertegenwoordigd.



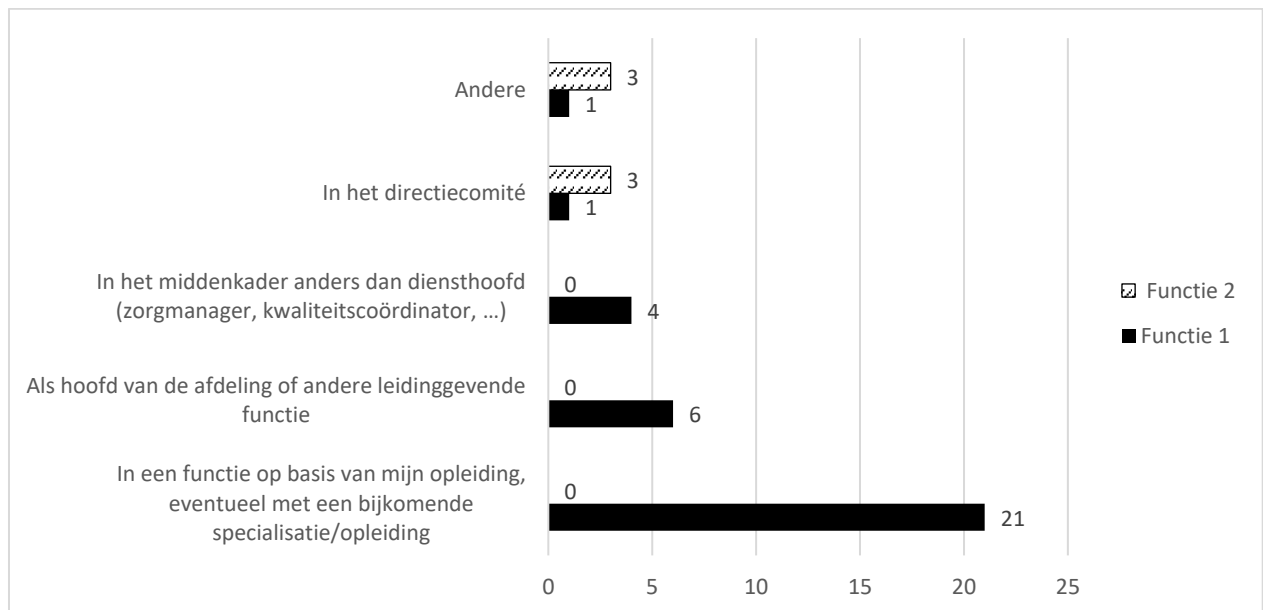
Figuur 20 Leeftijd van de deelnemers aan de opleidingsmomenten in absolute waarde, n=33, missing=0%.

Vijf deelnemers gaven aan te werken in een voorziening die federaal wordt gefinancierd, één deelnemer wist het niet en twee deelnemers hebben ‘andere’ gescoord.

De meeste deelnemers zijn verbonden aan een CAR (in totaal 15). Zeven zorgverleners zijn verbonden aan een Revalidatieziekenhuis (incl. Pulderbos).

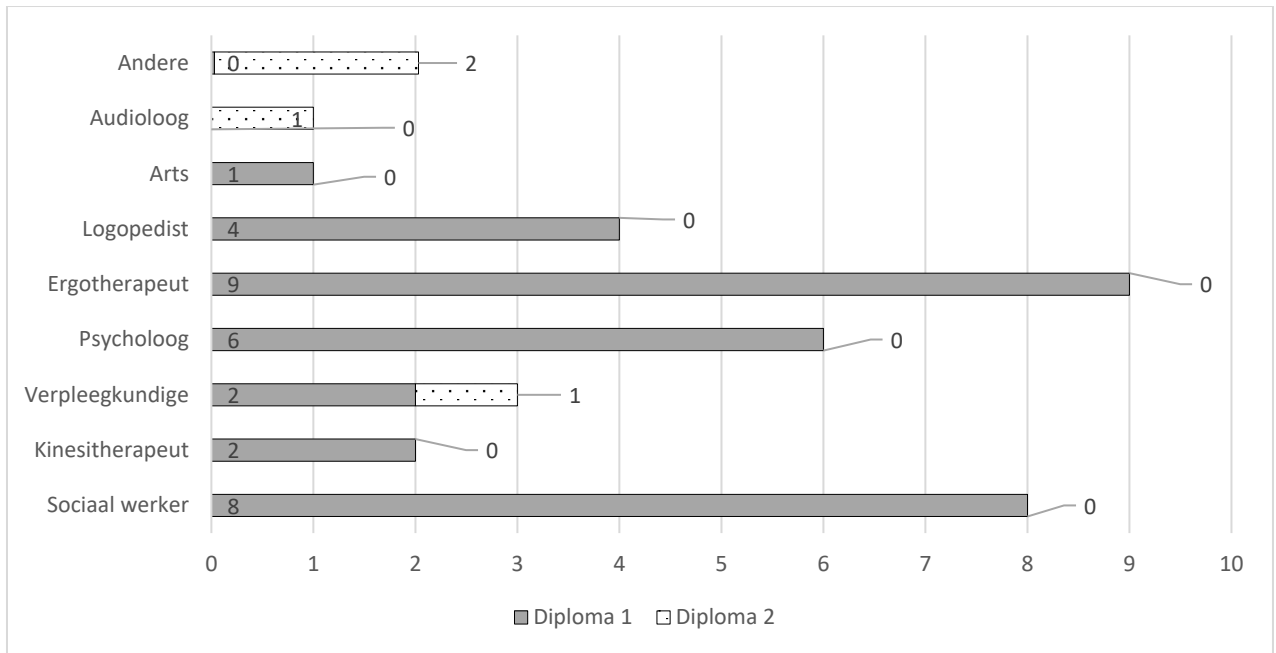


Figuur 21 Types van organisaties aanwezig op de opleidingsmomenten op basis van de demografische fiches, n=33, missing=0%.



Figuur 22 Functie in de revalidatievoorziening, van de zorgverleners aanwezig op de opleidingsmomenten op basis van de demografische fiches, n=33, missing=0%.

De zorgverleners zijn vooral actief in een functie die overeenstemt met hun basisopleiding. Twee zorgverleners combineren dit met een functie in het directiecomité of een andere functie (niet verder bepaald). De grootste groep zijn hier de zorgverleners van de sociale dienst en ergotherapeuten. Vier zorgverleners geven aan in het bezit te zijn van een tweede diploma, namelijk dat van verpleegkundige of audioloog. Twee zorgverleners gaven ‘andere’ aan (niet verder bepaald).

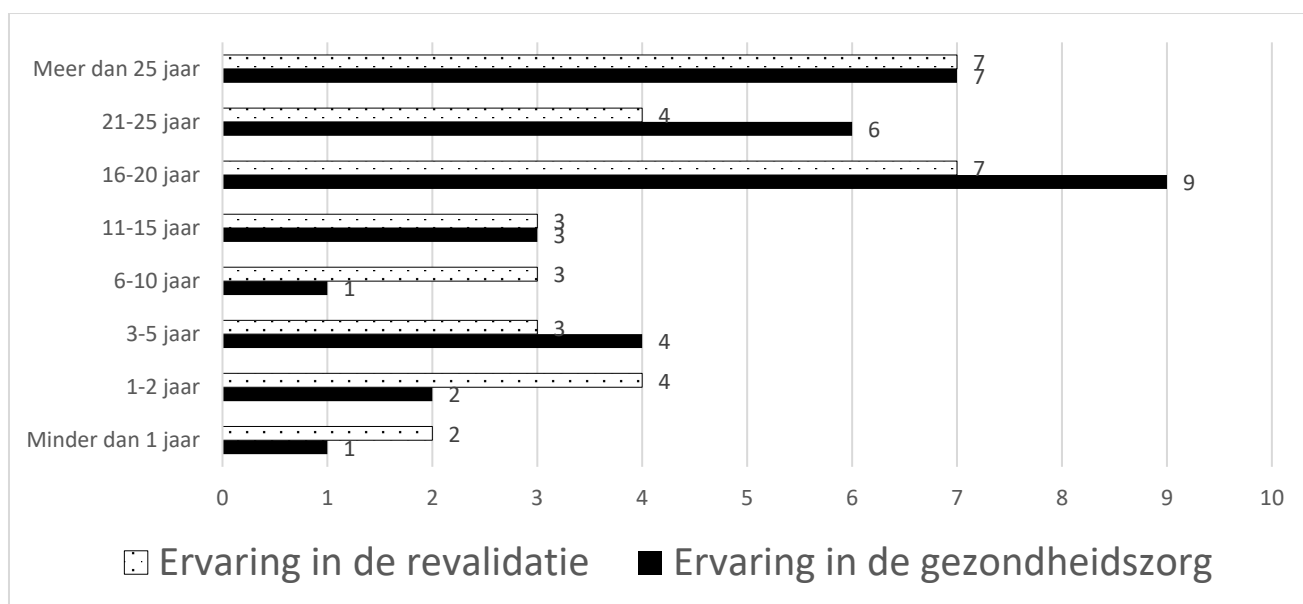


Figuur 23 Vooropleiding, eerste diploma/tweede of beroepsdiscipline van de deelnemers aan de opleiding op basis van de demografische fiche, in percentages, n=33, missing=0%.

Tabel 22 Weergave van het werkregime van de zorgverleners aan de opleiding op basis van de demografische fiches, in aantallen en percentages, n=33 missing=0%.

	Frequentie (n)
Voltijds	13
80% of meer	13
Tussen de 50% en 79%	5
Tussen de 20% en 49%	1
Missing	1

De zorgverleners werken voornamelijk '80% of meer' (13 zorgverleners) en '16-20 jaar' in de gezondheidszorg (9 zorgverleners) of in de revalidatie (7 zorgverleners). Zeven zorgverleners werken meer dan 25 jaar in de gezondheidszorg en/of de revalidatie.



Figuur 24 Ervaring in de gezondheidszorg en revalidatie van de deelnemers aan de opleidingen op basis van de demografische fiches, in absolute waarde (n), n=33; missing=0%.

Samengevat zijn de zorgverleners die deelnamen aan de opleiding (en bij gevolg het onderzoek) voldoende actief en ervaren in de (Vlaamse) revalidatie. Er volgden minstens zes verschillende gezondheidszorg-disciplines de BelRAI Revalidatie opleiding.

3 De verzameling van BelRAI-data

Elke voorziening die ingeschreven was voor de pilootstudie mocht maximaal twee zorgverleners afvaardigen naar de BelRAI Revalidatie opleiding.

Initieel werd er aan elke organisatie gevraagd om het BelRAI Revalidatie instrument in te vullen voor tien revalidanten. Op basis van de inschrijvingen en het originele onderzoeksopzet werd er verwacht minstens 200 ingevulde instrumenten te verzamelen. Vooral de ambulante sector had moeite met deze opdracht gezien hun kleine populatie. Voor hen is er bij de start van de testperiode al een bijsturing van het quotum per voorziening. Op basis van de mogelijkheden van de ambulante sector werd dit streefdoel herleid naar 130+10 (97+4 ambulant en 33+6 residentiële revalidanten).

Tabel 23 Overzicht van de uitgenodigde organisaties en de *verwachte* ingevulde BelRAI Revalidatie instrumenten

* Revalidatiecentrum De Dennen is niet uitgenodigd omwille van hun doelgroep (65+). Revalidatiecentrum Lemberge heeft reeds in het BelRAI Revalidatieproject 1 aangegeven enkel te reageren als men de mogelijkheid ziet om deel te nemen (merendeel van de doelgroep is 65+, maar niet allemaal). Bijgevolg wordt men telkens uitgenodigd, maar reageert men, zoals verwacht, niet.

Uitgenodigd	Deelnemende organisaties/ afdelingen (op basis van deelname opleiding)	Deelnemende organisatie/ afdelingen (op basis van de ontvangen instrumenten)	Initieel gevraagd (op basis van de ingeschreven voorzieningen)	Verwachte instrumenten na bijsturing ambulante sector (maximaal)
Alle CAR's (18-65 jaar)	10	9	100 (10x10)	Ambulant: 50 (5x10) Residentieel = 0
Revalidatieziekenhuizen/centra motorisch revalidatie*	6	6	70 (10x7)	Ambulant: 30 (6x5) Residentieel: 30 (6x5) + Pulderbos 5: bij voorkeur 2 jongeren die ambulante en 3 jongeren die residentiële revalidatie krijgen/kregen
1. Nationaal MS Centrum 2. MS Overpelt 3. Inkendaal 4. Revarte 5. BZIO 6. KEI 7. Revalidatiecentrum Lemberge 8. NAH Turnhout 9. Pulderbos - Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren				
Visuele revalidatie	3	3	30 (3x10)	Ambulant = 15 (3x5) Residentieel = 0
1. Markgrave 2. UZ Gent 3. UZ Leuven 4. UZA				
UZ Leuven Fysieke revalidatie (Pellenberg)			5	Ambulant: 2 Residentieel: 3
UZ Gent Fysieke revalidatie (K7)	5		5	Ambulant: 2 Residentieel: 3
TOTAAL			200+10	130+10

De dataverzameling verliep moeizamer dan verwacht. Het doel moest worden bijgesteld naar 100 revalidanten of 100 BelRAI Revalidatie assessments, bij voorkeur binnen de voorziene timing (oktober 2018-december 2018).

Op 28 januari 2019 hadden de onderzoekers 64 ingevulde BelRAI Revalidatie instrumenten ontvangen en werden er nog 20 instrumenten verwacht (via post of er was een bericht van de zorgverleners dat het assessment werd afgerond). Eén van de door de deelnemers genoemde redenen voor het lage aantal was een daling in opnames en in bezettingsgraad omwille van de eindejaarsperiode. Revalidanten willen dan graag thuis zijn bij familie en vrienden om de feestdagen te vieren. De ambulante sector gaf aan in dat najaar gemiddeld maar drie volwassenen in plaats van vijf volwassenen in begeleiding te hebben. Tot slot meldden twee revalidatieziekenhuizen dat zij omwille van ziekte en personeelsgebrek niet het vooropgestelde aantal BelRAI Revalidatie assessments haalden. Twee voorzieningen toonden zich evenwel bereid om één of meerdere extra instrumenten in te vullen, maar dat was niet voldoende om het vooropgestelde aantal te halen. Bijgevolg werd de testperiode verlengd tot eind januari 2019, met toestemming van de stuurgroep. Toch is het zo dat uiteindelijk niet elke opgeleide zorgverlener data heeft verzameld.

Tabel 24 Overzicht van het aantal zorgverleners per organisatie die deelnamen aan het onderzoek, bij de ambulante sector is ook de doelgroep van de organisatie aangegeven.

Voorziening	Aantal zorgverleners die deelnamen/opgeleid werden	Opmerking
CAR Buggenhout (personen met NAH)	1	
CAR Kapelhof (CAR Zele) (personen met NAH)	1	
CAR Ter Kouter (personen met NAH)	2	
CAR Stappie	2	Van de twee opgeleide zorgverleners, heeft één iemand de BelRAI Revalidatie instrumenten ingevuld. Deze zorgverlener heeft op zijn/haar beurt de vijf instrumenten op eigen initiatief gedelegeerd aan het multidisciplinaire team
CAR Oostakker (personen met NAH):	1	
CAR Zeplin (gehoorrevalidatie)	2	Omwille van ziekte en organisatorische redenen zijn er geen BelRAI Revalidatie instrumenten ingestuurd.
UZA (CAR) (gehoorrevalidatie) (Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen)	2	Eén instrument is onvolledig aangekomen.
UZ Gent (CAR) (gehoorrevalidatie) (Centrum voor gehoor- en spraakrevalidatie Ter Sprake)	1	
CAR Sint- Lievenspoort (gehoorrevalidatie)	2	Meerdere collega's zijn bij de start van het BelRAI Revalidatie project betrokken.
CAR 't Vlot (Beveren) (gehoorrevalidatie)	2	
Nationaal MS Centrum (Melsbroek)	2	
Revalidatie & MS Centrum (Overpelt)	2	
Revalidatiecentrum Inkendaal	1	
Revalidatiecentrum RevArte	2	
BZIO (IMBO: ziekenhuis voor revalidatie in Oostende)	2	
KEI (Koningin Elisabeth Instituut)	2	Door langdurige ziekte heeft één collega het BelRAI Revalidatie instrument testing uitgevoerd in plaats van twee.
Pulderbos - Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren	2	
De Markgrave (visuele revalidatie)	2	
UZ Gent (visuele revalidatie) (Centrum voor visuele revalidatie en low vision)	1	Door ziekte heeft maar één van de twee zorgverleners de opleiding kunnen volgen (en enkel de BelRAI Revalidatie instrumenten ingevuld). De twee zorgverleners zijn intensief betrokken geweest en waren aanwezig op alle BelRAI Revalidatie activiteiten (onderzoek 1 en 2).
UZ Gent K7 (UZ Gent Revalidatiecentrum volwassenen)	2	
UZ Leuven (visuele revalidatie)	2	Er is een derde zorgverlener sterk betrokken doch om praktische redenen niet opgeleid. Van de twee opgeleide zorgverleners heeft uiteindelijk één zorgverlener alle invullingen voor zijn/haar rekening genomen.
UZ Leuven Pellenberg	3	
UZ Leuven	1	Deze ene persoon heeft de BelRAI Revalidatie opleiding gevolgd, maar heeft geen BelRAI Revalidatie instrument uitgevoerd. De zorgverlener heeft een coördinerende functie om de deelname vanuit UZ Leuven voor alle afdelingen te optimaliseren.

Totaal aantal deelnemende voorzieningen: 22

Totaal aantal professionals: 39+1=40

In totaal ontvingen de onderzoekers 108 ingevulde instrumenten, waarvan er drie niet voldeden aan de inclusiecriteria (revalidanten ouder dan 65 jaar). 105 instrumenten konden dus worden gebruikt voor de analyse.

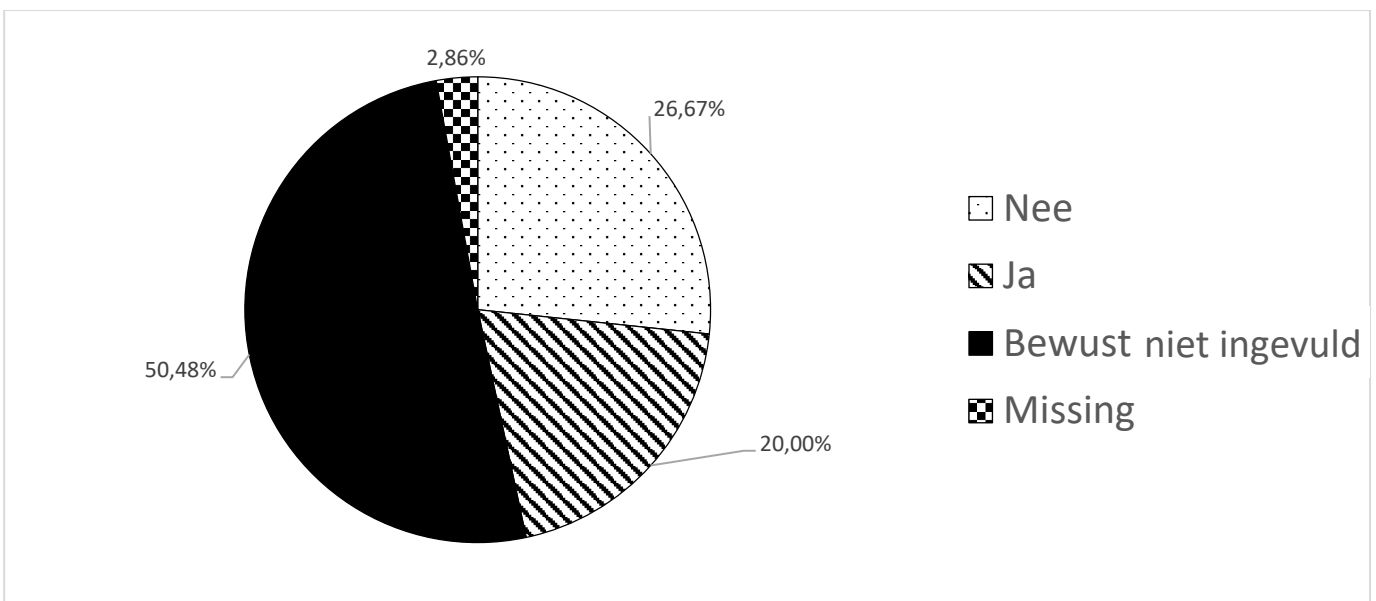
Er werden acht zorgverleners opgeleid die uiteindelijk geen enkel assessment hebben uitgevoerd. Redenen hiervoor waren, voor zover gekend, veranderen van werk, veranderen van afdeling, ziekte, enkel opgeleid als ‘back-up’ voor een collega.

4 Beschrijving van de personen voor wie het BelRAI Revalidatie instrument is ingevuld

Voor de beschrijving van de steekproef (revalidanten) is gebruik gemaakt van BelRAI Revalidatie core-items. Deze dienden voor elke geïnccludeerde cliënt of patiënt te worden ingevuld en bevatten relatief minder missing values. Door de beperkte validiteit van sectie B Intake en Voorgeschiedenis en Sectie V Ontslagmogelijkheden en algemene toestand zijn deze items beperkt gebruikt voor de beschrijving van de revalidanten.

Er werden in totaal 108 assessments verzameld in de testperiode (oktober 2018 – januari 2019). Drie revalidanten waren ouder dan 65 jaar. Zij werden geëxcludeerd uit de database. Twee BelRAI Revalidatie instrumenten waren onvolledig.

Naast de codering van de antwoordmogelijkheden, zijn er drie extra codes: missing values, bewust niet ingevulde items en niet-valide antwoorden. Data die niet ingevuld werden, worden als missing values beschouwd. Het gaat om core items, niet volledig ingevulde modules of elaboratiemodules die werden getriggert, maar niet werden ingevuld. Vervolgens is er een code gegeven aan items die terecht niet werden ingevuld, wat vooral voor niet-relevante elaboratiemodules of modules het geval is. De laatste code is voor niet-valide antwoorden op basis van de handleiding. Als het antwoord 0 of 1 kan zijn en men heeft 2 ingevuld, dan is dit een niet-valide antwoord.



Figuur 25 Module 1 - III Acute zorgverblijf in percentage (%), n=105, missing=2.86%.

Van de 52 revalidanten voor wie module 1 is ingevuld, heeft het merendeel geen acute opname gehad voor de start van de revalidatie. We weten hiermee niet of het om een verworven of niet-verworven probleem gaat. Dat werd niet expliciet bevraagd.

4.1 Woonsituatie

Op basis van A13, *verblijfplaats op tijdstip van de beoordeling*, kan men afleiden wie ambulante zorg of residentiële revalidatie krijgt. Met residentiële revalidatie wordt bedoeld: revalidatie waarbij men 's nachts in de voorziening verblijft.

Tabel 25 A13 Verblijfplaats op het tijdstip van beoordeling in aantallen (n) en percentage (%), n=105, missing=4.76%.

	Frequentie	Percentage
Woning, appartement of studio (eigen of gehuurd, alleen of met anderen)	55	52.38
Woning van een verwant persoon (niet van kind(eren))	4	3.81
Serviceflat, aanleunwoning of kangoerewoning	1	0.95
<i>(Loco-)motorisch, respiratoir of neurologisch revalidatiecentrum of SP-dienst</i>	<u>1</u>	<u>0.95</u>
<i>Andere afdeling van een Algemeen Ziekenhuis</i>	<u>1</u>	<u>0.95</u>
Beschermd wonen voor personen met een handicap	1	0.95
<i>Andere</i>	1	0.95
<i>Revalidatieafdeling in een Algemeen Ziekenhuis (AZ)</i>	<u>1</u>	<u>0.95</u>
<i>Revalidatieafdeling in een Universitair Ziekenhuis (UZ)</i>	<u>6</u>	<u>5.71</u>
<i>Revalidatieziekenhuis, Vlaamse bevoegdheid</i>	<u>27</u>	<u>25.71</u>
<i>Revalidatiecentrum Pulderbos</i>	<u>1</u>	<u>0.95</u>
<i>Suggestie voor nieuwe categorie (semi-residentieel)</i>	<u>1</u>	<u>0.95</u>
<i>Missing</i>	5	4.76

Elke voorziening die deelnam aan het onderzoek biedt ambulante revalidatie aan. Enkel de revalidatieziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om een revalidant te laten overnachten. In totaal 58.10% (61/105) van de revalidanten genoten van ambulante zorgen ten opzichte van 35.24% (37/105) residentiële revalidatie. Voor vijf revalidanten (4.76%) werd dit niet ingevuld, één revalidant viel niet onder de gegeven categorieën ('Andere') en één revalidant gaf 'semi-residentieel' aan als woonvorm. Bijgevolg kon er voor zeven revalidanten (6.67%) op basis van item A13 niet met zekerheid worden bepaald of de revalidanten residentiële of ambulante revalidatie hebben gekregen. Uit de analyse van item A13, gecombineerd met de andere BelRAI Revalidatie items, weten de onderzoekers dat 44 instrumenten met zekerheid van revalidanten zijn die residentieel worden gerevalideerd en 59 instrumenten met zekerheid van revalidanten zijn die ambulant worden opgevolgd. Voor twee revalidanten is dit niet duidelijk.

Op basis van de analyse van item A14 (*gebruikelijk woonverblijf*, geen onderscheid tussen ambulante en residentiële revalidatie), weten we dat 84.76% van de revalidanten in een woning, appartement of studio

woont¹⁷. Eén op vijf (21.90%) van de revalidanten woont alleen ten opzichte van 70.46% die samenwonen met andere personen (partner, ouder, kind). Eén deelnemer woont in een residentiële zorgsetting.

Tabel 26 A15 woonsituatie in aantallen (n) en percentage (%), n=105, met 6 of 5.71% niet te bepalen.

	Frequentie	Percentage
<i>Niet valide antwoord (0)</i>	1	0.95
<i>Alleen</i>	23	21.90
Met echtgeno(o)t(e) of partner	35	33.33
Met echtgeno(o)t(e) of partner en ander(en)	27	25.71
Met kind(eren) (maar geen echtgeno(o)t(e) of partner)	5	4.76
Met ouder(s) of voogd(en)	6	5.71
Met niet-verwant(e)(n)	1	0.95
<i>In residentiële zorg of andere geïnstitutionaliseerde zorgsetting</i>	1	0.95
<i>Suggestie voor nieuwe antwoordcategorie</i>	2	1.90
<i>Missing</i>	4	3.81

4.2 Geslacht

Meer vrouwen (59.05%) dan mannen (38.10%) hebben deelgenomen aan het onderzoek (3 niet-valide antwoorden). De leeftijdsgroep 50-59 jaar is het sterkst vertegenwoordigd met 35.24%.

Tabel 27 Leeftijdscategorieën (in aantallen (n) en percentage (%)), n=105, missing=6.67%

Leeftijd	Frequentie	Percentage
15-19 jaar	2	1.90
20-29 jaar	6	5.71
30-39 jaar	10	9.52
40-49 jaar	24	22.86
50-59 jaar	37	35.24
60-65 jaar	19	18.10
Missing	7	6.67

4.3 Cognitie

De steekproef bestaat hoofdzakelijk uit personen met weinig of geen cognitieve problemen. 76.19% is zelfstandig tot gewijzigd zelfstandig voor dagelijkse besluitvorming, terwijl slechts 3.81% matig tot ernstig cognitief beperkt is.

¹⁷ Woning, appartement of studio (eigen of gehuurd, alleen of met anderen)

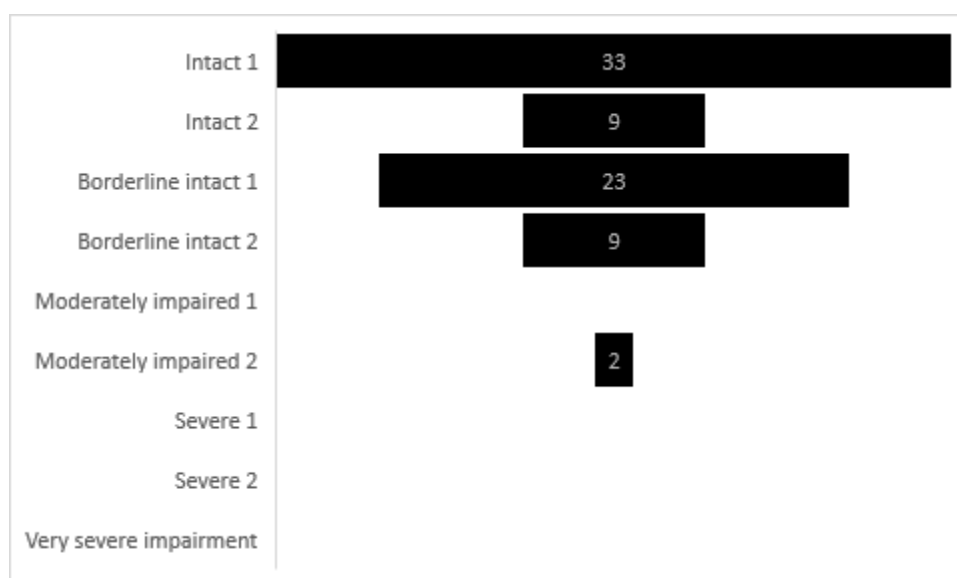
Tabel 28 C1 Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming (in aantallen (n) en percentage (%)), n=105, missing=16.19%.

	Frequentie	Percentage
Zelfstandig	58	55.24
Gewijzigd zelfstandig	22	20.95
Minimaal beperkt	4	3.81
Matig beperkt	3	2.86
Ernstig beperkt	1	0.95
Missing	17	16.19

Een gelijkaardig beeld is te zien wat betreft geheugenproblemen.

- 74.29% heeft geen korte termijn geheugenprobleem (2.86% niet-valide antwoorden; 13.33% missing),
- 67.62% heeft geen procedureel geheugenprobleem (3.81% niet-valide antwoorden, 12.38% missing),
- 81% heeft geen situationeel geheugenprobleem (2.86% niet-valide antwoorden; 12.38% missing) en
- 76.19% heeft geen lange termijngeheugen probleem (0.95% niet-valide antwoorden; 12.38% missing).

De CAP Delirium is bij acht revalidanten 8% getriggerd (n=10). Samen met de scores op de CPS-schaal (zie Figuur 26) bevestigt dit dat vooral cognitief sterkere revalidanten gerekruteerd werden.



Figuur 26 CPS: Cognitive Performance Scales (nieuwe versie), n=76.

4.4 Communicatie en sociale interactie

De items die het communicatieve of interactieve functioneren in kaart brengen, tonen eveneens weinig problemen. Slechts 1.90% van de revalidanten heeft nood aan een tolk. 6.67% van de revalidanten heeft ernstige tot zeer ernstige moeilijkheden met sociale interactie.

Tabel 29 B2 Sociale interactie (in aantallen (n) en percentage (%)), n=105, missing=4.76.

	Frequentie	Percentage
Geen moeilijkheden	66	62.86
Minieme moeilijkheden	13	12.38
Matige moeilijkheden	14	13.33
Ernstige moeilijkheden	3	2.86
Zeer ernstige moeilijkheden	4	3.81
Missing	5	4.76

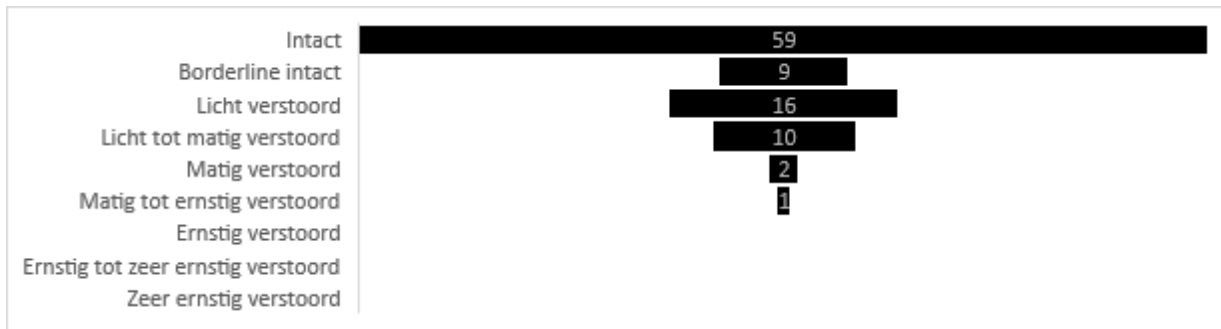
11.43% van de revalidanten kan zich gewoonlijk uitdrukken en 3.81% van de revalidanten begrijpt soms wat er wordt gezegd. Er is niemand gescoord in de categorieën: 'wordt soms begrepen', 'wordt zelden of nooit begrepen' of 'begrijpt zelden of nooit'.

Tabel 30 D1 Uiting (zichzelf duidelijk maken) en D2 Begrip (andere kunnen begrijpen), n=105, missing=7.62%.

	Frequentie	Percentage
Wordt begrepen	78	74.29
Wordt gewoonlijk begrepen	12	11.43
Wordt vaak begrepen	7	6.67
Begrijpt	64	60.95
Begrijpt gewoonlijk	12	11.43
Begrijpt vaak	17	16.19
Begrijpt soms	4	3.81

De Communicatieschaal combineert begrijpen en begrepen worden. Ruim de helft van de geïnccludeerde revalidanten heeft intacte communicatiemogelijkheden, niemand heeft zeer ernstige comunicatie-probemen.

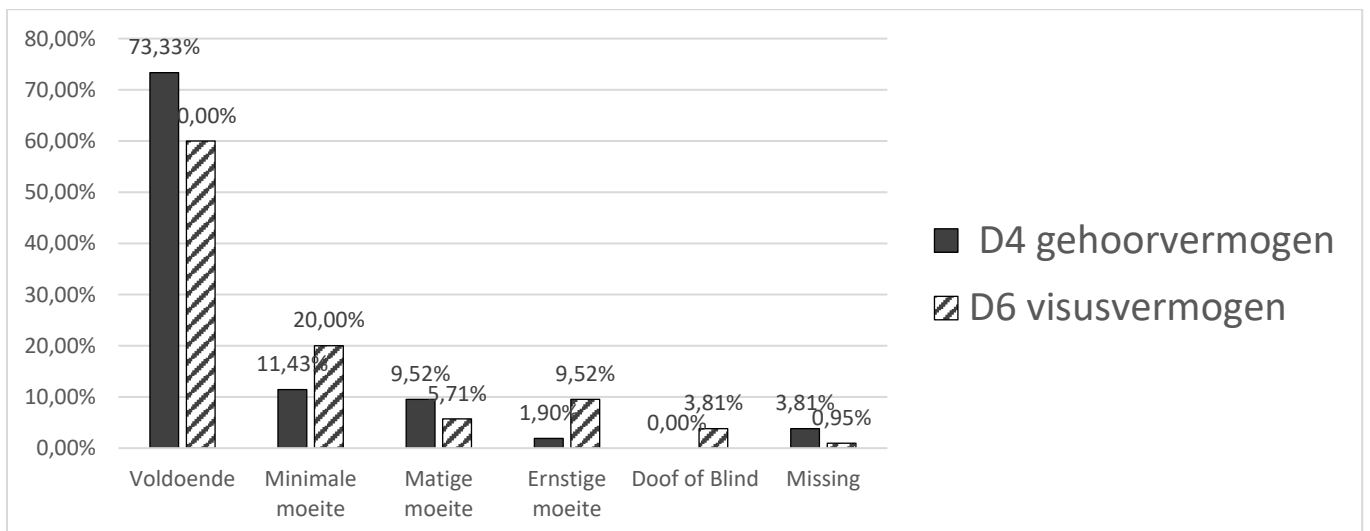
De CAP Communicatie werd niet getriggerd bij 71 revalidanten, bij 11 revalidanten is er een potentieel voor verbetering gesignaleerd en bij zes revalidanten is er een risico op verslechtering (n=88).



Figuur 27 Scores op de Communicatieschaal, n=97.

4.5 Gehoor en zicht

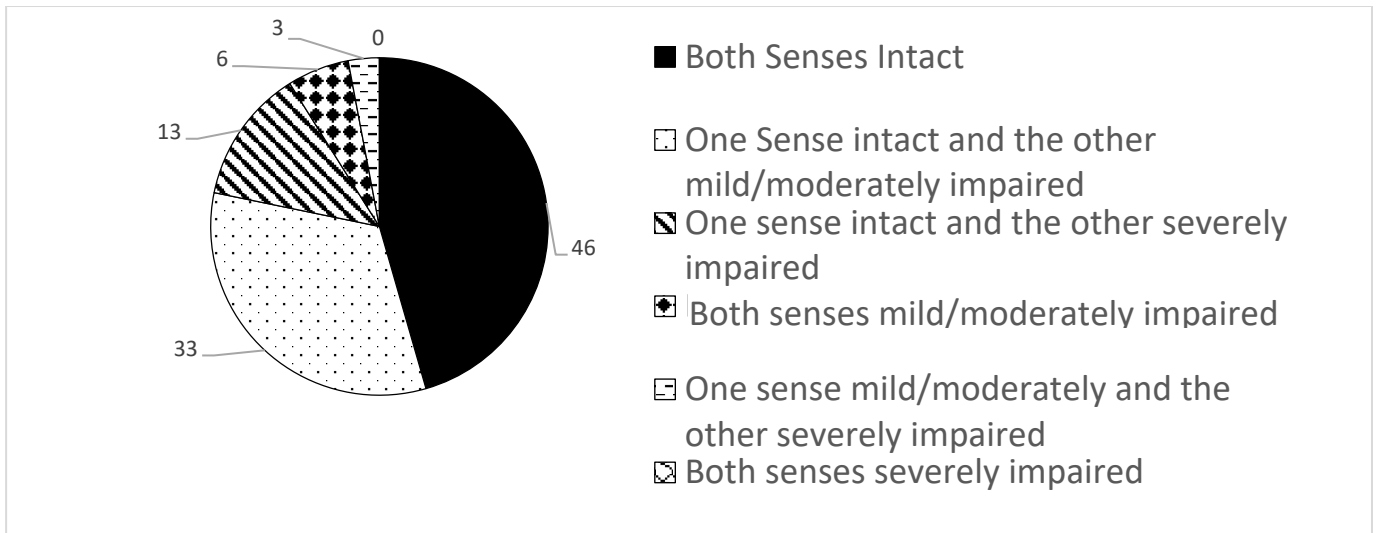
Bij gehoor (D4) en zicht (D6) zijn er geen revalidanten die doof zijn, maar wel vier personen die blind zijn (3.81%). De zorgverleners die deelnamen aan het onderzoek lieten weten dat de items niet specifiek genoeg zijn en dat meer items nodig zijn om hun doelgroep te identificeren.



Figuur 28 Gehoorvermogen en zichtvermogen van de deelnemende revalidanten (in percentage (%), n=105, missing=3.81% (D4) en 0.95% (D6)).

Er zijn drie specifieke CAP's voor personen met zowel visuele als gehoorproblemen (DSL of Dual Sensory Loss in het Engels). De CAP Dual Sensory Loss (cDSL) werd getriggerd bij vier revalidanten op score 1, wat impliceert dat deze personen wel Dual Sensory Loss, maar geen of milde cognitieve problemen hebben. Bij één revalidant had de CAP DSL een score 2, wat aangeeft dat de revalidant Dual Sensory Loss en matige tot ernstige cognitieve problemen heeft. De CAP Dual Sensory Loss Communication (cDSLCOMM) werd getriggerd met score 1 bij één revalidant, wat betekent dat deze revalidant met Dual Sensory Loss moeilijkheden ondervindt bij communicatie en sociale interactie. Score 2 (Dual Sensory Loss en ook communicatieproblemen met familie) werd niet getriggerd.

De CAP Dual Sensory Loss Orientation and Mobility (cDSLORM) werd bij drie revalidanten getriggerd met een score 1, wat aangeeft dat deze drie revalidanten met Dual Sensory Loss problemen ervaren om zich te oriënteren en voort te bewegen in onbekende omgevingen. Bij één revalidant werd deze CAP getriggerd met een score 2, wat aangeeft dat er (ook) problemen zijn in bekende omgevingen (n=37).



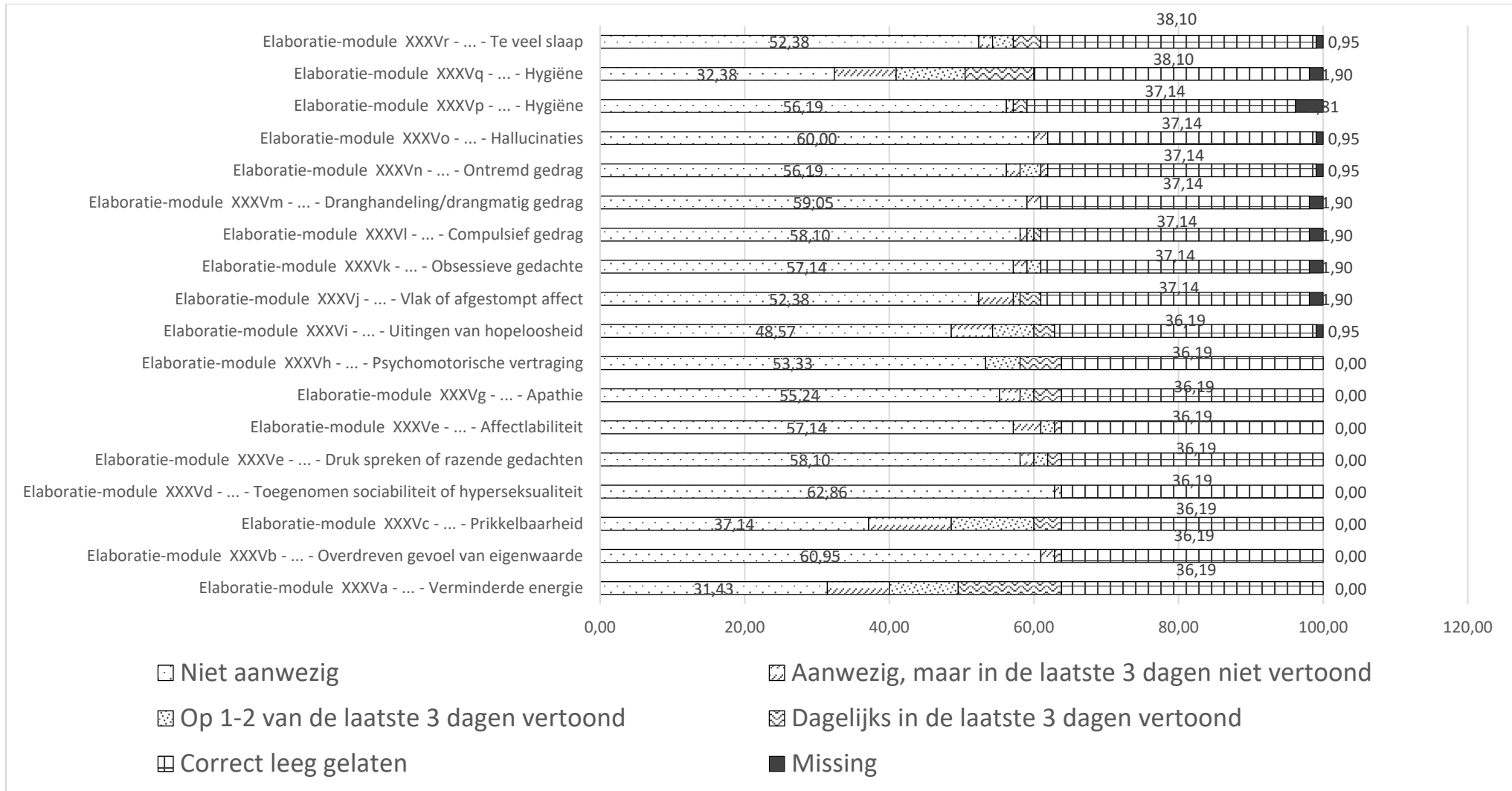
Figuur 29 Deaf Blind Severity Index (DbSI), n=101.

De Deaf Blind Severity Index (DbSI) laat zien dat meer dan de helft (55/101; 54.46%) van de revalidanten beperkingen aangeeft bij één of beide zintuigen.

4.6 Depressieve symptomen

De Depression Rating Scale (DRS) duidt op de aanwezigheid van depressieve symptomen (0-14). Hoe hoger de score, hoe ernstiger. Vanaf een score drie of hoger is het sterk aan te bevelen gerichte diagnostiek en zorgplanning uit te voeren. Voor 103 revalidanten kon de DRS berekend worden. 41 revalidanten (of 39.81%) scoren drie of meer (interval 3-12). Drie van de 41 revalidanten hebben zelfs een score van tien of hoger. De CAP Stemmingsstoornissen (berekend voor 103 revalidanten) werd bij 38 revalidanten niet getriggerd. Bij 24 (medium risico) en 41 (hoog risico) revalidanten (63.11%) werd de CAP wel getriggerd.

Figuur 30 E1 Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis van de deelnemende revalidanten in percentage (%), n=105.



Figuur 31 Optionele indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis van de deelnemende revalidanten (%)

4.7 Gedragsproblemen

Uit de optionele gedragsindicatoren (vragen die niet noodzakelijk ingevuld moeten worden) blijkt dat er geen gedragsproblemen zijn bij 31.43% tot 62.76% van de personen, afhankelijk van de indicator. Meer dan één derde van zorgverleners (36.19%-38.10%) heeft deze elaboratiemodule echter niet ingevuld.

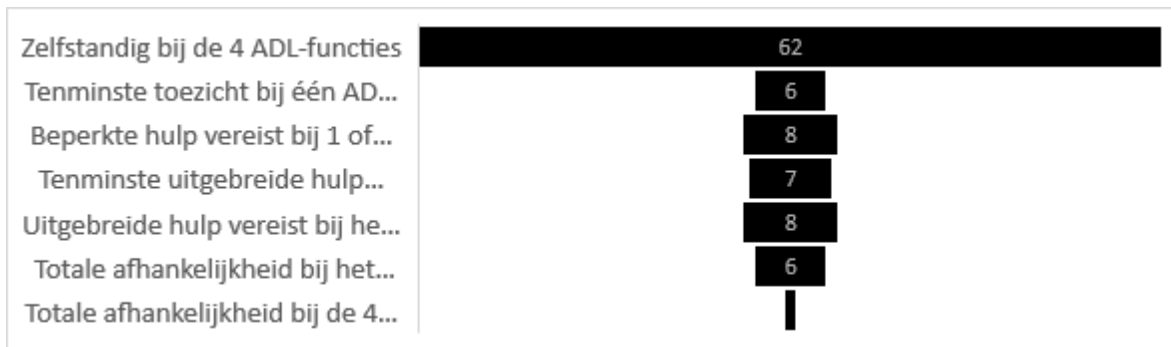
Er werd ook specifiek gevraagd naar 'geweld'. Module 5 'geweld' werd voor 57.14% van de revalidanten niet ingevuld. Bij diegenen voor wie de module wel ingevuld werd, blijkt dat 40.95% nog nooit gewelddadig is geweest. Ook de scores op de Aggressive Behavior Scale bevestigen dit: 86% van de revalidanten vertoont geen agressief gedrag (n=100).

Tabel 31 E3 Gedragssymptomen van de deelnemende revalidanten (%), n= 105, missing = 4.71% of 5.71%.

	E3a - Verbaal geweld	E3b - Lichamelijk geweld	E3c - Sociaal ongepast of storend gedrag	E3d - Ongepast openlijk seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleden	E3e - Verzet zich tegen zorg	E3f - Weglooppogingen of dreigen weg te lopen	E3g - Autonome conversaties	E3h - PICA	E3i - Impulsiviteit	E3j - Zelfverwendend gedrag
<i>Niet aanwezig</i>	88.57	94.29	86.67	94.29	92.38	91.43	86.67	93.33	85.71	93.33
<i>Aanwezig, maar in de laatste 3 dagen niet vertoond</i>	4.76	0.95	4.76	0.95	2.86	2.86	1.90	0.95	1.90	1.90
<i>Op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond</i>	1.90	0	2.86	0	0	0.95	3.81	0	4.76	0
<i>Dagelijks in de laatste 3 dagen vertoond</i>	0	0	0.95	0	0	0	1.90	0	1.90	0
<i>Missing</i>	4.76	4.76	4.76	4.76	4.76	4.76	5.71	5.71	5.71	4.76

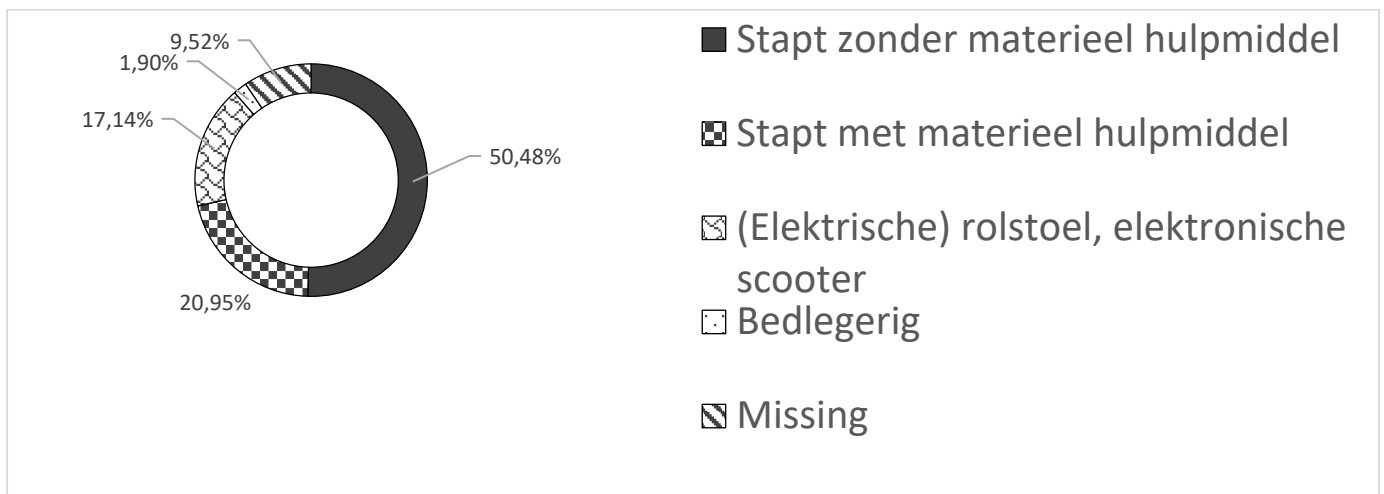
De gedragsindicatoren (E3) zijn door 86.67% tot 94.29% van de personen als 'niet aanwezig' gescoord. Samengevat kunnen we stellen dat de revalidanten voornamelijk geen gedragsproblemen vertonen in het dagelijks leven.

4.8 Activiteiten van het dagelijkse leven en mobiliteit

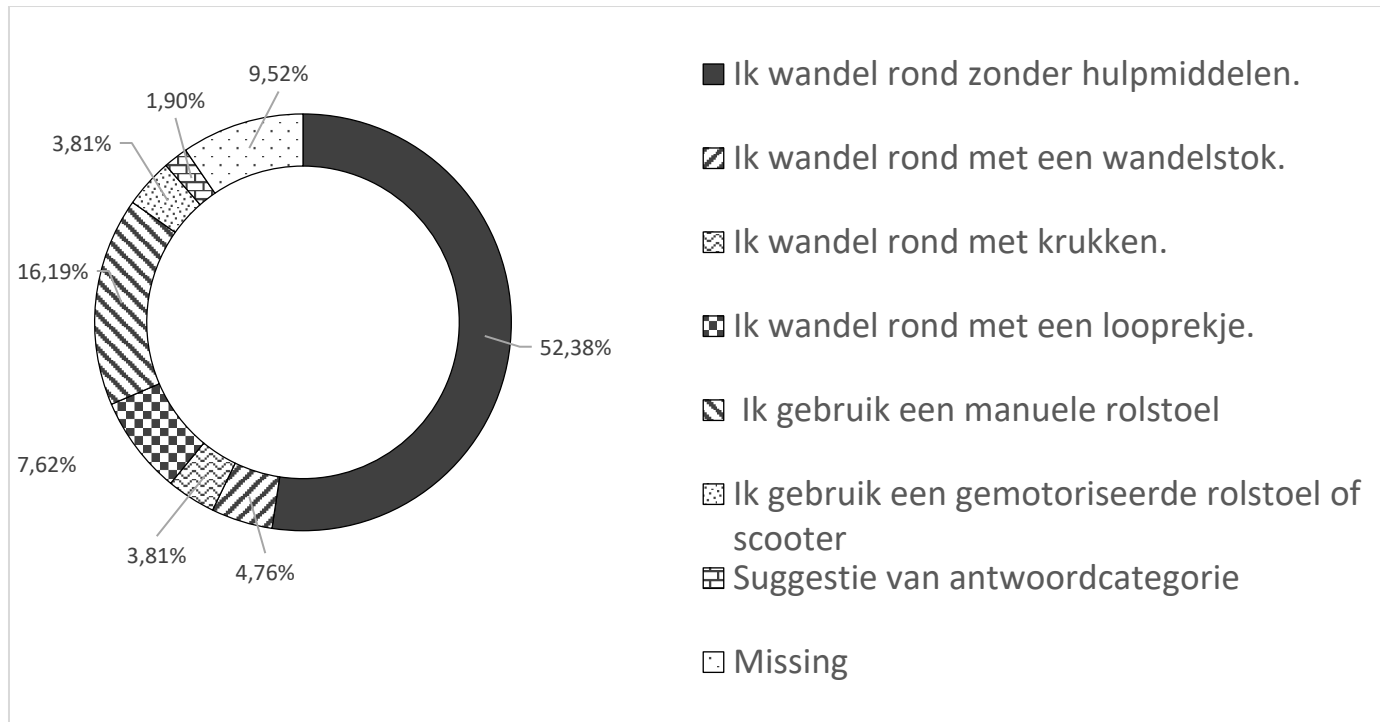


Figuur 32 ADL Hierarchy Scale (ADLH), n= 98.

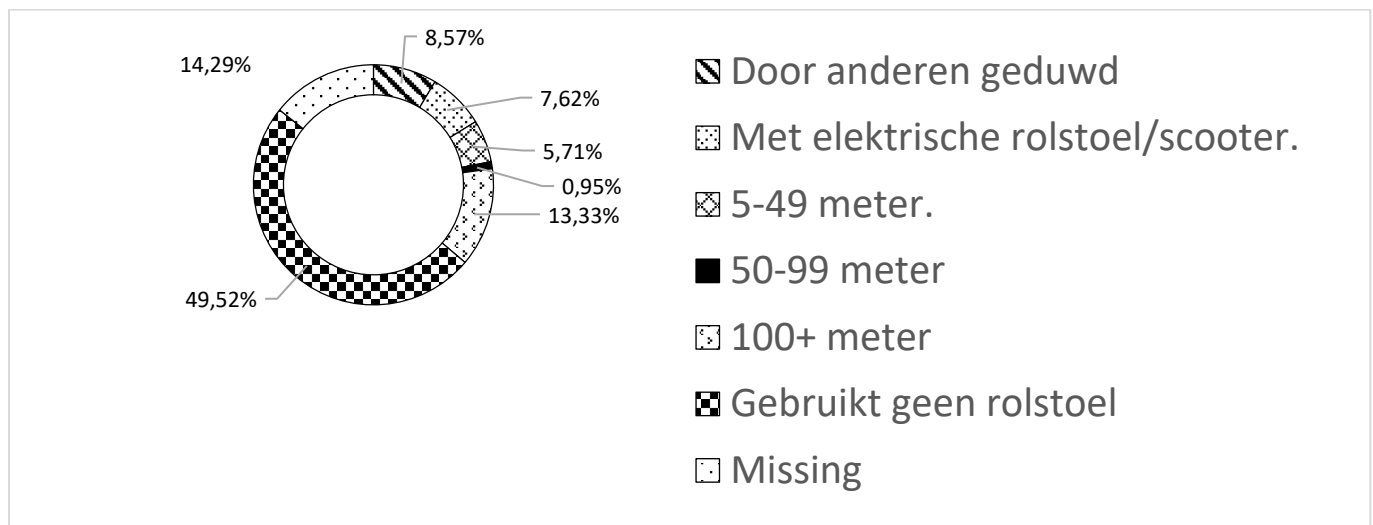
62 van de revalidanten hebben geen problemen met ADL-taken. 50.48% (G6) en 52.38 (G7) van de revalidanten verplaatst zich binnenshuis zonder loophulpmiddel. 49.52% (G10) van de revalidanten heeft geen rolstoel.



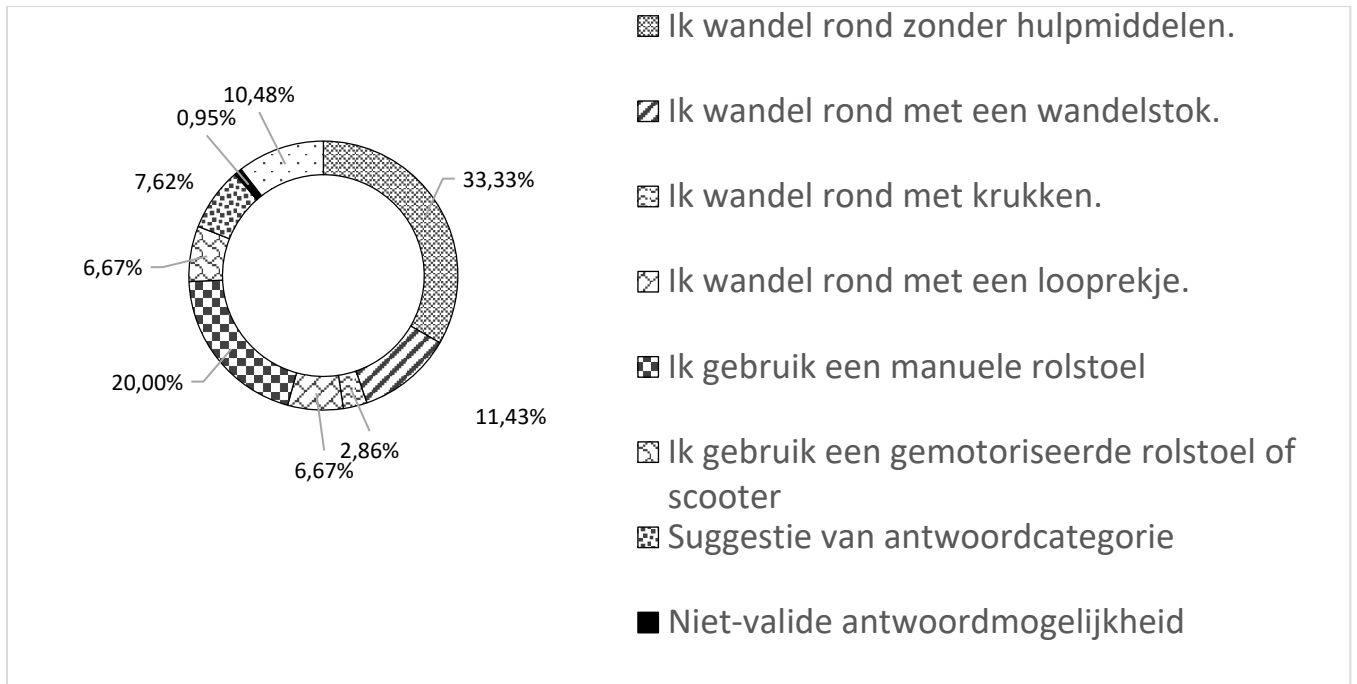
Figuur 33 G6 Voornaamste manier van verplaatsen binnenshuis in percentages (%), n=105, missing=9.52%.



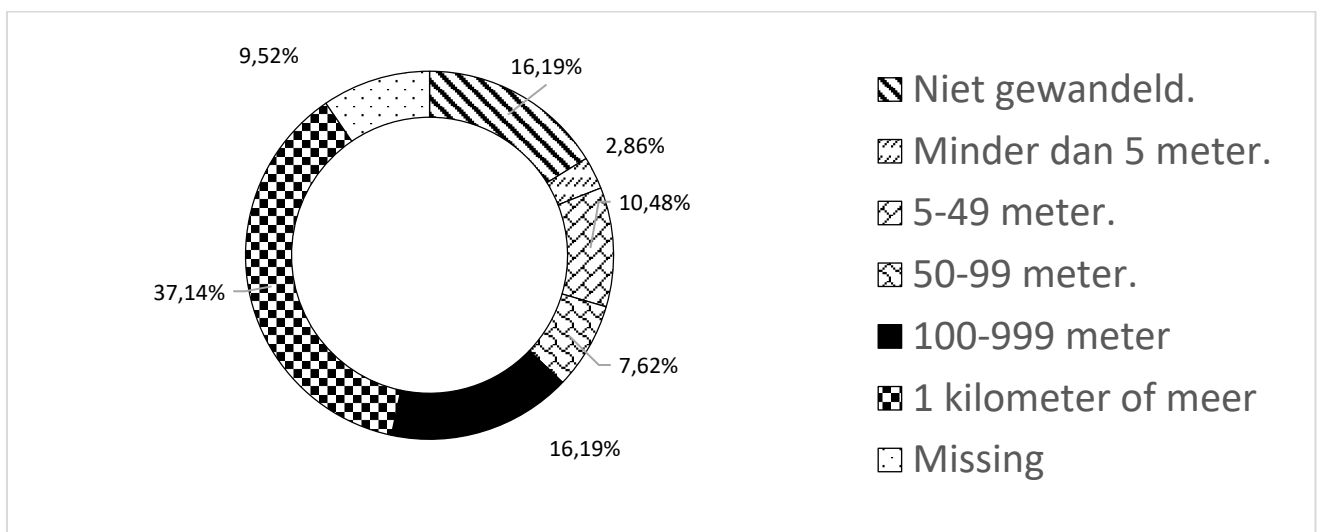
Figuur 34 G7 Hoe beweegt u zich voornamelijk voort binnenshuis in percentages (%), n=105, missing = 9.52%.



Figuur 35 G10 In rolstoel afgelegde afstand in percentages (%), n=105, missing = 14.29%.



Figuur 36 G8 Hoe beweegt u zich voornamelijk voort buitenshuis in percentages (%), n=105, missing=10.48%.



Figuur 37 G9 Wandelafstand in percentages (%), n=105, missing=9.52%.

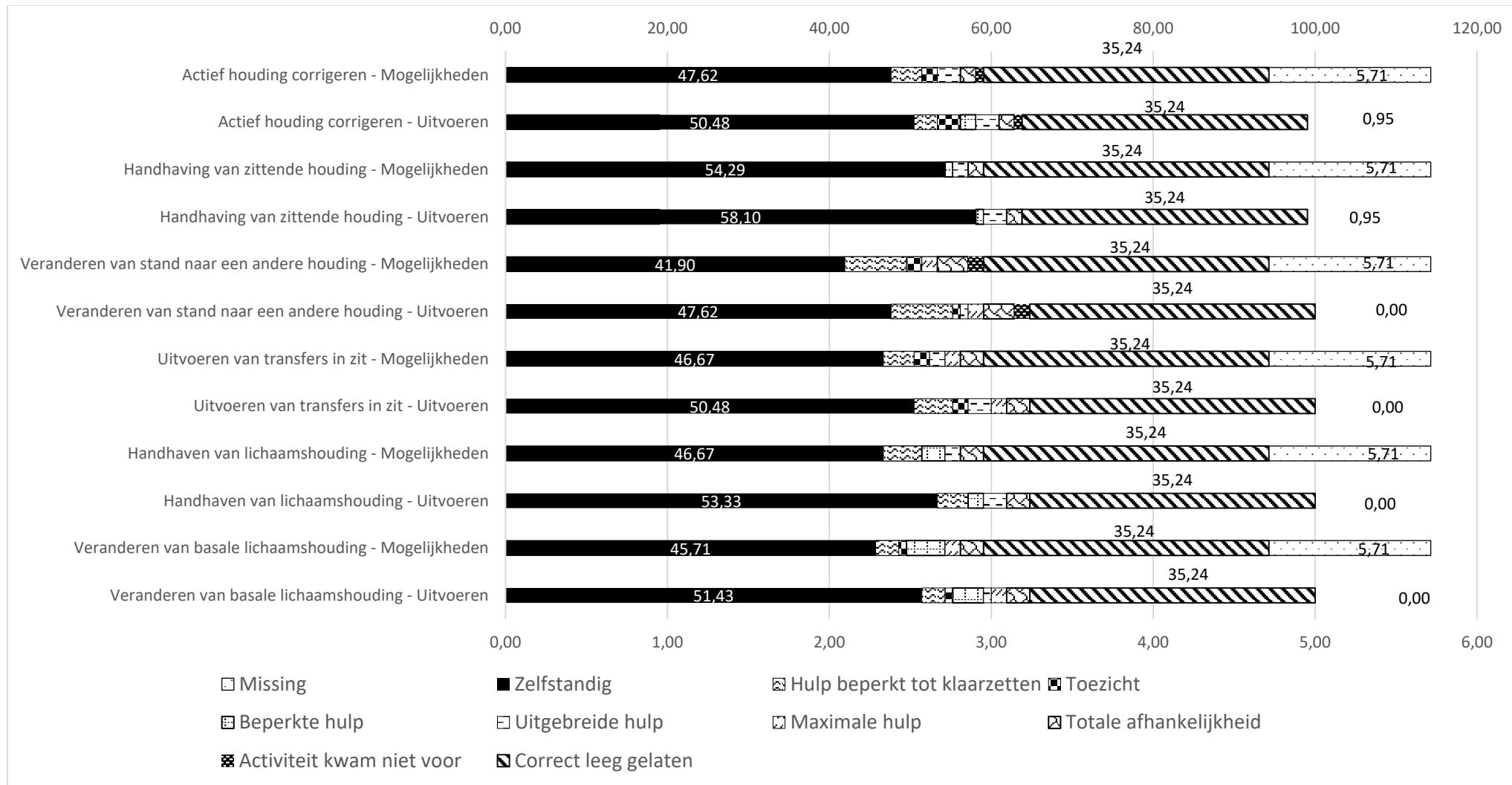
Voor verplaatsingen buitenshuis heeft 33.33% van de revalidanten geen loophulpmiddel. Wat betreft wandelafstand (G9) heeft 16.19% van de revalidanten niet gewandeld ten opzichte van 37.14% van de revalidanten die één kilometer of meer hebben gewandeld. 1.90% van de revalidanten is bedlegerig.

Er kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de revalidanten geen tot zeer beperkte mobiliteitsproblemen heeft.

4.9 Transfers

Tabel 32 Module 9: Transfers, de uitvoering en mogelijkheden van de revalidanten om verschillende transfers uit te voeren in percentages (%) n=105, missing variabel per item (0% - 5.71%).

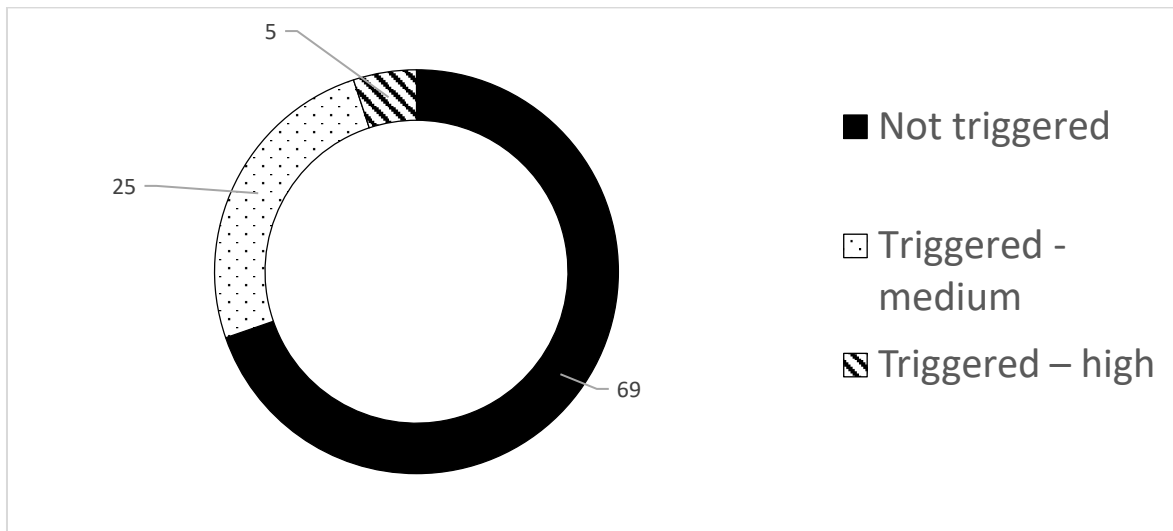
	Veranderen van basale lichaamshouding - Uitvoeren	Veranderen van basale lichaamshouding - Mogelijkheden	Handhaven van lichaamshouding - Uitvoeren	Handhaven van lichaamshouding - Mogelijkheden	Uitvoeren van transfers in zit - Uitvoeren	Uitvoeren van transfers in zit - Mogelijkheden	Veranderen van stand naar een andere houding - Uitvoeren	Veranderen van stand naar een andere houding - Mogelijkheden	Handhaving van zittende houding - Uitvoeren	Handhaving van zittende houding - Mogelijkheden	Actief houding corrigeren - Uitvoeren	Actief houding corrigeren - Mogelijkheden
Zelfstandig	51.43	45.71	53.33	46.67	50.48	46.67	47.62	41.90	58.10	54.29	50.48	47.62
Hulp beperkt tot klaarzetten	2.86	2.86	3.81	4.76	4.76	3.81	7.62	7.62			2.86	3.81
Toezicht	0.95	0.95			1.90	1.90	0.95	1.90			2.86	1.90
Beperkte hulp	3.81	4.76	1.90	2.86					0.95	0.95	1.90	0
Uitgebreide hulp	0.95		2.86	1.90	2.86	1.90	0.95		2.86	1.90	2.86	2.86
Maximale hulp	1.90	1.90			1.90	1.90	1.90	1.90				
Totale afhankelijkheid	2.86	2.86	2.86	2.86	2.86	2.86	3.81	3.81	1.90	1.90	1.90	1.90
Activiteit kwam niet voor							1.90	1.90			0.95	0.95
Correct leeg gelaten	35.24	35.24	35.24	35.24	35.24	35.24	35.24	35.24	35.24	35.24	35.24	35.24
Missing		5.71		5.71		5.71		5.71	0.95	5.71	0.95	5.71



Figuur 38 Module 9: Transfers, de uitvoering en mogelijkheden van de revalidanten om verschillende transfers uit te voeren in percentages (%) n=105, missing variabeel per item (0%-5.71%)

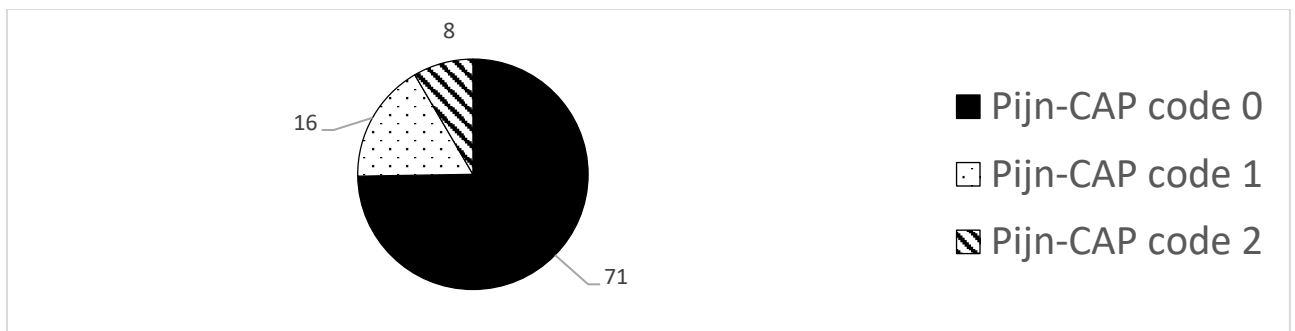
Enkel bij het scoren van de *mogelijkheden* zijn er missing values (5.71%). 35.24% van de revalidanten heeft toezicht nodig bij elke hierbovenvermelde verplaatsing. 41.90% tot 58.10% van de revalidanten kan zelfstandig een van de bovenstaande transfers uitvoeren. 58.10% van de revalidanten kan zelfstandig zijn/haar zittende houding handhaven. Dat maakt dat 77.14% (veranderen van staande houding) tot maximum 93.34% (handhaven van de zittende houding) van de revalidanten zelfstandig of met toezicht transfers kan uitvoeren en/of de mogelijkheid heeft om deze uit te voeren.

4.10 Vallen



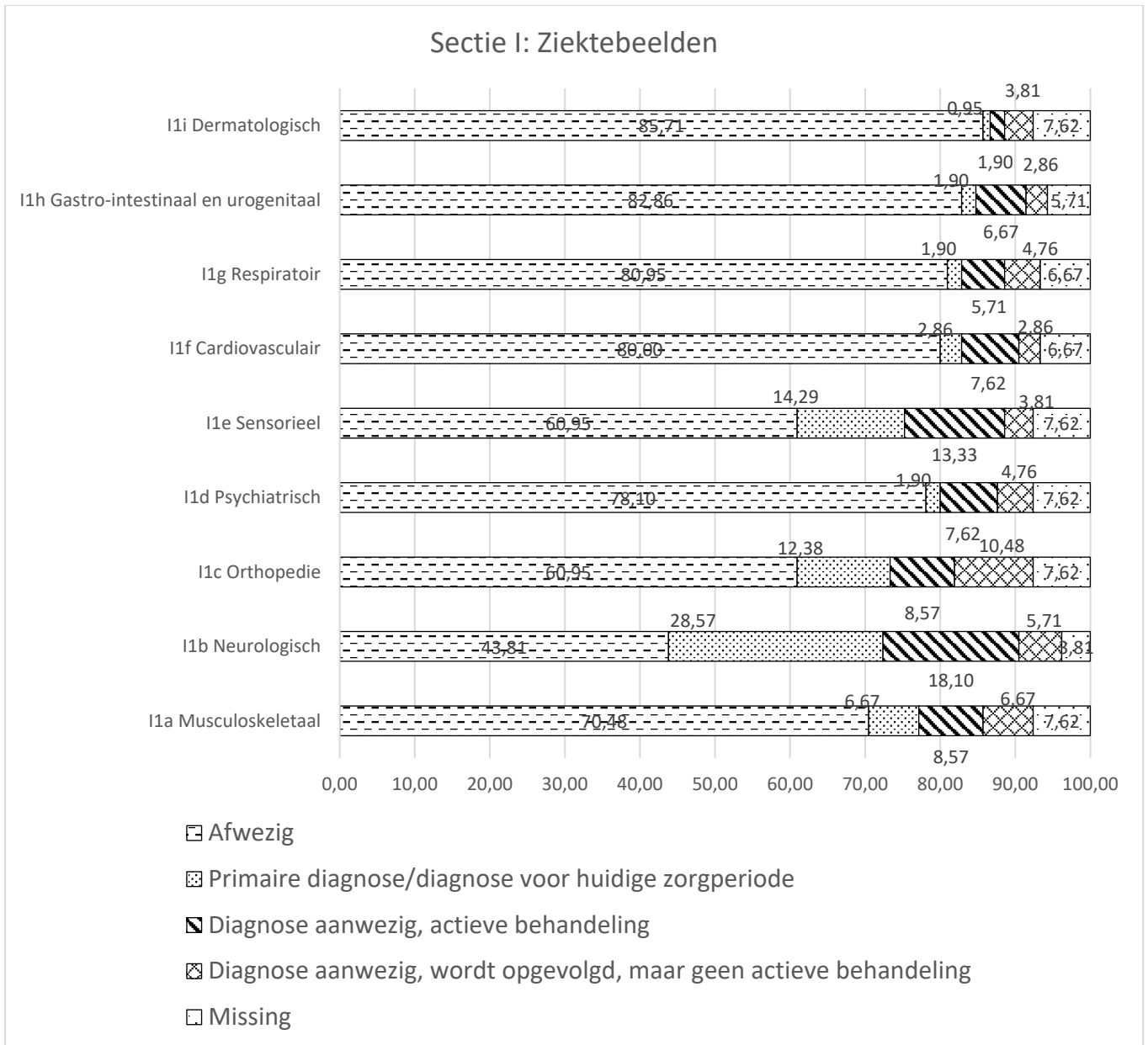
Figuur 39 CAP Vallen, n=99

Uit Figuur 40 blijkt dat bij 69 van de 99 revalidanten (69.70%) de CAP Vallen niet is getriggerd is. Deze revalidanten hebben geen (verhoogd) valrisico.



Figuur 40 CAP Pijn op basis van 95 revalidanten, missing=10, n=105

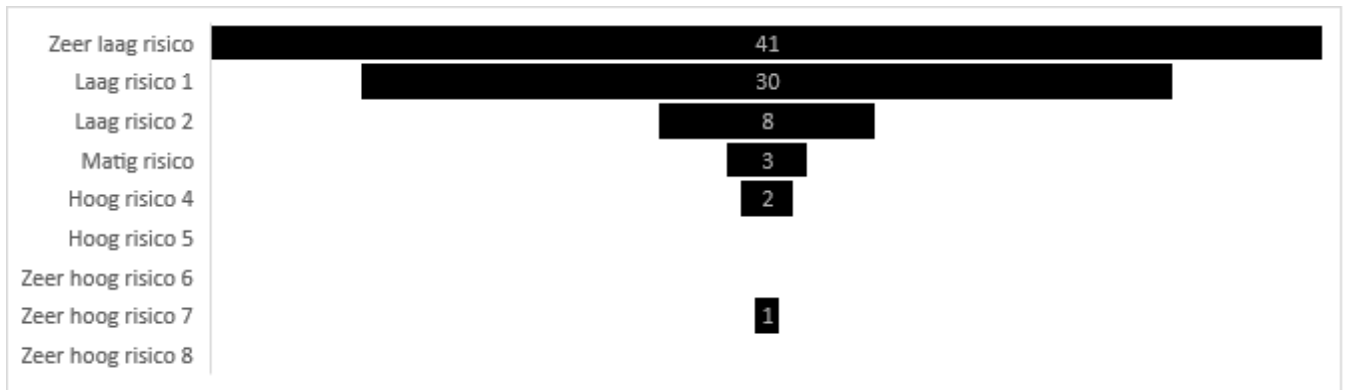
4.11 Ziektebeelden



Figuur 41 Sectie I Ziektebeelden, aanwezigheid of afwezigheid van bepaalde categorieën van ziektebeelden bij de deelnemende revalidanten in percentages (%), n=105, missing values variëren per item (3.81% - 7.62%).

De meest voorkomende ziektebeelden zijn neurologische (28.57%; 3.81% missing) en sensorieel problemen (14.29%; 7.62% missing).

Bij 71 revalidanten (71/105; 67.62%) wordt de CAP Pijn niet geactiveerd (Figuur 41).

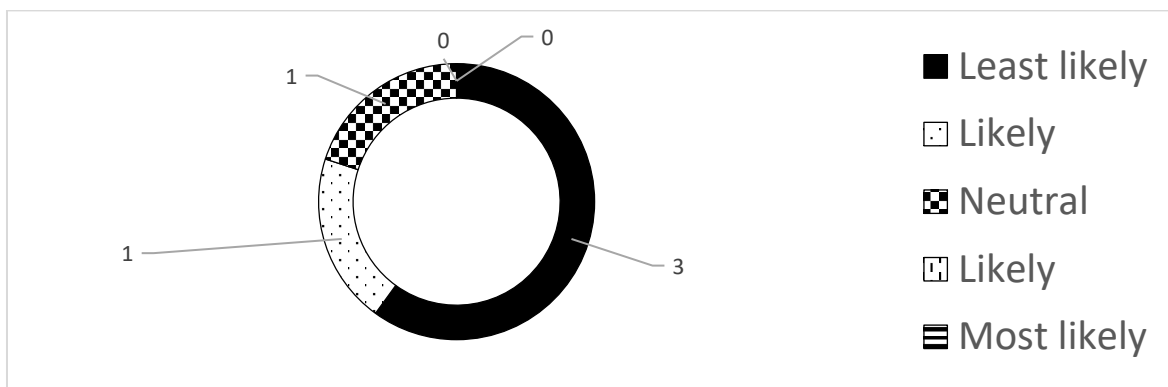


Figuur 42 Pressure Ulcer Risk Scale (PURS), n=85.

Slechts zes respondenten hebben een matig tot zeer hoog risico op een doorligwonde.

De CAP Slaap werd in totaal bij 21 revalidanten (43.75%) getriggerd (n=48). De score was telkens 1, wat betekent dat hun slaap wordt verstoord (score 1), echter zonder dat dit invloed heeft op het cognitieve functioneren (cognitieve gevolgen, score 2).

De CAP Dyspneu werd bij vier revalidanten getriggerd (n=93).

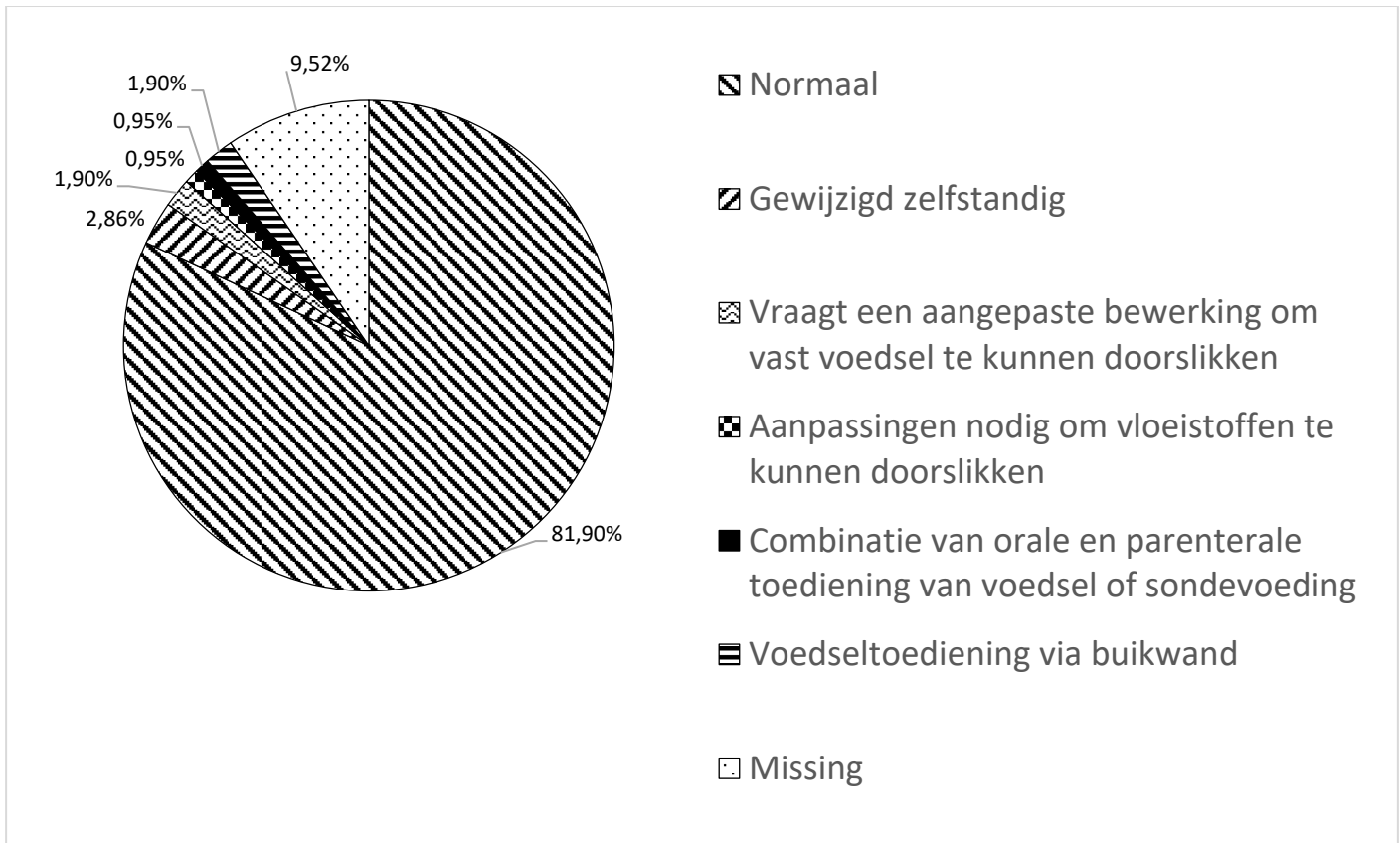


Figuur 43 Rehabilitation Algorithm of Revalidation Algorithm, n=5.

Het Revalidatie Algorithm geeft weer in welke mate het waarschijnlijk is dat iemand voordeel heeft bij een revalidatieprogramma. Dit algoritme is gebaseerd op de capaciteitsscores voor *maaltijdbereiding*, *huishoudelijke taken*, *medicatiebeheer*, *trappen*, en *zich verplaatsen* en de items over *verandering in ADLstatus*, de *nood aan verwijzing naar palliatieve zorgen* en de *Self Reliance Index*. Voor deze steekproef werd de index voor vijf revalidanten berekend. Van deze vijf revalidanten scoorde niemand 'Likely' tot 'Most likely'.

4.12 Voedselinname

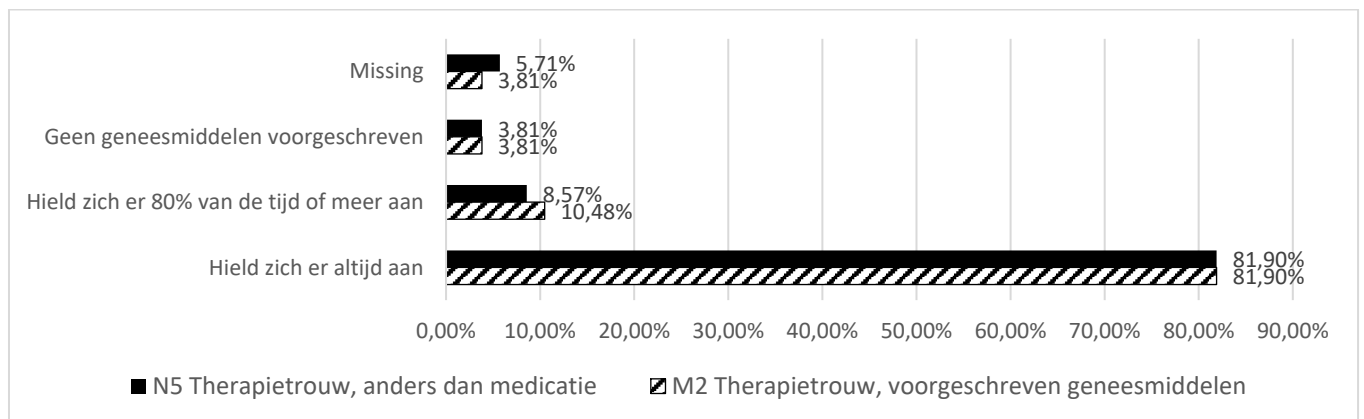
In de steekproef zijn er 4.76% (missing 7.62%) revalidanten met slikstoornissen en 8.57% (missing 9.52%) revalidanten met een andere manier van voedselopname dan 'normaal'. 80.95% (missing = 15.24%) van de revalidanten krijgen geen parenterale/sondevoeding.



Figuur 44 K5 Manier van voedselopname (%), n=105, missing=9.52%.

Bij 82 of 96.47% van de revalidanten werd de CAP Voedingssonde niet getriggerd. Dit betekent dat het grootste deel van de revalidanten geen voedingssonde heeft.

4.13 Medicatie, behandelingen en therapietrouw



Figuur 45 Therapietrouw van de deelnemende revalidanten in percentage (%) op basis van vraag M2 en N5, n=105, missing=3.81% (M2) en 5.71% (N5).

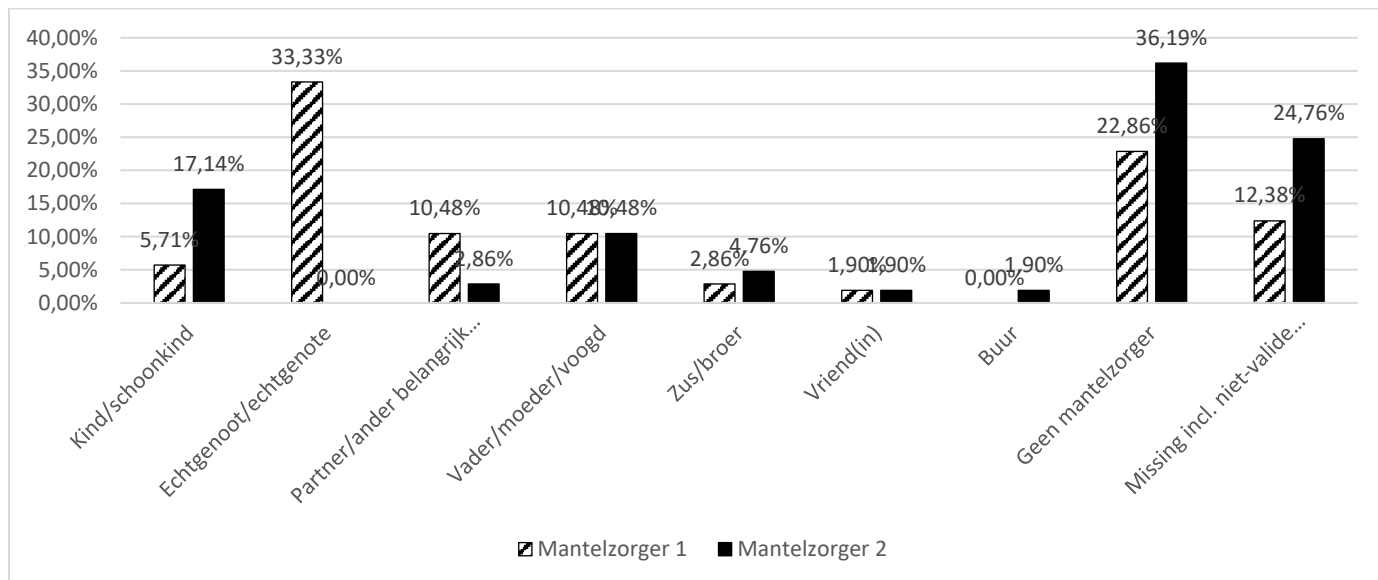
24.76% van de revalidanten gebruikt geen psychofarmaca (missing 6.67%). De therapietrouw en de medicatietrouw zijn even hoog: 81.90%.

Wat betreft 'Behandelingen en diensten', zien we dat de revalidanten voornamelijk enkel revalidatie kregen (78.10%-83.81%). Eén revalidant had ook wondzorg nodig en nog één revalidant kreeg darmtraining op 1-2

van de laatste 3 dagen. Twee revalidanten kregen dagelijks wondzorg en/of darmtraining en/of infectiecontrole en/of infuusmedicatie en/of zuurstoftherapie op dagelijkse basis in de laatste drie dagen. Eén revalidant kreeg op dagelijkse basis in de laatste drie dagen chemotherapie en/of ventilatie of beademing en/of volgde een wisselhoudingprogramma. Bij 2.86% (n=3) van de revalidanten werd er dagelijks zorg bij een verblijfskatheter met ballon gegeven.

4.14 Mantelzorg

De revalidanten zijn in 17.14% (n=18) van de gevallen zelf primaire mantelzorg voor een andere revalidant (missing=17.14%). 64.76% (n=68) van de revalidanten heeft één mantelzorg. Bij 40% (n=42) is er een tweede mantelzorg (missing=23.81%). 64.70% (n=68) van de revalidanten heeft één of twee mantelzorgers, wat maakt dat er voor hen de elaboratiemodule 'Mantelzorg' ingevuld moest worden. De eerste mantelzorg is gewoonlijk de echtgenoot/echtgenote (33.33%), een tweede mantelzorg is er in de meeste gevallen niet (36.19%). Indien er een tweede mantelzorg is, is dit meestal een (schoon)kind (17.14%).

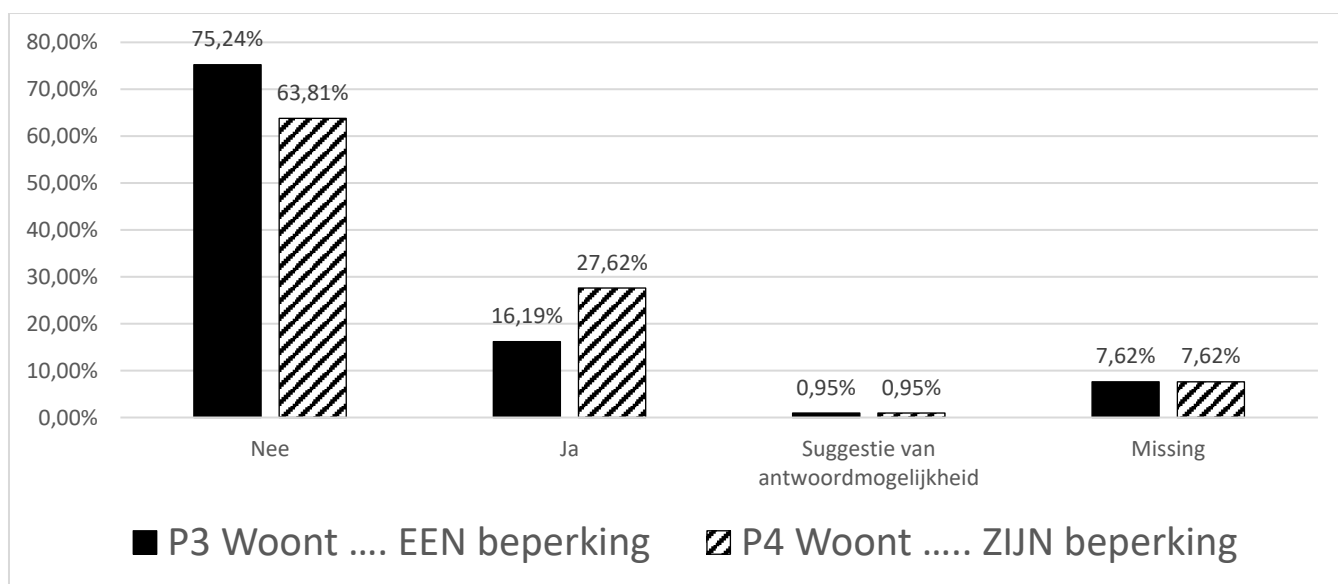


Figuur 46 O3 Mantelzorgers voor de persoon - Relatie tot de persoon voor mantelzorg 1 (MZ 1) en mantelzorg 2 (MZ 2) in percentages (%), n=105, Missing MZ1 = 12.38%, Missing MZ2 = 24,76%.

4.15 Contextuele factoren

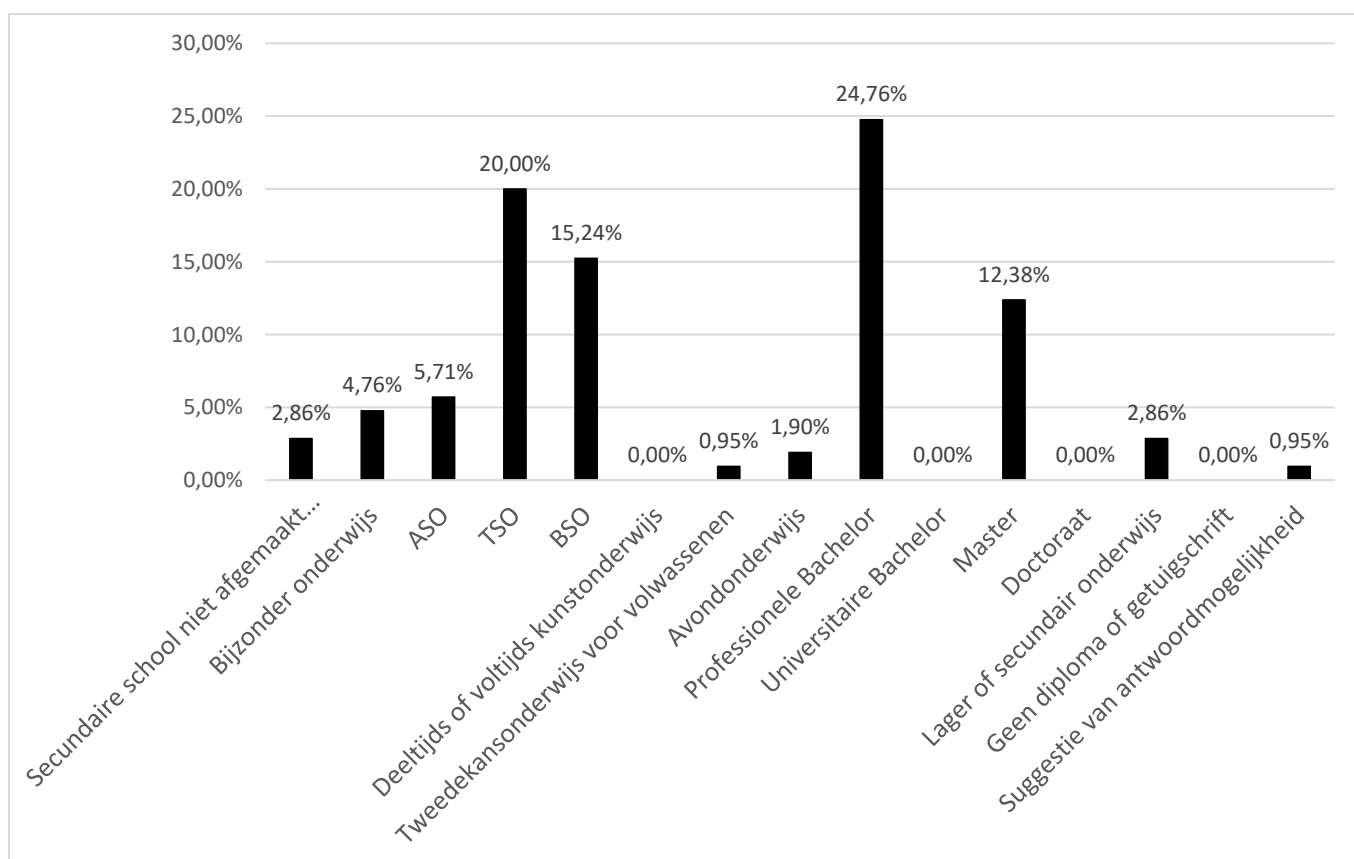
Bij een beperkt aantal revalidanten worden financiële problemen gemeld (3.81% of 4 revalidanten, 8.57% missing).

De CAP Omgeving werd voor geen enkele revalidant getriggerd (n=78).



Figuur 47 'P3 Woont in een appartement dat of een woning die (verblijfplaats) is aangepast voor een persoon met een beperking' ten opzichte van 'P4 Woont in een appartement dat of een woning die (verblijfplaats) is aangepast voor zijn beperking' in percentages (%), n=105, missing = 7.62%.

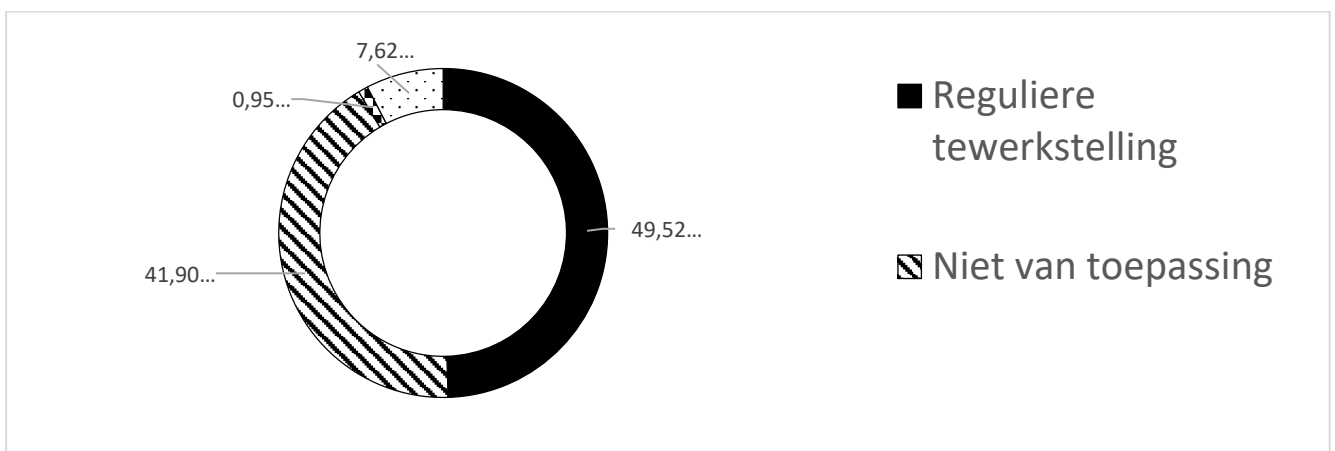
Uit het verschil (11.43% of 12 revalidanten) tussen P3 en P4 blijkt dat wonen in een aangepaste woning voor personen met een beperking niet per definitie betekent dat de woning ook aangepast is aan de beperkingen eigen aan de persoon.



Figuur 48 R1 Opleidingsniveau van de revalidanten in percentages (%), n= 105, missing =7.62%.

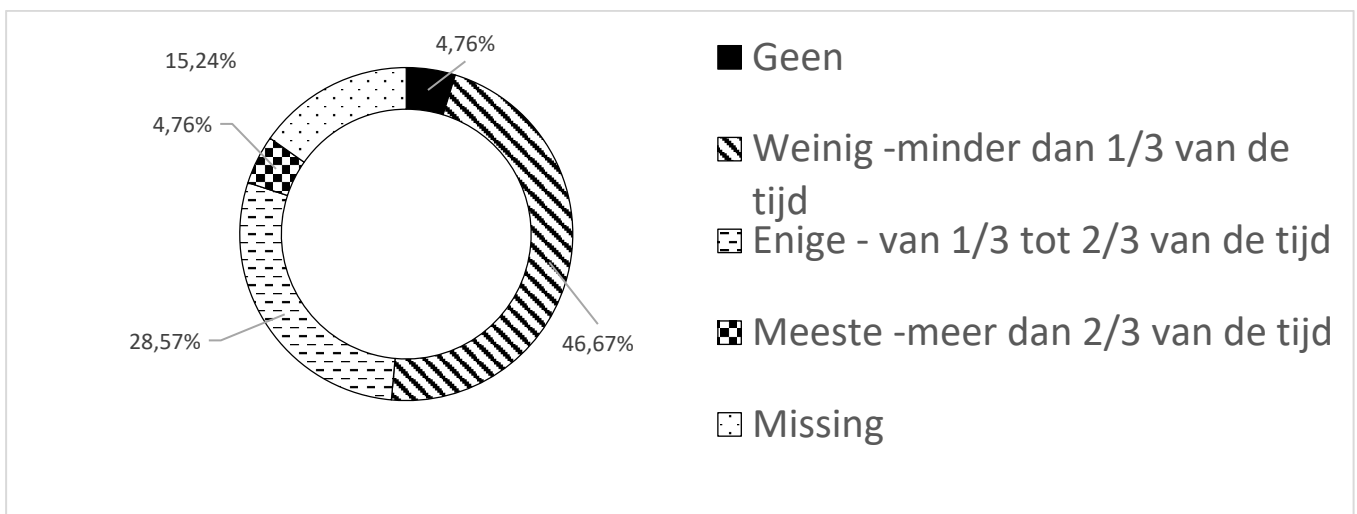
4.16 Onderwijs, tewerkstelling en activiteiten

De revalidanten hebben in 40.95% van de gevallen een diploma secundair onderwijs. 37.14% van de revalidanten heeft een bachelor- of masterdiploma. Een kleinere groep heeft het secundair onderwijs niet afgemaakt (2.86%) of enkel een diploma *lager onderwijs of lager secundair* (2.86%). De zorgverleners, voornamelijk zij actief in de neurologische revalidatie, geven aan dat men in vele gevallen een bepaald diploma /opleidingsniveau heeft gehaald in het verleden, maar dat dit niets zegt over het functioneren (huidige opleidingsniveau). Iemand heeft bijvoorbeeld vroeger een masterdiploma gehaald, maar heeft een NAH opgelopen door een ongeval en kan na het ongeval niet meer in het Engels lezen en moeilijk rekenen of schrijven. Met andere woorden, deze revalidant functioneert of heeft de vaardigheden niet meer van iemand met een masterdiploma.



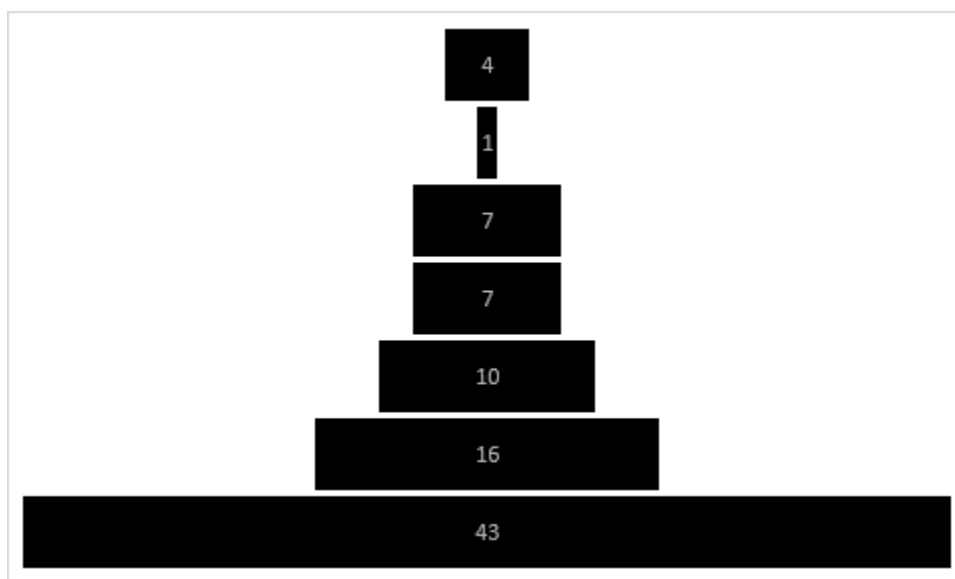
Figuur 49 R4 Tewerkstelling (uitgezonderd vrijwilligerswerk), n=105, missing=7.62%.

Bijna de helft (49.52%, n=52) van de revalidanten had voor de opname/revalidatie een reguliere tewerkstelling. 41.90% (n=44) werkte niet. Antwoordmogelijkheden '2 Beschutte tewerkstelling' en '3 Beroepsrevalidatie' werden niet gescoord. Tijdens de intervisiemomenten kwam naar voor dat deze antwoordmogelijkheden niet helder zijn en dat de terminologie verouderd is.



Figuur 50 S4 Tijd gemiddeld bezig met ontspanningsactiviteiten in percentages, n=105, missing=15.24%.

De revalidanten zijn niet (4.76%; n=5) tot weinig (46.67%; n=49)) bezig met ontspanningsactiviteiten (51.43% of 54 revalidanten, missing 15.24% of 16 revalidanten).



Figuur 51 Revised Index of Social Engagement (RISE) of Herziene Index voor Sociale Betrokkenheid waarbij de basis score 6 (hoog niveau van initiatief en participatie) voorstelt en de top score 0 (ernstige afwezigheid van initiatief en participatie), n=88.

De RISE geeft op schaal van 0 tot 6 weer wat de zin tot initiatief en de sociale betrokkenheid van de revalidant is. Hierbij verwijst score 0 naar een *ernstige afwezigheid* en score 6 naar het hoogste niveau van initiatief en participatie. 43 personen (48.86%) hebben de hoogste score (6).

De CAP Activiteit werd bij 19 revalidanten wel en bij 59 revalidanten (32.20%) niet getriggerd (n=78). Er werden met andere woorden 19 personen geïdentificeerd die zich terugtrekken van activiteiten of zich ongemakkelijk voelen bij activiteiten en sociale relaties.

4.17 Samenvatting

Uit de data-analyse kan geconcludeerd worden dat de BelRAI Revalidatie instrumenten voornamelijk ingevuld werden voor vrouwelijke revalidanten binnen de leeftijdscategorie 40-49. De meeste participanten vertonen geen noemenswaardige gedragsproblemen, pijn, slikstoornissen of voedselopnameproblemen. Zij zijn, al dan niet met een loophulpmiddel, mobiel, zowel binnenshuis als buitenshuis. Ook transfers gebeuren bij de meeste revalidanten zelfstandig, mits klaarzetten of met toezicht.

De meeste revalidanten (68.57%) gebruiken psychofarmaca maar volgen geen extra therapie buiten de revalidatie en de medicamenteuze opvolging. De revalidanten zijn therapietrouw. De revalidanten zijn niet of weinig bezig met ontspanningsactiviteiten (51.43%).

4.18 Representativiteit van de steekproef

Er is geen cijfermateriaal beschikbaar, zowel nationaal als internationaal, om de representativiteit van deze specifieke steekproef van de Vlaamse revalidatie (revalidanten met voornamelijk neurolocomotorische aandoeningen, gehoor- en of visusproblemen) te bepalen. Bij de start van het onderzoek werd er gevraagd

om een representatieve steekproef te rekruteren voor het onderzoek. De exclusiecriteria waren beperkt tot leeftijd (-15 of 65+) en comateuze revalidanten. Op basis van de analyses en na gesprekken met vertegenwoordigers van de sector kan echter geconcludeerd worden dat de steekproef niet representatief is voor de populatie die zorg krijgt in de revalidatiesector. De deelnemers gaven aan dat de huidige versie afnemen bij revalidanten die niet eerder gekend waren (intake), niet haalbaar was. Hiervoor was het instrument te uitgebreid en een afname zou volgens de zorgverleners de therapeutische relatie in gevaar brengen.

Veel informatie werd bevroegd bij de revalidant. De revalidant moest daarom fysiek en cognitief in staat zijn om een diepgaand gesprek (zeker niveau van zelfreflectie) te voeren. Het netwerk was niet voldoende beschikbaar om de nodige informatie te geven voor een uitgebreid assessment. De deelnemers hebben daarom bewust revalidanten met communicatieproblemen niet geselecteerd. Over deze revalidanten hadden ze te weinig informatie voorhanden, de communicatieproblemen waren te uitgebreid en niet alle items waren volgens hen observeerbaar.

Ook revalidanten die het Nederlands niet machtig zijn, werden door de zorgverleners geëxcludeerd. De items in het BelRAI Revalidatie instrument vragen te veel diepgang en mate van detail. De terminologie stond volgens de zorgverleners ook nog niet op punt. Bijgevolg was een gesprek met niet-Nederlandstalige revalidanten en/of familie niet haalbaar.

Deze extra exclusiecriteria werden op eigen initiatief door de zorgverleners gehanteerd, zonder overleg met de onderzoekers. Door de specifieke rekrutering is de steekproef niet representatief voor de Vlaamse revalidatiesector (doelgroep 15-65-jarigen).

Weinig voorzieningen zijn erin geslaagd om meer dan vijf revalidanten te includeren. Enkel de voorzieningen die meerdere instrumenten hebben ingevuld (zes en meer), hebben geprobeerd om revalidanten met complexere zorgnoden te rekruteren.

Analyse van de BelRAI Revalidatie data: missing values

De hoeveelheid missing values of items die niet ingevuld zijn, is relevant om de betrouwbaarheid van de data in te schatten. Hoe lager het aantal missing values, hoe beter het item of de sectie/module/elaboratiemodule werd ingevuld.

Het aantal missing values kan bekeken worden op sectie/module/elaboratiemodule niveau, op niveau van elke individuele revalidant (BelRAI Revalidatie instrument) en op itemniveau.

5 BelRAI Revalidatie instrumenten: missing values op sectie/(elaboratie)module niveau

De drie secties met het laagste aantal missing values zijn *sectie E Stemming en Gedrag*, *sectie J Gezondheidstoestand* en *sectie D Communicatie, Visus en Gehoor*. De modules met het laagste aantal missing values zijn *modules 13 Beoordeling van de leefomgeving* en *5 Uitbreiding Geweld*. Bij de elaboratiemodules heeft de elaboratiemodule *tolk* het laagst aantal missing values.

Secties W Beoordelingsinformatie, *V Ontslagmogelijkheden en Algemene Toestand* en *N Behandelingen en Procedures* zijn de drie secties met het hoogste aantal missing values. Nochtans bestaan ze grotendeels uit verplichte items. De deelnemers lieten weten dat men niet wist wanneer *sectie B Intake en Voorgeschiedenis* en *Sectie V Ontslagmogelijkheden en Algemne Toestand* ingevuld moesten worden. *Sectie N Behandelingen en Procedures* bevat een aantal items waarbij de therapietijd in dagen en minuten ingevuld moet worden, wat men als irrelevant beschouwde en bijgevolg niet kwaliteitsvol invulde. Van

Sectie W Beoordelingsinformatie vinden de deelnemers dat deze automatisch ingevuld zou moeten worden. De onderzoekers vermoeden dat de papieren versie en ook de lengte van het instrument een verklaring bieden voor het aantal missing values en voor de reacties op deze secties. Een grootschaligere digitale testing met een korter instrument zou deze hypothese moeten bevestigen of ontcrachten.

De elaboratiemodule met het hoogste aantal missing values is de module met items over aandachtsstoornissen. Van alle modules/secties heeft *Module 12 Behandelingen en Procedures: uitbreiding* het hoogste aantal missing values gevolgd door *module 17 Uitbreiding Type Actief Arbeidsmarkt* en *Module 14 Uitbreiding Opleiding en Onderwijs*. *Module 6 Spiritualiteit*, *Module 2 Uitbreiding Intellectuele Beperking*, *Elaboratiemodule tolk*, *Module 5 Uitbreiding Geweld*, en *Module 13 Uitbreiding Beoordeling van de Leefomgeving* hebben de laagste aantallen missing values. Ook dit resultaat is opvallend gezien het om nieuwe, nog niet gevalideerde items gaat. Uit de intervisie (zie hoofdstuk 4) blijkt ook dat het gebruik van de modules niet helemaal duidelijk was.

5.1 Missing values per instrument en het gebruik van de modules

Het aantal missing values kan tevens bekeken worden op instrument- of revalidantniveau. Het laagste aantal missing values in een assessment is 0.89%, het hoogste aantal is 45.63%. 70.48% (31 revalidanten) van de assessments hadden een missing percentage van 15.00% of lager.

Tabel 33 Percentages missing values per ingevuld instrument, n=105.

	Frequentie	%	Cumulatieve %
0 - 5.00%	21	20	20
5.01 - 10.00%	22	20.95	40.95
10.01 - 15.00%	31	29.52	70.48
15.01 - 20.00%	13	12.38	82.86
20.01 - 25.00%	6	5.71	88.57
25.01 - 30.00%	2	1.90	90.48
30.01 - 35.00%	2	1.90	92.38
35.01 - 40.00%	2	1.90	94.29
40.01 - 45.00%	5	4.76	99.05
45.01 - 50.00%	1	0.95	100
Totaal	105	100	

Bij vier revalidanten werden de elaboratiemodules (inclusief bijhorende elaboratiemodules) zo goed als volledig ingevuld (99.08%; 99.38%, 100%, 100%). Vermoedelijk hadden de zorgverleners niet begrepen dat de modules niet verplicht ingevuld moesten worden. Bij 56.19% of 59 revalidanten werden de elaboratiemodules voor 50% of minder ingevuld. Bij 28 revalidanten (26.67%) is dit zelfs 20% of minder. Als we geen rekening houden met de elaboratieitems worden verwijderd, is 60.95% van de instrumenten voor 50% of minder ingevuld. Deze cijfers bevestigen de input van de deelnemers dat het gebruik van de modules niet even duidelijk was, maar ook dat een aantal aspecten in de modules voor specifieke revalidanten wel degelijk relevant zijn.

We bekijken vervolgens op een pragmatische manier de kwalitatieve informatie en hoe goed een item is ingevuld. Het exacte cijfer is hierbij niet van belang, maar de grootorde van het cijfer. Vervolgens kijken we naar de extreme waarden. Tabel 54 geeft weer dat de *Elaboratiemodule tolk* het meeste is leeg gelaten, tegelijkertijd nooit onvolledig is ingevuld en geen missing values heeft. Hierbij kan gesteld worden dat, als deze module wordt gebruikt, deze goed wordt gebruikt.

Elaboratiemodule Inzicht en *Elaboratiemodule Prognose* zijn het vaakst 'niet relevant' bevonden. Modules 15 en 17 zijn het meest at random ingevuld. De relevantie van deze modules is voor de invullers niet duidelijk.

Tabel 54 Focused codering van 105 instrumenten

	Ingevuld	Onvolledig ingevuld	Leeg gelaten	Niet van toepassing volgens de assessor	Doorstreept door assessor	Onduidelijk, verschillend in gebruik	Missing
Sectie 0: Onderzoeksinformatie	81.90	16.19	0.95	0	0	0	0.95
Sectie A	94.29	4.76	0	0	0	0	0.95
Sectie B	82.86	16.19	0.95	0	15.24	0	0
Elaboratie-module tolk	7.62	0	76.19	0	15.24	0.95	0
Module 1 incl. elaboratiemodules acute zorg en post acute zorg 1	34.29	16.19	29.52	3.81	16.19	0	0
Module 2	60	0.95	25.71	1.90	10.48	0.95	0
Elaboratiemodule IQ	32.38	49.52	0	1.90	14.29	0.95	0.95
Sectie C	93.33	1.90	0.95	0	2.86	0	0.95
Elaboratiemodule soorten aandachtsstoornissen	36.19	0	41.90	1.90	19.05	0	0.95
Elaboratiemodule herkeningsstoornis	41.90	0	43.81	1.90	11.43	0	0.95
Module 3 incl. Elaboratiemodules perceptie van smaak, perceptie van geur, perceptie; en auditieve perceptie	57.14	13.33	20	0.95	7.62	0.95	0
Sectie D	98.10	0	0.95	0	0	0	0.95
Elaboratiemodule gebruikt hoorhulpmiddel	21.90	0	63.81	0	13.33	0	0.95
Elaboratiemodule gehoor	20.95	10.48	51.43	0	13.33	2.86	0.95

Hoofdstuk 3

Elaboratiemodule visus	32.38	3.81	46.67	1.90	11.43	2.86	0.95
Module 4	59.05	5.71	28.57	0.95	3.81	0.95	0.95
Sectie E	95.24	1.90	0.95	0.95	0	0	0.95
Elaboratiemodule indicatoren	60.95	1.90	29.52	0	5.71	0.95	0.95
Elaboratiemodule inzicht incl. elaboratiemodule inzicht - inschatting	47.62	1.90	36.19	5.71	7.62	0	0.95
Module 5	40.95	0	42.86	2.86	11.43	0	1.90
Sectie F	90.48	7.62	0.95	0	0	0	0.95
Elaboratiemodule sterke punten	54.29	29.52	0	2.86	12.38	0	0.95
Elaboratiemodule rouw partner en/of gezin	73.33	2.86	16.19	0	6.67	0	0.95
Module 6	65.71	0	24.76	1.90	6.67	0	0.95
Module 7	55.24	6.67	26.67	1.90	7.62	0.95	0.95
Module 8	60.00	4.76	24.76	2.86	6.67	0	0.95
Sectie G	89.52	7.62	0.95	0	0	0.95	0.95
Elaboratiemodule oriëntatie	52.38	14.29	26.67	0.95	2.86	1.90	0.95
Elaboratiemodule besturen	27.62	0	60.95	0	10.48	0	0.95
Elaboratiemodule rijgeschiktheidsattest	45.71	0.95	47.62	0	4.76	0	0.95
Module 9	60.00	3.81	22.86	1.90	10.48	0	0.95
Module 10	49.52	13.33	22.86	0.95	11.43	0.95	0.95
Sectie H	85.71	7.62	3.81	0	0	1.90	0.95
Elaboratiemodule incontinentie	52.38	0.95	32.38	0.95	12.38	0	0.95
Sectie I	92.38	4.76	0.95	0	0.95	0	0.95
Sectie J	92.38	4.76	0	0	0.95	0	1.90
Elaboratiemodule vallen	53.33	0	35.24	0	10.48	0	0.95
Elaboratiemodule prognose	33.33	0.95	40.00	1.90	21.90	0.95	0.95

Elaboratiemodule middelengebruik 1	44.76	0	41.90	0.95	11.43	0	0.95
Elaboratiemodule middelengebruik 2	35.24	1.90	47.62	0.95	13.33	0	0.95
Module 11	69.52	3.81	13.33	1.90	9.52	0.95	0.95
Sectie K	93.33	1.90	0.95	0	1.90	0.95	0.95
Sectie L	86.67	5.71	0.95	0.95	2.86	1.90	0.95
Sectie M	93.33	1.90	1.90	0	0.95	0.95	0.95
Sectie N	83.81	9.52	1.90	0	0	3.81	0.95
Elaboratiemodule Behandelingen en diensten bij ontslag	55.24	3.81	33.33	0.95	5.71	0	0.95
Elaboratiemodule therapietrouw	20.95	0.95	61.90	1.90	13.33	0	0.95
Module 12	19.05	6.67	54.29	0.95	17.14	0.95	0.95
Sectie O	90.48	1.90	3.81	0	1.90	0.95	0.95
Elaboratiemodule 1 sectie O	28.57	14.29	45.71	0.95	8.57	0.95	0.95
Elaboratiemodule 2 sectie O	25.71	2.86	59.05	0	11.43	0	0.95
Sectie P	89.52	2.86	2.86	1.90	0	1.90	0.95
Module 13	48.57	6.67	31.43	0.95	10.48	0.95	0.95
Elaboratiemodule toegankelijkheid	44.76	0	40.95	0.95	12.38	0	0.95
Sectie Q	91.43	3.81	3.81	0	0	0	0.95
Elaboratiemodule getraind dier	69.52	0	26.67	0	2.86	0.95	0
Sectie R	91.43	3.81	3.81	0	0	0	0.95
Module 14	45.71	15.24	26.67	1.90	7.62	1.90	0.95
Elaboratiemodule rekt niet graag	25.71	0	62.86	1.90	7.62	0.95	0.95
Elaboratiemodule leest niet graag	27.62	0	60.95	1.90	7.62	0.95	0.95
Elaboratiemodule bijzonder onderwijs	12.38	1.90	67.62	0.95	15.24	0.95	0.95

Hoofdstuk 3

Module 15	29.52	9.52	39.05	1.90	13.33	5.71	0.95
Elaboratiemodule arbeidshandicap incl. elaboratiemodule BTOM en BTOM tolk	14.29	5.71	60.95	0.95	15.24	0.95	1.90
Module 16	48.57	4.76	32.38	0.95	11.43	0	1.90
Elaboratiemodule soort steun	36.19	7.62	40.00	2.86	11.43	0	1.90
Module 17	26.67	21.90	35.24	0	8.57	5.71	1.90
Elaboratiemodule 1 module 17	24.76	0	59.05	0	14.29	0	1.90
Elaboratiemodule 2 module 17	21.90	0	63.81	0	12.38	0	1.90
Elaboratiemodule 3-6 module 17	23.81	8.57	50.48	0.95	13.33	0.95	1.90
Module 18 incl. elaboratiemodules 1-3	9.52	20.95	51.43	1.90	12.38	1.90	1.90
Sectie S	89.52	4.76	3.81	0	0	0	1.90
Module T	47.62	13.33	24.76	2.86	7.62%	1.90	1.90
Module U	61.90	2.86	22.86	1.90	8.57	0	1.90
Sectie V	31.43	32.38	29.52	0	2.86	1.90	1.90
Elaboratiemodule ontslag	19.05	1.90	64.76	0.95	10.48	0	2.86
Sectie W	27.62	33.33	36.19	0	0	0	2.86

Men moet hierbij steeds voor ogen houden dat de steekproef niet representatief is en we dus voorzichtig moeten zijn met de conclusies die we formuleren op basis van de analyses.

5.2 De extremen

Voor het aantal missing values kan ook gekeken worden naar het sectieniveau en naar het revalidantniveau. We kunnen kijken naar de 10% best en de 10% slechts ingevulde items op revalidantniveau (staarten).

Rekening houdend met het feit dat de steekproef niet representatief is en het feit dat de onderzoeksvraag zich niet richt tot de revalidantenoutput of zorgplanning, maar het bijsturen van het instrument op item-niveau, is het relevanter om de extremen op niveau van de items dan op het niveau van de revalidanten te bekijken. Bijgevolg is de cutoff verplaatst van 10% van de instrumenten naar 10% van de items, georganiseerd van hoog naar laag van het item met het minste missing values naar het item met de meeste missing values.

5.3 Missing values op item niveau

De *Elaboratiemodule 'Soorten aandachtstoornissen'* heeft het hoogste aantal missing values (van 33 valide instrumenten). De deelnemers gaven aan dat de items in de *Elaboratiemodule 'Soorten aandachtstoornissen'* relevant zijn, maar qua uitwerking niet voldeden. Vervolgens hebben items uit sectie V (V3 '*Laatste dag van zorgverlening*', V9 '*Deskundige zorgen door, of onder supervisie van, gediplomeerde zorgverleners*', V11 '*Beslissing van ontslag is genomen*', V12 '*Persoon vertrok tegen medisch advies in*'), Sectie W '*Beoordelingsinformatie*' en N3 '*Formele zorgverlening*' (dagen en minuten, laatste 7 dagen) een hoog aantal missing values.

Van de 618 core items heeft het item F6b '*Arbeidsreïntegratie: ondersteuning en opleiding - originele gezin*' het hoogst aantal missing values (24.76%) gevolgd door O3 '*Mantelzorgers voor de persoon - Relatie tot de persoon - Mantelzorger 2*' met 23.81% (ectie W, V en N buiten beschouwing gelaten).

D6 '*Zichtvermogen*' heeft het laagste aantal missing values van de core items. Dit resultaat is opvallend gezien de deelnemers over item D4 '*Hoorvermogen (met hoorhulpmiddel indien gebruikt)*' en item D6 '*Zichtvermogen*' de feedback gaven dat deze items onvoldoende de werkelijkheid weergeven. Bijgevolg is de mate van invulling (niet-missing) geen sluitend aanknopingspunt voor het bijsturen van het instrument.

Als de 112 items worden bekeken met het laagste aantal missing values, is het opvallend dat 54 van die items (48.21%) volledig nieuwe items en dus niet eerder gevalideerde items zijn. De overige 58 items (51.79%) zijn interRAI (core) items.

Geconcludeerd kan worden dat het aantal missing values gedeeltelijk te verklaren is doordat de testing op papier is gebeurd en het instrument nog nieuw is voor de revalidatiesector. Bijgevolg zijn items ingevuld of net niet ingevuld die juist wel of niet hadden ingevuld moeten worden volgens de handleiding. Ook waren de elaboratiemodules en het gebruik van de modules niet voor iedereen even duidelijk. Het is belangrijk om ook de kwalitatieve data te bestuderen om een beter inzicht te krijgen in hoe het instrument wordt gepercipieerd en hoe het verbeterd en verkort kan worden.

6 Verzameling van CVI-vragenlijsten en attitude-schalen

In totaal werden er 13 CVI-vragenlijsten ingevuld door 13 verschillende experts. Verder ontvingen we 122 attitudeschalen.

Tabel 34 Aantal attitudeschalen verwachten en ontvangen tijdens de verschillende BelRAI Revalidatie instrument activiteiten.

	Aantal verwacht op basis van inschrijvingen en aanwezigheden	Aantal gekregen
Informatiesessie	19 ingeschreven, 26 aanwezig	18
Opleiding 18-09-2018	8 ingeschreven en 7 aanwezig	7
Opleiding 19-09-2018	11 ingeschreven en aanwezig	8
Opleiding 28-09-2020	15 ingeschreven en aanwezig	14
Opleiding 11-10-2019	6 ingeschreven en aanwezig	6
Opleiding 19-10-2018	2 ingeschreven en aanwezig	0
Totaal opleiding	42 ingeschreven, 41 aanwezig	35
Focusgroep visuele revalidatie 16-11-2018	7 ingeschreven, 8 aanwezig	4
Focusgroep gehoorrevalidatie 28-11-2018	8 ingeschreven, 9 aanwezig	6
Totaal specifieke focusgroepen	15 ingeschreven, 7 aanwezig	10
Intervisies	40 verwacht, 45 aanwezig	34
Focusgroep 18-02-2019	4 ingeschreven, 5 aanwezig	5
Focusgroep 19-02-2019	9 ingeschreven, 7 aanwezig	7
Focusgroep 22-02-2019	5 ingeschreven en aanwezig	5
Focusgroep 26-02-2019	9 ingeschreven en aanwezig	8
Totaal focusgroepen	40 verwacht, 27 ingeschreven, 26 aanwezig	25
Expertpanel	12 deelnemers, 3 onderzoekers ingeschreven 12 +3 aanwezig (één deelnemer niet ingeschreven, één deelnemer afwezig wegens ziekte)	12
TOTAAL	167 aanwezig	134 ontvangen

7 Attitudeschalen: houding ten opzichte van het instrument

Er zijn 134 attitudeschalen verzameld van 72 personen. Dat aantal lijkt hoog omdat er slechts 45 zorgverleners betrokken waren bij de test van het instrument en er 26 zorgverleners aanwezig waren op het informatiemoment. Van deze laatsten namen er 13 ook deel aan de test. Sommige mensen vulden slechts één keer een schaal in, anderen deden dat op verschillende momenten, bv. bij een focusgroep en bij een interview of bij het expertenpanel.

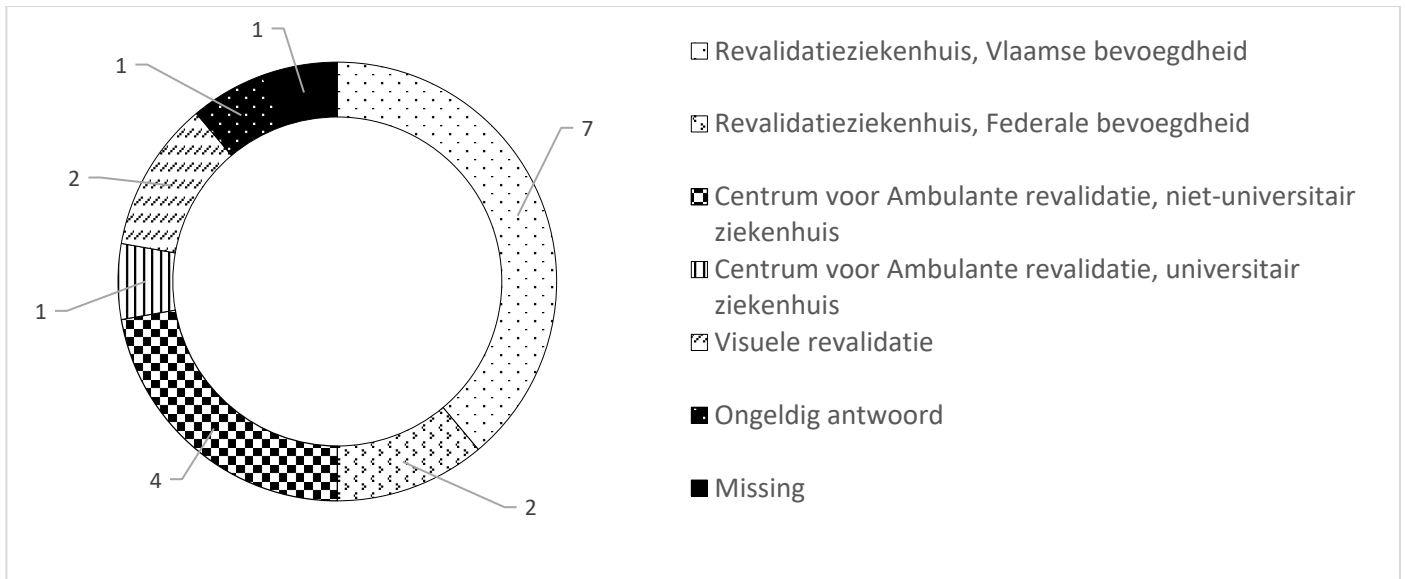
Tabel 35 Overzicht ingediende attitudeschalen per meetmoment in aantal en percentage, n=134

Meetmoment	Frequentie	Percentage
Opleiding 18/09/2018	18	13.43
Opleiding 19/09/2018	7	5.22
Opleiding 28/09/2018	14	10.45
Opleiding 11/10/2018	6	4.48
Opleiding 19/10/2018	0	0
Focusgroep visuele revalidatie 16/11/2018	4	2.99
Focusgroep gehoor revalidatie 28/11/2018	6	4.48
Intervisie november 2018-januari 2019	34	25.37
Focusgroep zorgverleners 18/02/2019	5	3.73
Focusgroep zorgverleners 19/02/2019	7	5.22
Focusgroep zorgverleners 22/02/2019	5	3.73
Focusgroep zorgverleners 26/02/2019	8	5.97
Expertpanel 29/03/2019	12	8.96
Totaal	134	100

Er werden vier groepen of meetmomenten weerhouden voor verdere bespreking: attitude bij de informatiesessie, attitude bij de interviewmomenten, attitude bij de focusgroepen en de attitude van het expertenpanel.

7.1 Attitude van de zorgverleners of de deelnemers in het algemeen aan de start van het onderzoek (informatiesessie)

Er werden 18 attitudeschalen geanalyseerd die ingevuld werden door de zorgverleners. Veertien zorgverleners zijn vrouwen, 11 zorgverleners werken in een functie die overeenkomt met hun basisopleiding (eventueel met specialisatie), twee zorgverleners werken in een functie van leidinggevende of hoofd van een afdeling, twee zorgverleners werken in het middenkader, maar zijn geen diensthoofd, één zorgverlener heeft een functie in het directiecomité en één zorgverlener vulde de functie niet in. Twee zorgverleners geven een tweede functie aan, met name hoofd van de afdeling (anders dan leidinggevende) en middenkader anders dan diensthoofd.



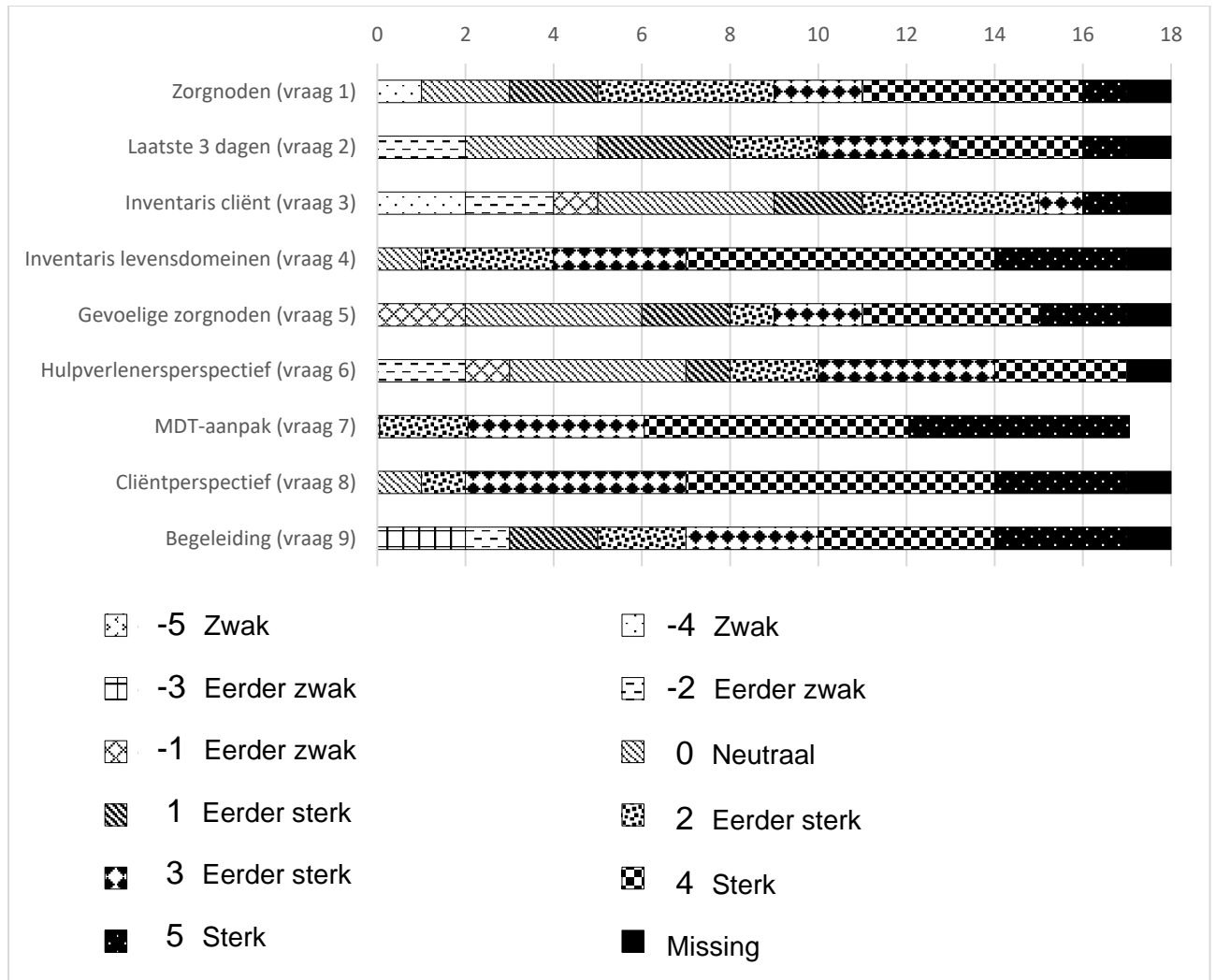
Figuur 52 Deelnemende type organisaties die een attitudemeting hebben ingevuld tijdens de informatiesessie, n=18, missing=5.56%.

7.1.1 Thema 1: Doel, inhoud en het gebruik van het instrument

Uit de attitudeschalen die ingevuld werden tijdens de informatiesessie blijkt over het algemeen, met enkele uitzonderingen, een positieve attitude ten opzichte van het doel, de inhoud en het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument. Geen enkele vraag werd met -5 of 'zwakte' beantwoord. Eén zorgverlener ervoer 'Zorgnoden' (vraag 1) van de revalidant als een -4, wat toch ook eerder een zwakte is en twee zorgverleners zagen het 'Inventariseren van levensdomeinen' (vraag 3) als een -4. Twee zorgverleners ervoeren 'Begeleiding' (vraag 9) als een '-3 Tussen zwakte en neutraal'. Twee zorgverleners zagen 'de laatste drie dagen' (vraag 2), 'inventaris revalidant' (vraag 3) en 'hulpverlenersperspectief' (vraag 6) als een '-2', wat eerder zwak is. Eén zorgverlener ervaart 'begeleiding' (vraag 9) als -2.

Tabel 36 Uitgebreide legende van de x-as (Thema 1)

Subthema	Vraag en beschrijving
Zorgnoden (vraag 1)	1. Het BelRAI Revalidatie instrument brengt de zorgnoden van revalidanten in kaart.
Laatste 3 dagen (vraag 2)	2. Het BelRAI Revalidatie instrument geeft een overzicht van de zorgnoden van de revalidant m.b.t. de laatste 3 dagen (tenzij anders vermeld).
Inventaris revalidant (vraag 3)	3. Het BelRAI Revalidatie instrument inventariseert in mindere mate de sterktes en de mogelijkheden van de revalidant.
Inventaris levensdomeinen (vraag 4)	4. Het BelRAI Revalidatie instrument inventariseert de zorgnoden van de revalidant die tussen 18 en 65 jaar oud is op verschillende levensdomeinen.
Gevoelige zorgnoden (vraag 5)	5. Het BelRAI Revalidatie instrument inventariseert ook zorgnoden m.b.t. domeinen die gevoelig kunnen liggen voor de revalidant.
Hulpverlenersperspectief (vraag 6)	6. Het BelRAI Revalidatie instrument inventariseert de zorgnoden van de revalidant voornamelijk vanuit het hulpverlenersperspectief.
MDT-aanpak (vraag 7)	7. Het invullen van het BelRAI Revalidatie instrument vraagt om een multidisciplinaire aanpak (in het eigen team of over teams heen die allen betrokken zijn bij de zorg voor een bepaalde revalidant).
Revalidantperspectief (vraag 8)	8. Het invullen van het BelRAI Revalidatie instrument vraagt om het revalidantenperspectief mee te nemen in de scoring.
Begeleiding (vraag 9)	9. Om het BelRAI Revalidatie instrument te kunnen invullen is het nodig dat de hulpverleners de revalidant reeds enkele weken in begeleiding heeft.



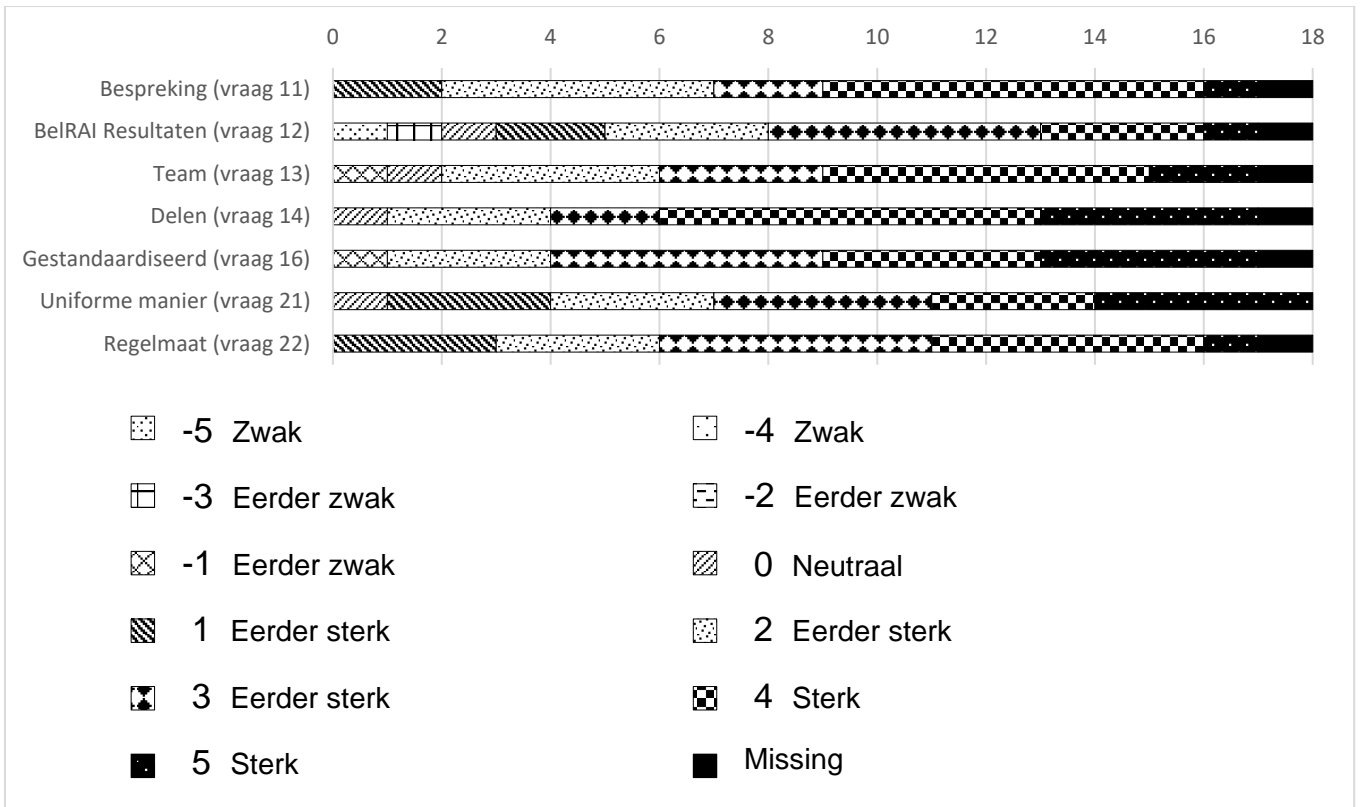
Figuur 53 Overzicht thema 1 ‘Doel, inhoud en het gebruik van het instrument’ aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.

7.1.2 Thema 2: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

Zorgverleners hebben ook een positieve attitude ten opzichte van de ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning) met behulp van het BelRAI Revalidatieinstrument. Eén zorgverlener ziet *de 'Berekening van de BelRAI resultaten'* (vraag 11) als een -5, wat erg zwak is, één andere zorgverlener scoort deze vraag als een -3 (eerder zwak) en één zorgverlener scoort deze vraag met '0 Neutrale houding'. *'Software gebruiken in het team'* (vraag 13) en *'BelRAI is gestandaardiseerd'* (vraag 16) worden telkens door één zorgverlener gescoord met een -1.

Tabel 37 Uitgebreide legende van de x-as (Thema 2)

Subthema	Vraag en beschrijving
Bespreking (vraag 11)	11. De bespreking van de BelRAI resultaten met de revalidant geeft de revalidant informatie over de zorgnoden die met het BelRAI instrumentarium worden bevraagd.
BelRAI Resultaten (vraag 12)	12. BelRAI resultaten (CAP's en de zorgschalen) bieden hulpverleners handvatten om wetenschappelijk onderbouwde behandel- of begeleidingsplannen op te maken.
Team (vraag 13)	13. De achterliggende software maakt het mogelijk dat andere hulpverleners uit hetzelfde team of uit een andere organisatie, worden uitgenodigd om een deel van de instrumenten in te vullen.
Delen (vraag 14)	14 De achterliggende software maakt het mogelijk dat BelRAI resultaten gedeeld worden met andere hulpverleners met wie de revalidant een therapeutische relatie heeft.
Gestandaardiseerd (vraag 16)	16. BelRAI is een gestandaardiseerd assessment systeem.
Uniforme manier (vraag 21)	21. Alle BelRAI instrumenten die in verschillende soorten voorzieningen uit de gezondheids- en welzijnssector gebruikt worden bevragen zorgnoden op een uniforme manier.
Regelmaat (vraag 22)	22. BelRAI laat toe de evolutie van de zorgnoden van een revalidant te inventariseren door de BelRAI instrumenten regelmatig in te vullen.



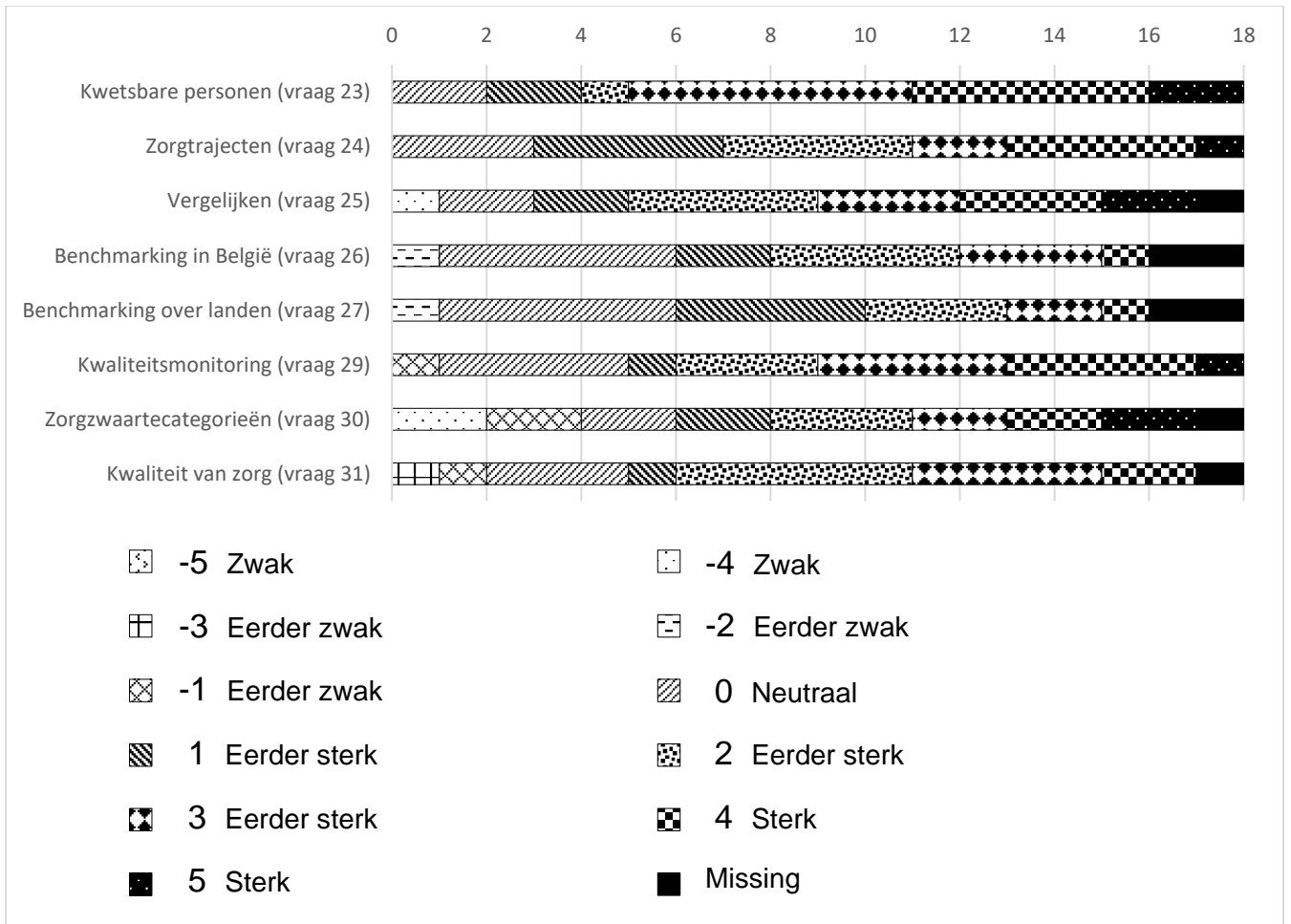
Figuur 54 Overzicht thema 2 'De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.

7.1.3 Thema 3: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

Ook voor thema 3 ‘Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën’ zijn er voornamelijk neutrale tot positieve houdingen waar te nemen. Eén zorgverlener scoort ‘Vergelijken’ (vraag 25) als een -4 (zwak). Telkens één zorgverlener scoort op ‘Benchmarking in België’ (vraag 26) en ‘Benchmarking over landen heen’ (vraag 27) een -2 (eerder zwak). Ook op ‘Kwaliteitsmonitoring’ (vraag 29) en ‘Meting van zorg’ (vraag 31) scoort telkens één zorgverlener een ‘-1’. Op ‘Meting van zorg’ (vraag 31) scoort één zorgverlener ‘-3’ (eerder zwak). Twee zorgverleners scoren telkens op ‘Zorgzwaartecategorieën’ (vraag 30) met een ‘-4’ (zwak) en met een -1.

Tabel 38 Uitgebreide legende van de x-as (Thema 3)

Subthema	Vraag en beschrijving
Kwetsbare personen (vraag 23)	23. BelRAI laat toe om groepen van kwetsbare personen te karakteriseren m.b.t. hun zorgnoden.
Zorgtrajecten (vraag 24)	24. BelRAI laat toe zicht te krijgen op de effectieve zorgtrajecten van deze groepen van kwetsbare personen binnen en buiten de revalidatie.
Vergelijken (vraag 25)	25. BelRAI maakt het mogelijk om revalidantenpopulaties van verschillende diensten in eenzelfde voorziening met elkaar te vergelijken op het vlak van hun zorgnoden.
Benchmarking in België (vraag 26)	26. BelRAI maakt benchmarking tussen regio's in België mogelijk.
Benchmarking over landen heen (vraag 27)	27. BelRAI maakt benchmarking tussen België en andere deelnemende landen mogelijk.
Kwaliteitsmonitoring (vraag 29)	29. De BelRAI instrumenten ondersteunen de kwaliteitsmonitoring.
Zorgzwaartecategorieën (vraag 30)	30. Op basis van de zorgzwaartecategorieën die kunnen berekend worden, laat BelRAI toe de kosten van de zorg voor de voorziening of voor de samenleving in te schatten.
Kwaliteit van zorg (vraag 31)	31. Via BelRAI wordt de kwaliteit van de zorg op het niveau van de voorziening, de regio en het land gemeten aan de hand van data die hulpverleners over revalidanten verzamelen.



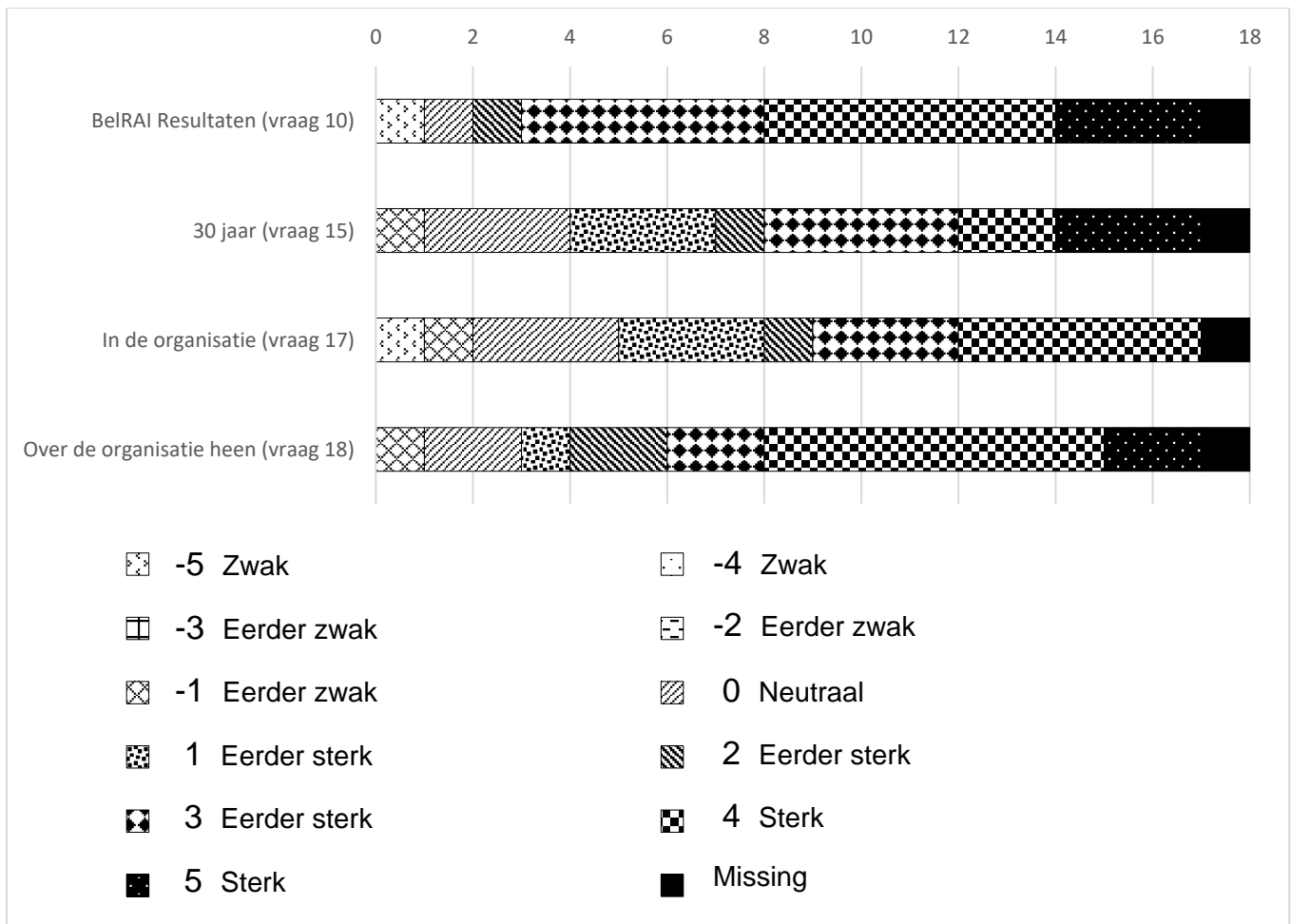
Figuur 55 Overzicht thema 3 'Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.

7.1.4 Thema 4: Software en dossiergebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen

Opvallend is dat op *'BelRAI Resultaten'* (vraag 10) en *'Gebruik van BelRAI in de organisatie'* (vraag 17) een -5 (Zwakte) werd gescoord door telkens één zorgverlener. Niemand scoort op dat item -4 tot -2. Er wordt nog door telkens één zorgverlener '-1' gescoord op *'30 jaar'* (vraag 15), *'In de organisatie'* (vraag 17) en *'Over de organisatie heen'* (vraag 18). De overige zorgverleners scoren een neutrale tot sterk positieve houding wat betreft thema 5 *'Software en dossiergebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen'*.

Tabel 39 Uitgebreide legende van de x-as (Thema 4)

Subthema	Vraag en beschrijving
BelRAI Resultaten (vraag 10)	10. De achterliggende software zorgt ervoor dat – na afronding van de BelRAI beoordeling – automatisch een overzicht van de resultaten (CAP's en zorgschalen) wordt gegenereerd.
30 jaar (vraag 15)	15. BelRAI data – verzameld via de BelRAI 2.0 webapplicatie of via een ander softwaresysteem – worden in de BelRAI database bewaard tot 30 jaar na de laatste aanpassing in het BelRAI dossier van de betreffende revalidant.
Over de organisatie heen (vraag 18)	18. BelRAI kan gebruikt worden als interdisciplinair/multidisciplinair dossier over organisaties heen.



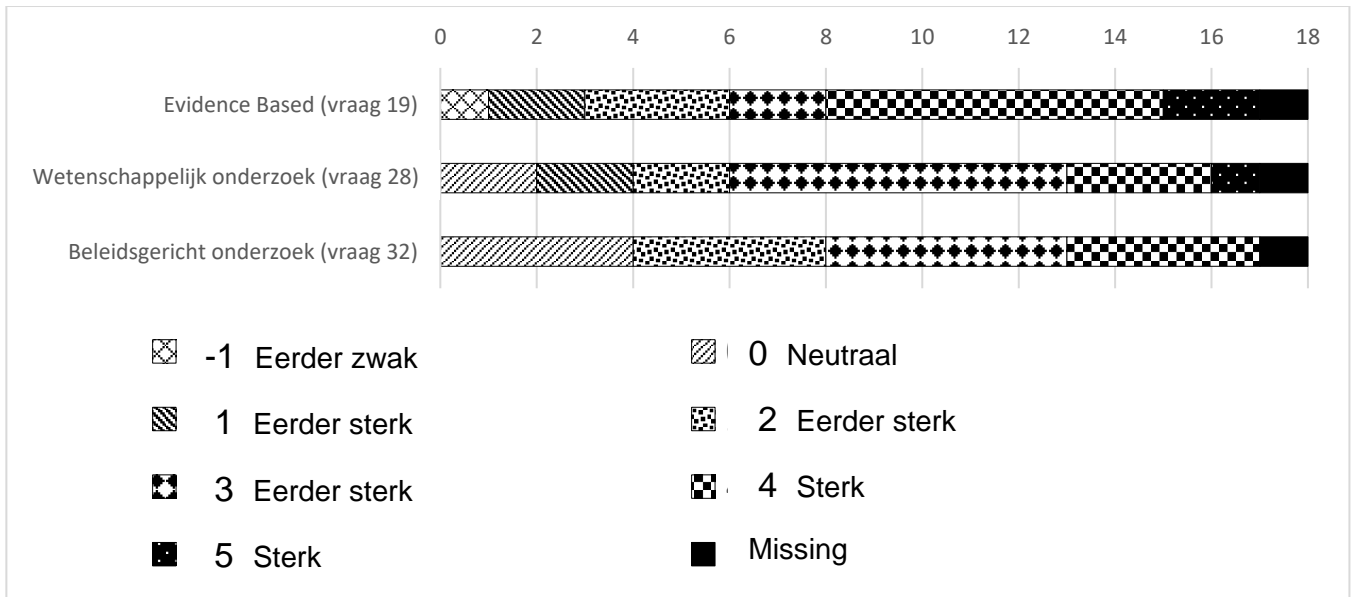
Figuur 56 Overzicht thema 4 *Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen* aan de hand van vier vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.

7.1.5 Thema 5: Evidence based practice (EBP) en onderzoek met BelRAI (Revalidatie)

Er worden geen scores van -2 of lager gevonden op thema 5 *'evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)'*. Eén zorgverlener scoort '-1' op *'Evidence Based'* (vraag 19). Twee zorgverleners geven een '0' (neutraal) op *'Wetenschappelijk onderzoek'* (vraag 28) en vier zorgverleners geven een neutrale score 0 op *'Beleidsgericht onderzoek'* (vraag 32).

Tabel 40 Uitgebreide legende van de x-as (Thema 5)

Subthema	Vraag en beschrijving
Evidence Based (vraag 19)	19. BelRAI is een evidence-based assessment systeem.
Wetenschappelijk onderzoek (vraag 28)	28. BelRAI maakt wetenschappelijk onderzoek mogelijk.
Beleidsgericht onderzoek (vraag 32)	32. Van zodra er longitudinale BelRAI data ter beschikking zijn van grote groepen van revalidanten geeft dit de mogelijkheid om praktijk- en beleidsgerichte onderzoeksvragen te bestuderen.

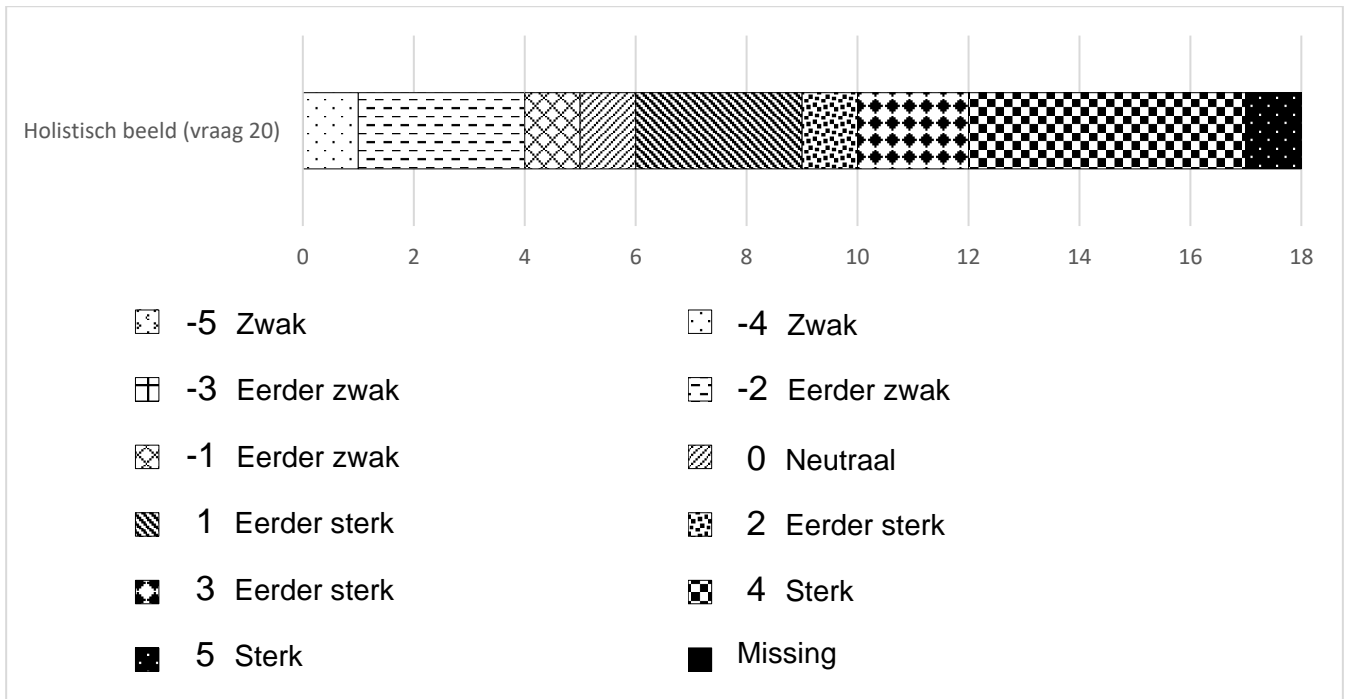


Figuur 57 Overzicht thema 5 ‘evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)’ aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.

7.1.6 Thema 6: ICF

De bevraging van de attitude van de zorgverleners is verspreid over drie delen (Bijlage 2). De bevraging van deel 1 en 2 gebeuren op een schaal van -5.0 tot +5. De bevraging van deel 3 gebeurt op een schaal van -4 tot +4. Bijgevolg zal telkens vraag 20 (deel 2) apart worden besproken.

Telkens één zorgverlener scoort een ‘-1 Neutrale houding’ en een ‘-4 Tussen zwakte en neutraal’ op de vraag of een ‘*volledige ingevulde BelRAI Revalidatie noodzakelijk is om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant*’ (vraag 20) te komen. Drie zorgverleners scoren ‘-2 Tussen zwakte en neutraal’ op dezelfde vraag (vraag 20).

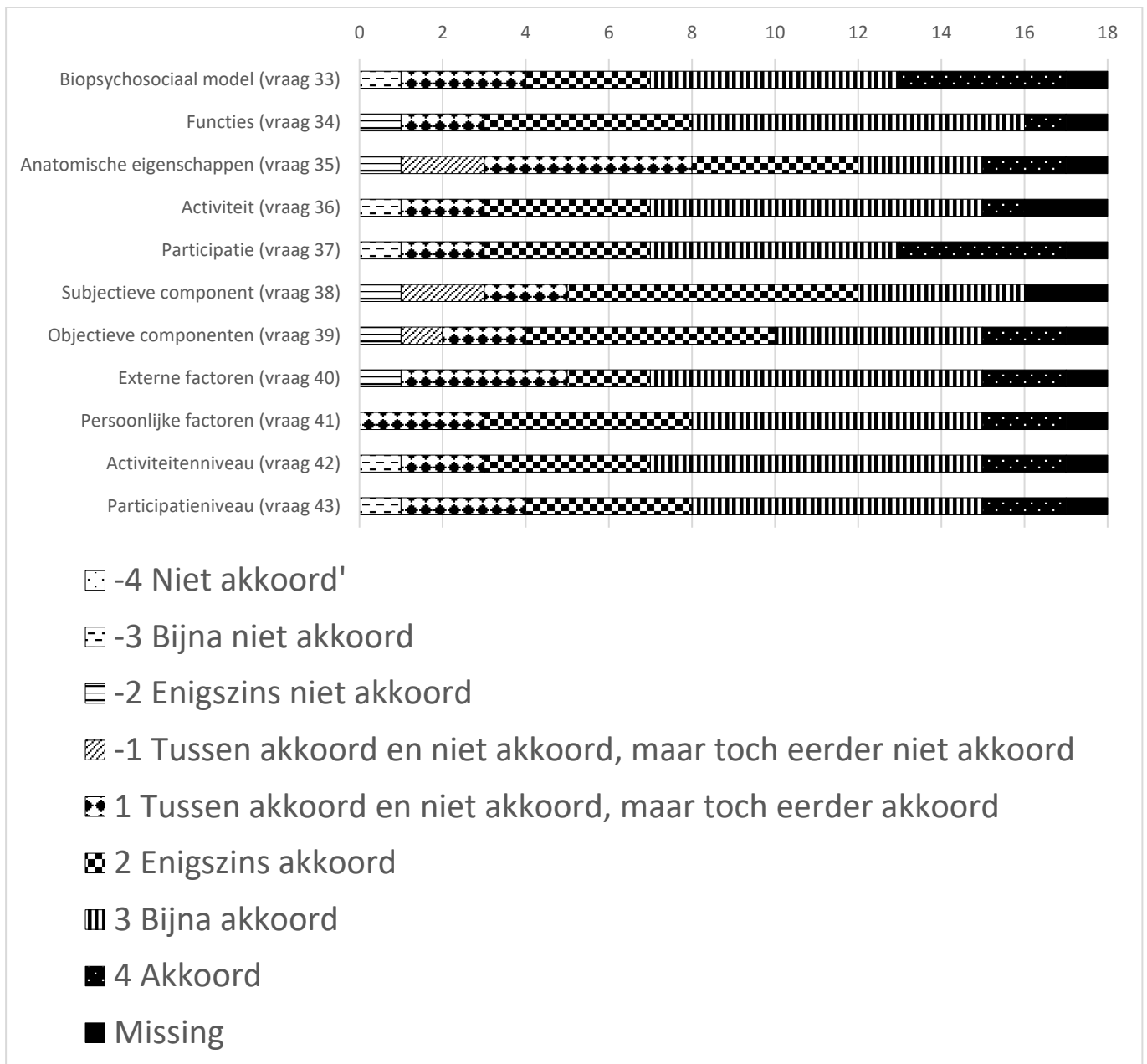


Figuur 58 Vraag 20 ‘Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen’ met antwoordmogelijkheden van -5.0,5, n=18, missing =0% (informatiesessie).

Het laatste gedeelte van de attitudemeting bevat acht stellingen over ICF en de ICF linking. Telkens één zorgverlener scoort ‘-3’ (grotendeels niet akkoord) op ‘*BelRAI Revalidatie en het biopsychosociaal model*’ (vraag 33), ‘*BelRAI Revalidatie en Activiteit*’ (vraag 36), ‘*BelRAI Revalidatie en Participatie*’ (vraag 37), ‘*BelRAI Revalidatie en Activiteitsniveau*’ (vraag 42) en ‘*BelRAI Revalidatie en Participatieniveau*’ (vraag 43). Een gelijkaardig antwoord is van telkens één zorgverlener te vinden met -2 (eerder niet akkoord) op ‘*BelRAI Revalidatie en Functies*’ (vraag 34), ‘*BelRAI Revalidatie en Anatomische eigenschappen*’ (vraag 35), ‘*BelRAI Revalidatie en Subjectieve component*’ (vraag 38), ‘*BelRAI Revalidatie en Objectieve component*’ (vraag 39) en ‘*BelRAI Revalidatie en externe factoren*’ (vraag 40). Eén zorgverlener antwoordt op ‘*BelRAI Revalidatie en Objectieve component*’ (vraag 39) met ‘-1’ (eerder niet akkoord). Twee zorgverleners antwoorden met -1 op ‘*BelRAI Revalidatie en Anatomische eigenschappen*’ (vraag 35) en ‘*BelRAI Revalidatie en Subjectieve component*’ (vraag 38).

Tabel 41 Uitgebreide legende van de x-as (Thema 6)

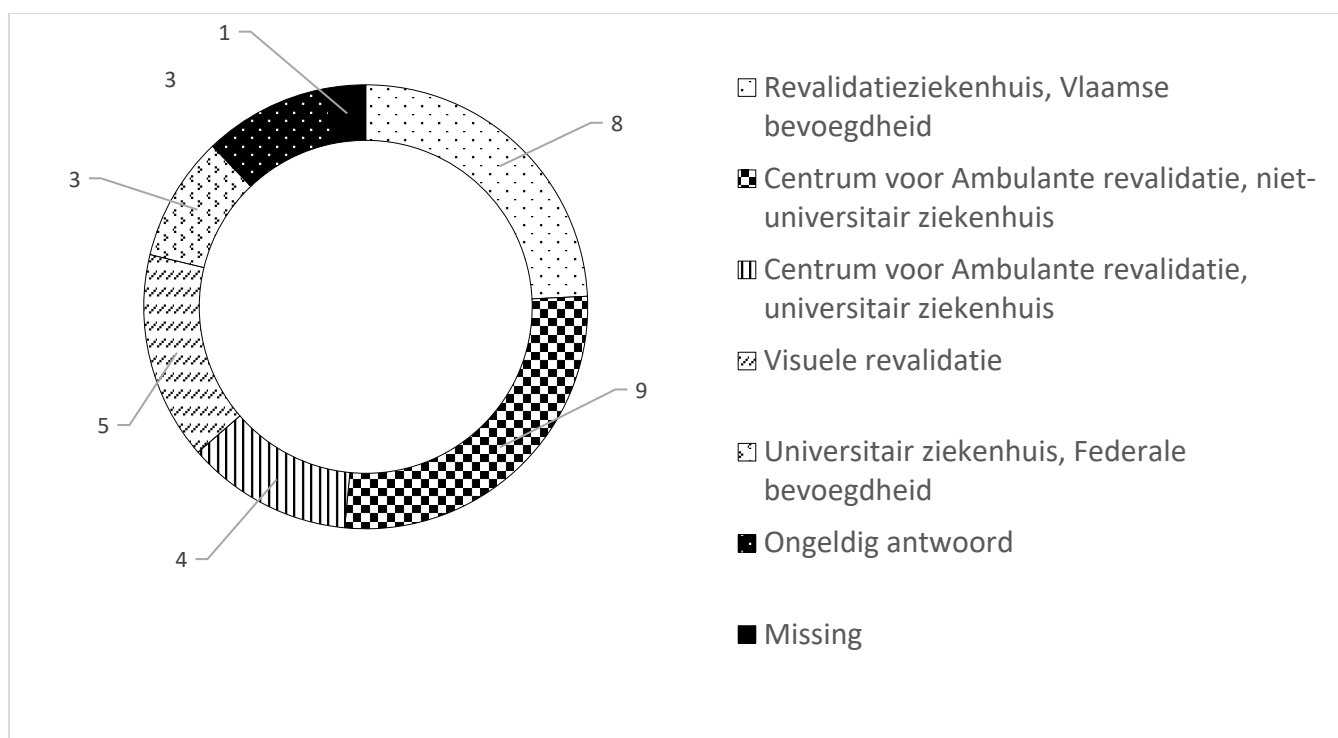
Subthema	Vraag en beschrijving
Holistisch beeld (vraag 20)	20. Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen.
Biopsychosociaal model (vraag 33)	33. Het BelRAI Revalidatie instrument omvat voldoende het biopsychosociale model van de ICF.
Functies (vraag 34)	34. Het BelRAI Revalidatie instrument, als minimum dataset voor de revalidatie, bevat voldoende de ICF-component 'functies'.
Anatomische eigenschappen (vraag 35)	35. Het BelRAI Revalidatie instrument, als minimum dataset voor de revalidatie, bevat voldoende de ICF-component 'anatomische eigenschappen'.
Activiteit (vraag 36)	36. Het BelRAI Revalidatie instrument, als minimum dataset voor de revalidatie, bevat voldoende de ICF-component 'activiteiten'.
Participatie (vraag 37)	37. Het BelRAI Revalidatie instrument, als minimum dataset voor de revalidatie, bevat voldoende de ICF-component 'participatie'.
Subjectieve component (vraag 38)	38. Het BelRAI Revalidatie instrument, als minimum dataset voor de revalidatie, bevat voldoende subjectieve componenten van participatie.
Objectieve componenten (vraag 39)	39. Het BelRAI Revalidatie instrument, als minimum dataset voor de revalidatie, bevat voldoende objectieve componenten van participatie.
Externe factoren (vraag 40)	40. Het BelRAI Revalidatie instrument, als minimum dataset voor de revalidatie, bevat voldoende de ICF-component 'externe factoren'.
Activiteitsniveau (vraag 42)	42. Het BelRAI Revalidatie instrument inventariseert het activiteitsniveau van de revalidant tussen 18 en 65 jaar oud.
Participatieniveau (vraag 43)	43. Het BelRAI Revalidatie instrument inventariseert het participatieniveau van revalidant tussen 18 en 65 jaar oud.



Figuur 59 Overzicht thema 6 'De ICF' aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij de informatiesessie, n=18.

7.2 Attitude van de zorgverleners bij de opleiding

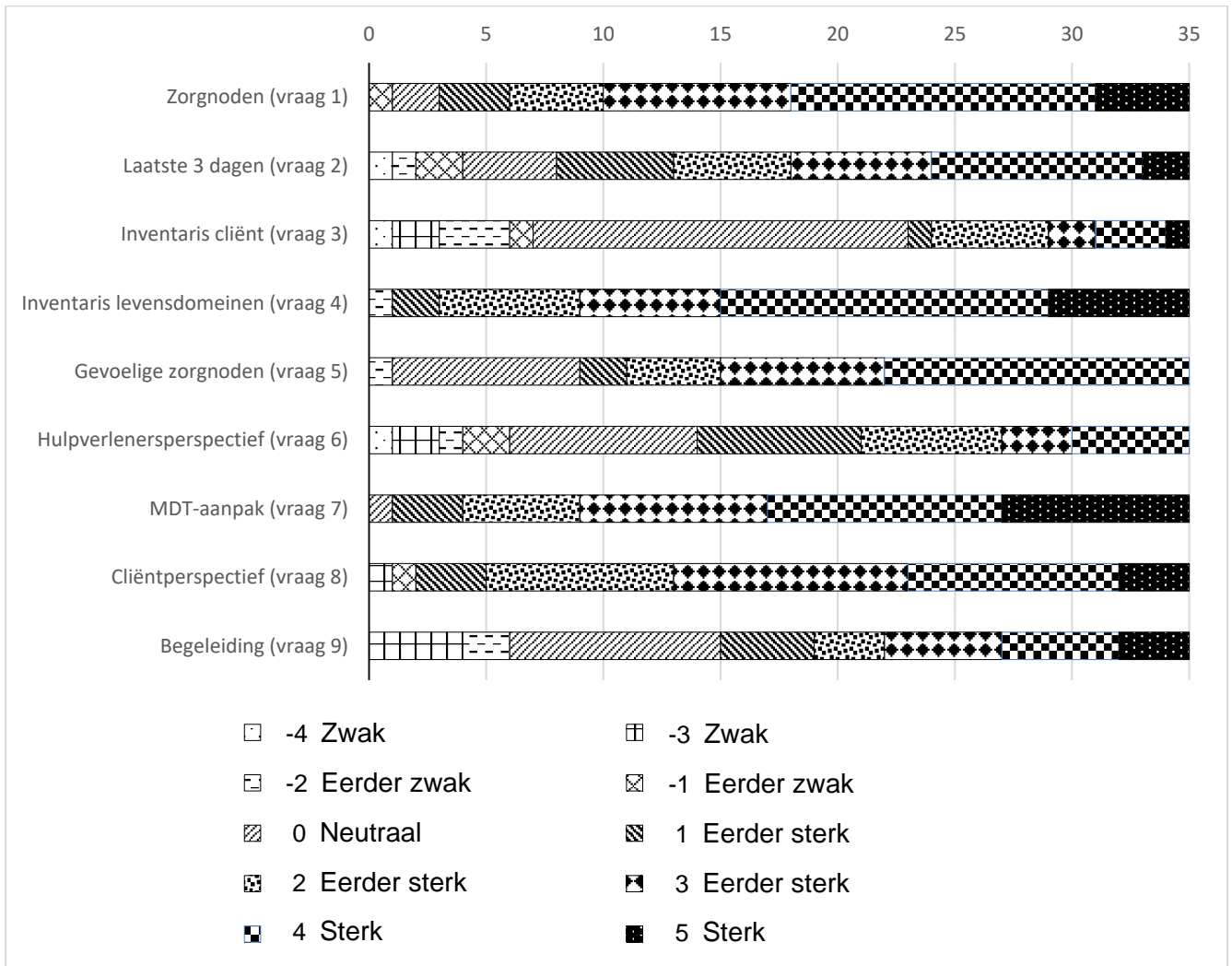
Vijfendertig attitudeschalen werden verzameld tijdens vier van de vijf opleidingsmomenten. Bij het laatste opleidingsmoment werden er geen attitudeschalen verzameld. Dertig zorgverleners (één missing) waren vrouw. Drieëntwintig zorgverleners werken in een functie die overeenstemt met hun basisopleiding (eventueel met specialisatie), zes zorgverleners werken als afdelingshoofd of in andere leidinggevende functie. Vier zorgverleners werken in het middenkader, anders dan diensthoofd en één zorgverlener werkt in een andere functie dan omschreven (2.86% missing). Niemand heeft een tweede functie opgegeven. De zorgverleners werken vooral in een CAR.



Figuur 60 Types van organisaties waarin de deelnemers werken die een attitudemeting hebben ingevuld tijdens de informatiesessie, n=35.

7.2.1 Thema 1: Doel, inhoud en het gebruik van het instrument

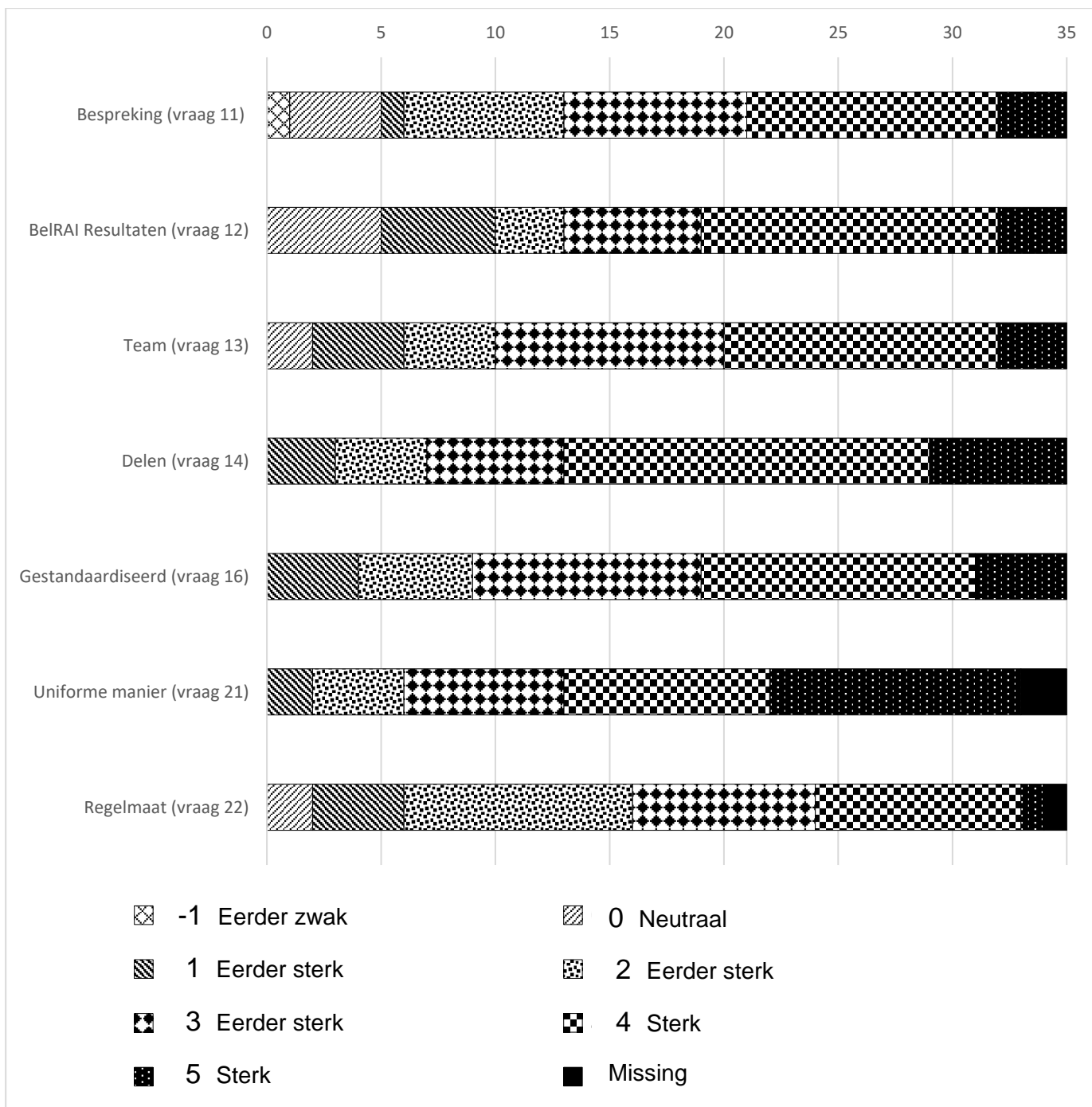
Tijdens de opleiding hebben de zorgverleners over het algemeen een positieve attitude ten opzichte van het doel, de inhoud en het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument. Niemand scoorde een vraag met '-5 Zwakte'. Op 'Laatste 3 dagen' (vraag 2), 'Inventaris revalidant' (vraag 3) en 'Hulpverlenersperspectief' (vraag 6) antwoordt telkens één zorgverlener met -4, wat toch ook zwak is. Telkens twee zorgverleners antwoorden respectievelijk op 'Inventaris revalidant' (vraag 3) en 'Hulpverlenersperspectief' (vraag 6) met -3 (eerder zwak). Eén zorgverlener antwoordt -3 op 'Revalidantperspectief' (vraag 8). Vier zorgverleners scoren 'Begeleiding' (vraag 9) met -3 en twee zorgverleners met -2 (eerder zwak). 'Laatste 3 dagen' (vraag 2), 'Inventaris levensdomeinen' (vraag 4), 'Gevoelige zorgnoden' (vraag 5) en 'Hulpverlenersperspectief' (vraag 6) zijn telkens door één zorgverlener gescoord met -2 (eerder zwak). Drie zorgverleners scoren -2 op 'Inventaris revalidant' (vraag 3). De meeste scores liggen dus tussen neutraal en sterk.



Figuur 61 Overzicht thema 1 'Doel, inhoud en het gebruik van het instrument' aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n= 35, geen missing values.

7.2.2 Thema 2: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

Tijdens de opleiding ervaren de zorgverleners thema 2 'De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)' als neutraal tot (zeer) positief. Eén zorgverlener scoort op 'Bespreking' (vraag 11) een eerder zwakke -1.

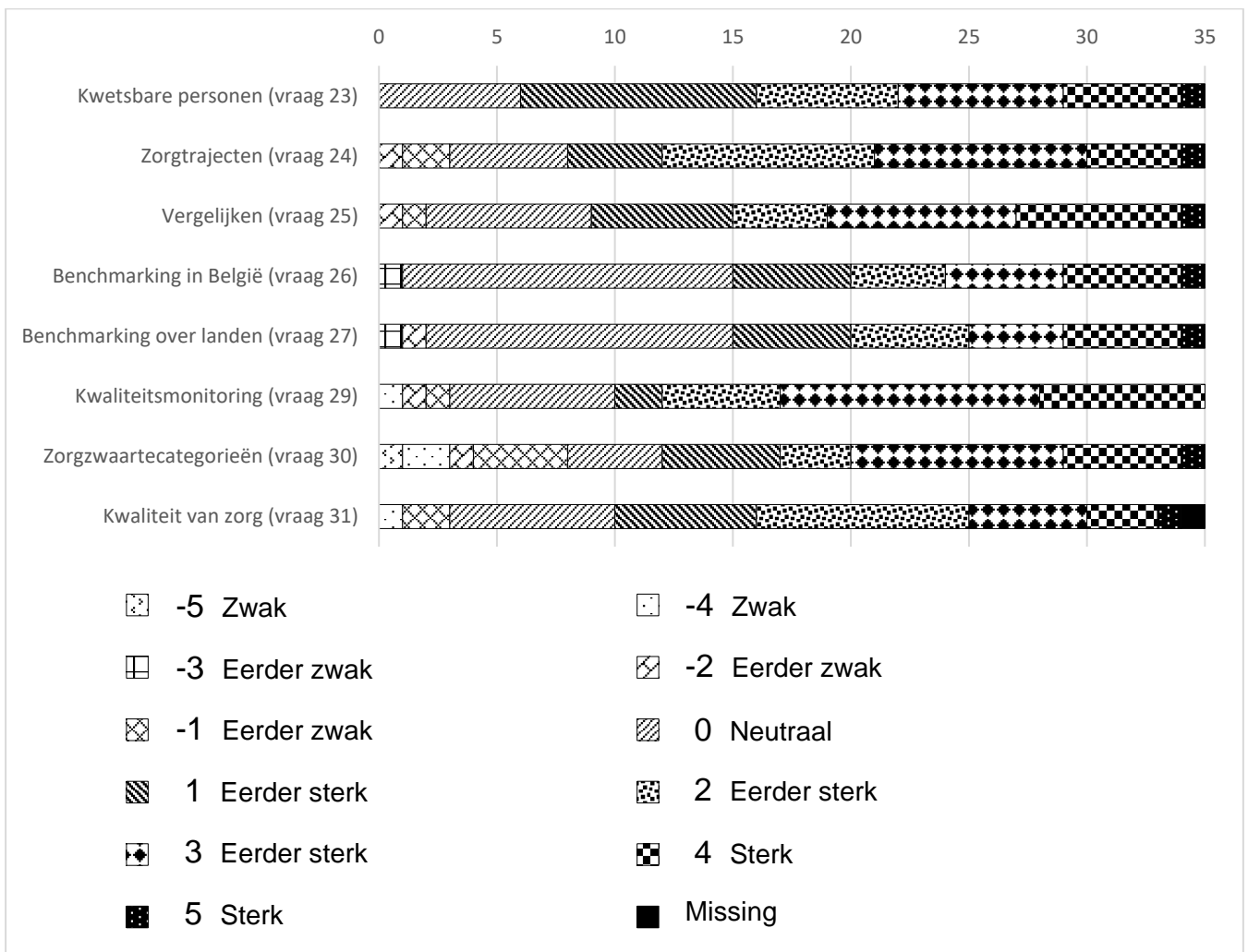


Figuur 62 Overzicht thema 2 'De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.

7.2.3 Thema 3: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

Wat betreft thema 3 'Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën' worden tijdens de opleiding voornamelijk neutrale tot sterk positieve houdingen vastgesteld. Eén zorgverlener ervaart 'Benchmarking in België' (vraag 26) als een zwakte (-5). Telkens één zorgverlener ervaart 'Kwaliteitsmonitoring' (vraag 29) en 'Kwaliteit van zorg' (vraag 31) als een -4 (zwak). Hetzelfde is waar voor twee zorgverleners en 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30). Telkens één zorgverlener ervaart 'Benchmarking in België' (vraag 26) en 'Kwaliteitsmonitoring' (vraag 29) als een eerder zwakke -3. Er wordt telkens door één zorgverlener -2 (eerder zwak) gescoord op 'Zorgtrajecten' (vraag 24), 'Vergelijken' (vraag 25), 'Benchmarking over landen' (vraag 27), 'Kwaliteitsmonitoring' (vraag 29) en 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30).

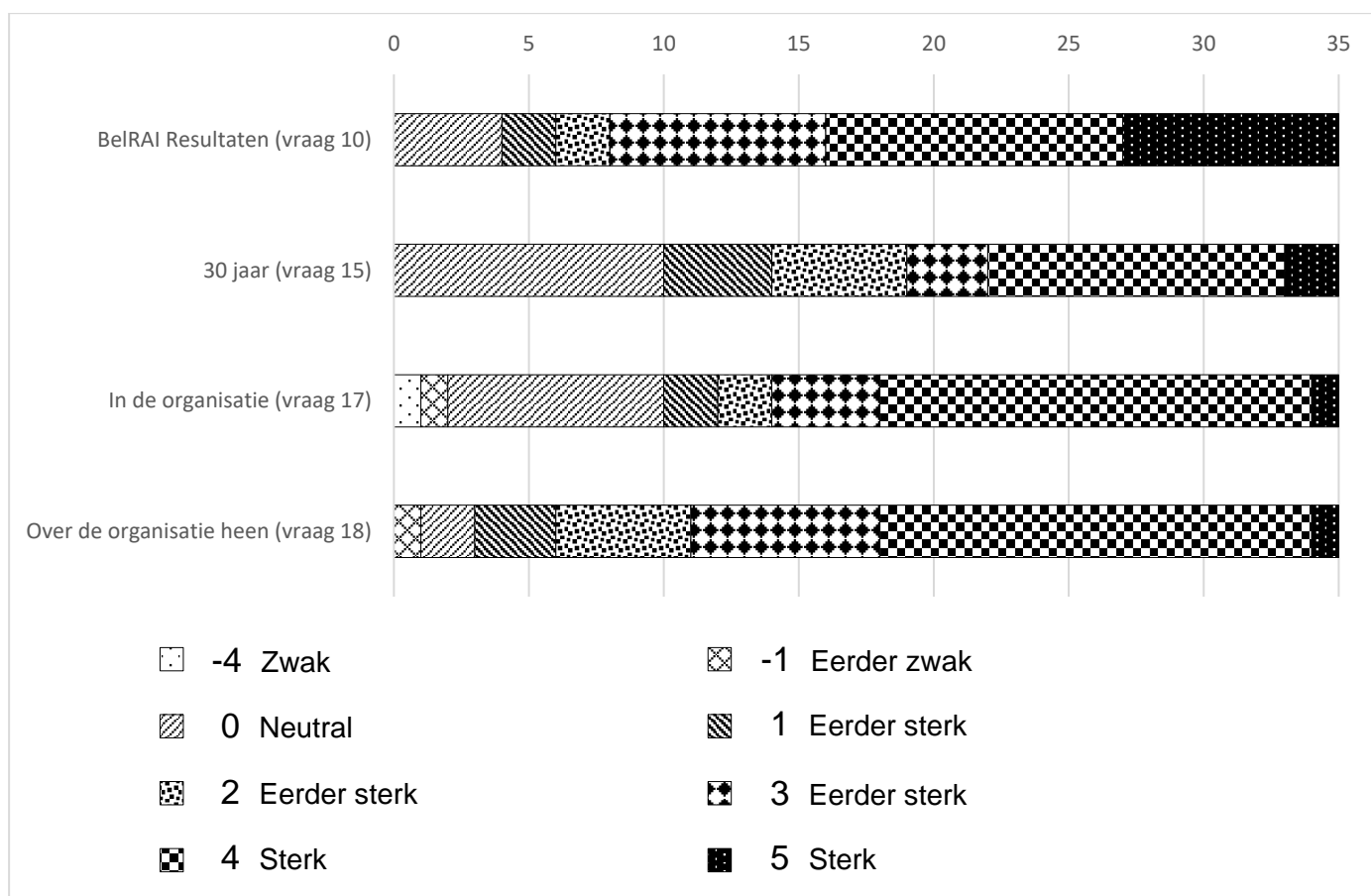
Twee zorgverleners antwoordden -1 (eerder zwak) op 'Zorgtrajecten' (vraag 24), één zorgverlener op 'Vergelijken' (vraag 25), één zorgverlener op 'Kwaliteitsmonitoring' (vraag 29), vier zorgverleners op 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30) en twee zorgverleners op 'Kwaliteit van zorg' (vraag 31).



Figuur 63 Overzicht thema 3 'Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.

7.2.4 Thema 4: Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen

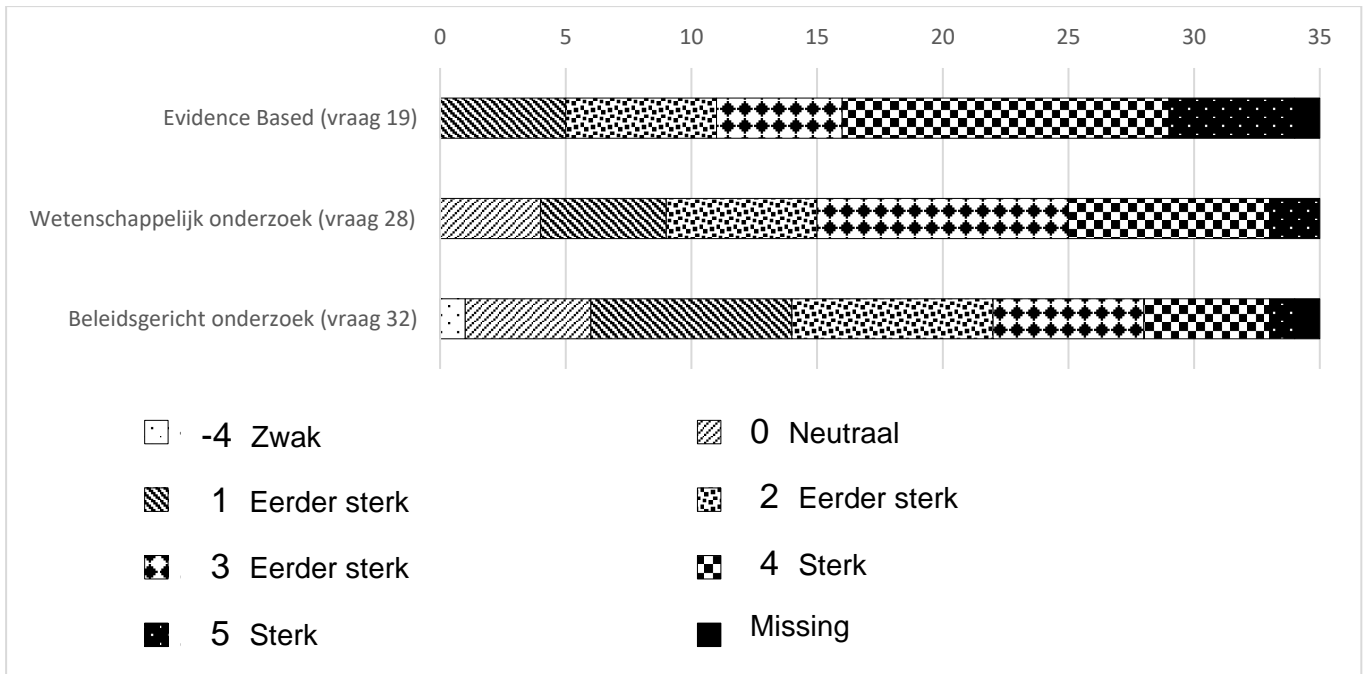
Bij thema 4 'Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen' zijn er geen missing values. De houding is over het algemeen neutrale tot sterk positief ten opzichte van dit thema tijdens de opleiding. Enkel op 'In de organisatie' (vraag 17) wordt door één persoon geantwoord met een zwakke score -4. Geen enkele vraag krijgt een score -3 of -2. 'In de organisatie' (vraag 17) en 'Over de organisatie heen' (vraag 18) worden telkens door één zorgverlener (2.89%) gescoord met een eerder zwakke -1.



Figuur 64 Overzicht thema 4 'Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen' aan de hand van vier vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.

7.2.5 Thema 5: evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)

Tijdens de opleiding is er een neutrale tot positieve houding wat betreft thema 5 ‘*evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)*’. Enkel ‘*Beleidsgericht onderzoek*’ (vraag 32) wordt beantwoord met een zwakke -4 door één zorgverlener. Er zijn geen andere negatieve scores.



Figuur 65 Overzicht thema 5 ‘*evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)*’ aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.

7.2.6 Thema 6: ICF

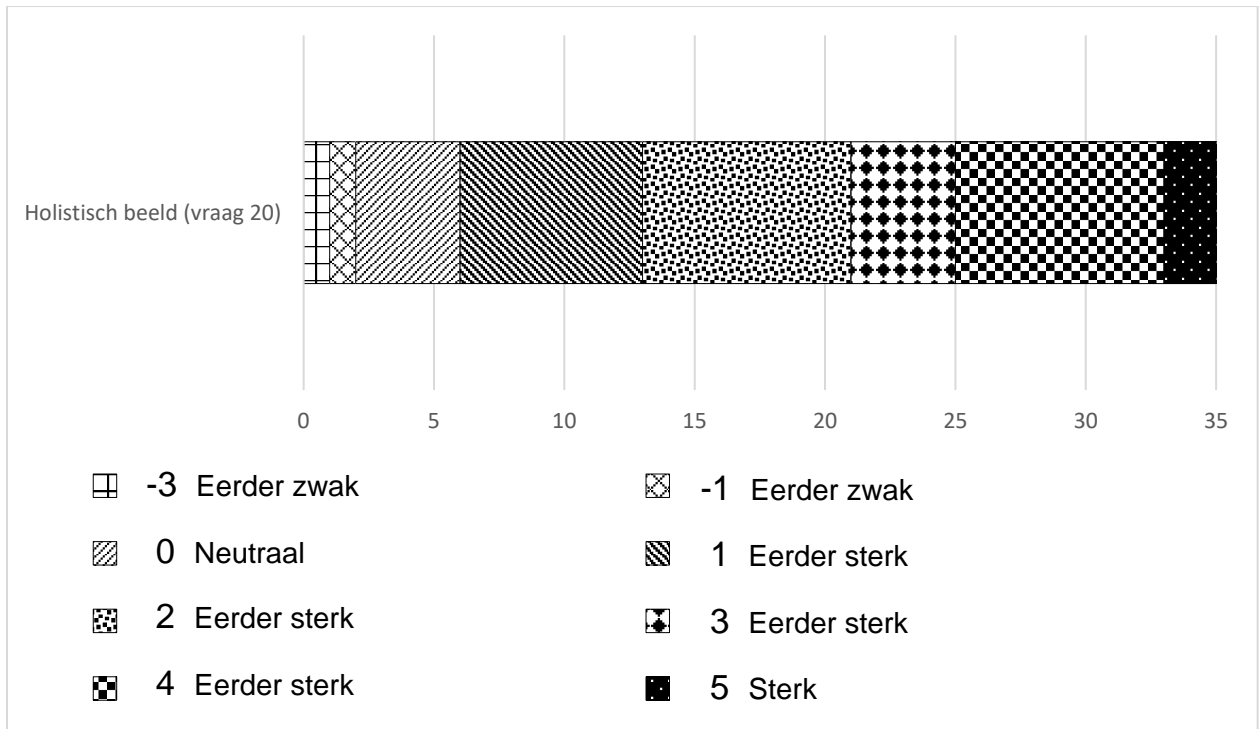
Ook bij dit thema zijn de scores gemiddeld gezien positief. Er is één eerder negatieve score -3 op ‘*Holistisch beeld*’ (vraag 20). Telkens één zorgverlener scoort een zwakke -4 op ‘*Funcities*’ (vraag 34), ‘*Anatomische eigenschappen*’ (vraag 35) en ‘*Objectieve componenten*’ (vraag 39).

Op ‘*Biopsychosociaal model*’ (vraag 33), ‘*Externe factoren*’ (vraag 40) en ‘*Participatieniveau*’ (vraag 43) antwoordt telkens één zorgverlener -3 (eerder niet akkoord). Eén zorgverlener antwoordt met -2 (eerder niet akkoord) op ‘*Anatomische eigenschappen*’ (vraag 35) en ‘*Externe factoren*’ (vraag 40).

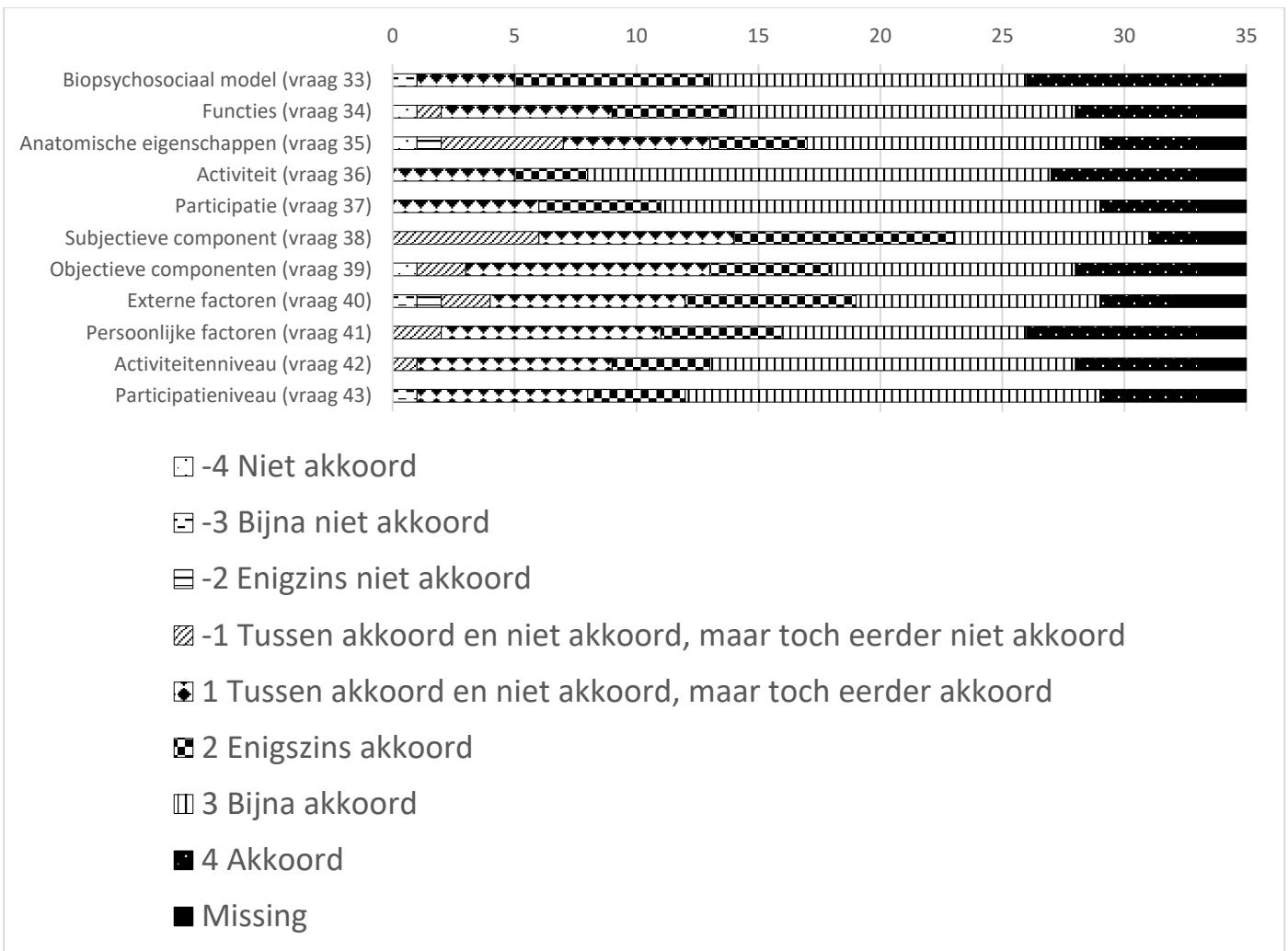
Antwoordmogelijkheid ‘-1’ (eerder niet akkoord) komt in verschillende aantallen terug:

- Eén zorgverlener ‘*Funcities*’ (vraag 34) en ‘*Activiteitsniveau*’ (vraag 42),
- Vijf zorgverleners op ‘*Anatomische eigenschappen*’ (vraag 35),
- Zes zorgverleners op ‘*Subjectieve component*’ (vraag 38),
- Twee zorgverleners op ‘*Objectieve componenten*’ (vraag 39), ‘*Externe factoren*’ (vraag 40) en ‘*Externe factoren*’ (vraag 40).

Met uitzondering van bovenstaande zorgverleners, is de een algemene tendens dat men enigszins tot erg akkoord is dat het BelRAI Revalidatie instrument de verschillende ICF-componenten bevat.



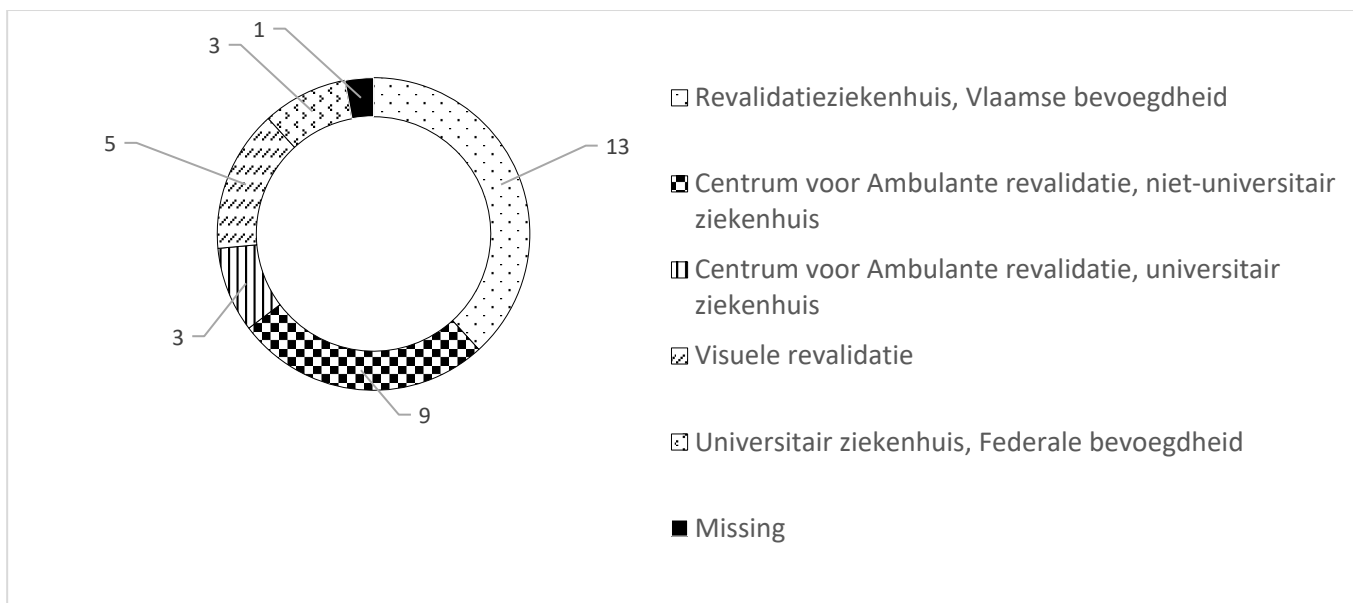
Figuur 66 Vraag 20 'Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen' met antwoordmogelijkheden van -5.0,5, n=35, missing =0% (BelRAI Revalidatie opleidingen).



Figuur 67 Overzicht thema 6 ICF aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.

7.3 Attitude van de zorgverleners tijdens de intervisiemomenten

Tijdens de intervisieperiode werden er 34 attitudeschalen ingevuld. Negenentwintig zorgverleners zijn vrouwen (van één zorgverlener is het geslacht niet geweten). De Vlaamse revalidatieziekenhuizen zijn het sterkst vertegenwoordigd (13), de federale ziekenhuizen het minst (3), samen met de universitaire CAR's (3). Drieëntwintig zorgverleners zijn actief in een functie die overeenstemt met hun opleiding, eventueel met een bijkomende specialisatie of opleiding. Telkens vier zorgverleners zijn actief als hoofd van de afdeling of in een andere leidinggevende functie of in het middenkader zonder diensthoofd te zijn (zorgmanager, kwaliteitscoördinator,). Twee zorgverleners hebben een directiefunctie en één zorgverlener heeft een functie die niet in de lijst voorkwam. Niemand is actief in een tweede functie.



Figuur 68 Organisaties waar de deelnemers werken die een attitudemeting hebben ingevuld tijdens de intervisiemomenten, n=34, missing=2.94%.

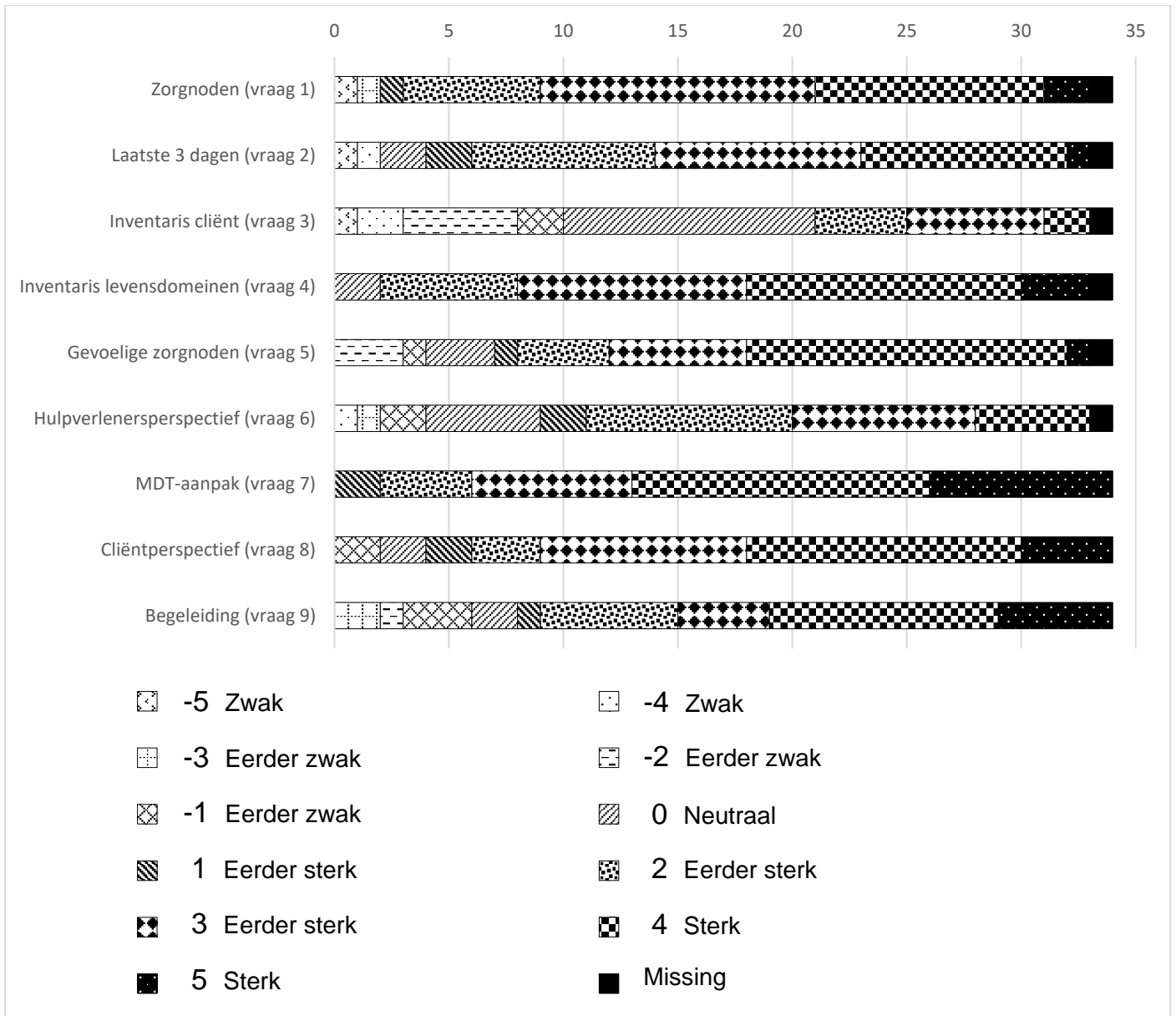
7.3.1 Thema 1: Doel, inhoud en het gebruik van het instrument

'Inventaris levensdomeinen' (vraag 4) en 'MDT-aanpak' (vraag 7) hebben geen enkele negatieve score gekregen (-5 tot -1). 'Zorgnoden' (vraag 1), 'Laatste 3 dagen' (vraag 2) en 'Inventaris revalidant' (vraag 3) worden door telkens één zorgverlener als een -5 (zwakte) beschouwd. 'Laatste 3 dagen' (vraag 2) en 'Hulpverlenersperspectief' (vraag 6) zijn telkens door één zorgverlener ervaren als een zwakke -4. Twee zorgverleners zien 'Inventaris revalidant' (vraag 3) als -4 (zwakte).

En eerder zwakke -3 score wordt gegeven door één zorgverlener op 'Zorgnoden' (vraag 1), één zorgverlener geeft diezelfde score op 'Hulpverlenersperspectief' (vraag 6) en twee zorgverleners scoren dit op 'Begeleiding' (vraag 9). Vijf zorgverleners ervaren 'Inventaris revalidant' (vraag 3) als eerder als een zwakte (2). Drie zorgverleners geven diezelfde eerder zwakke score aan 'Gevoelige zorgnoden' (vraag 5) en één aan 'Begeleiding' (vraag 9).

Antwoordmogelijkheid -1 (eerder zwak) komt in verschillende aantallen terug bij verschillende vragen:

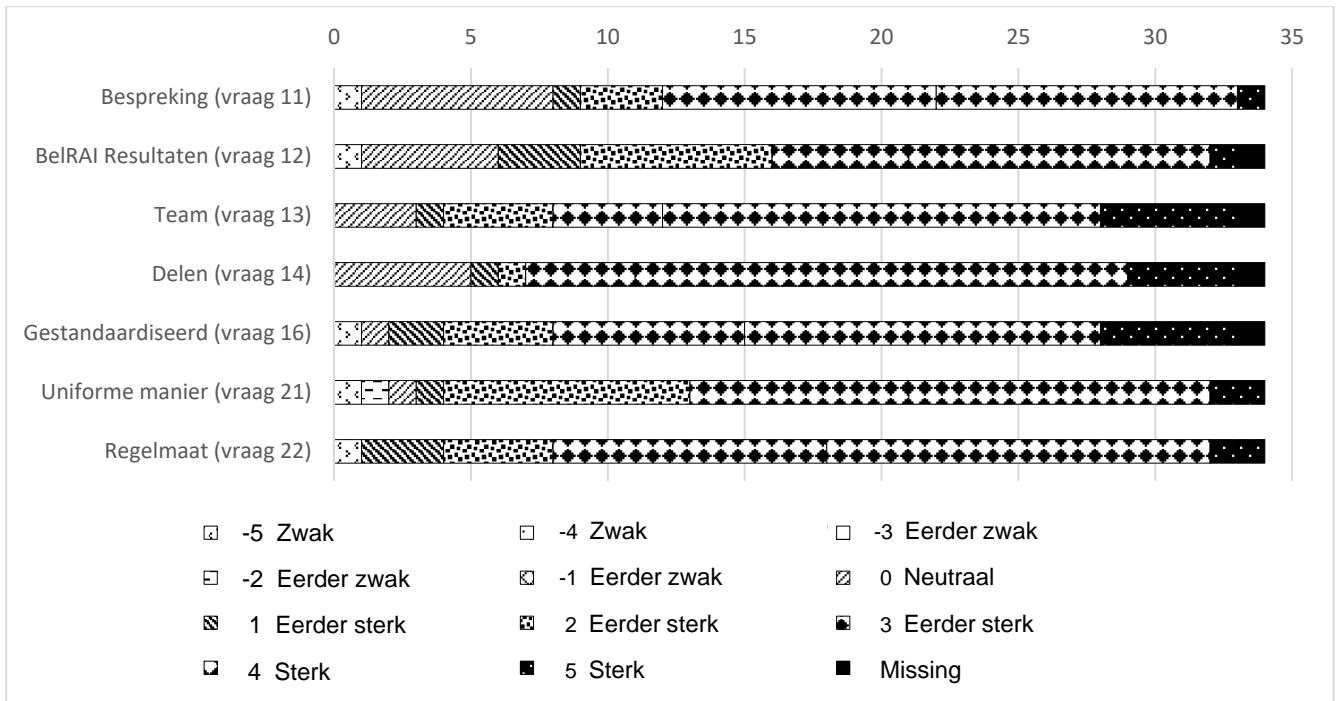
- Eén zorgverlener op 'Gevoelige zorgnoden' (vraag 5);
- Twee zorgverleners op 'Inventaris revalidant' (vraag 3), 'Hulpverlenersperspectief' (vraag 6) en 'Revalidantperspectief' (vraag 8);
- Drie zorgverleners op 'Begeleiding' (vraag 9).



Figuur 69 Overzicht thema 1 'Doel, inhoud en het gebruik van het instrument' aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.

7.3.2 Thema 2: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

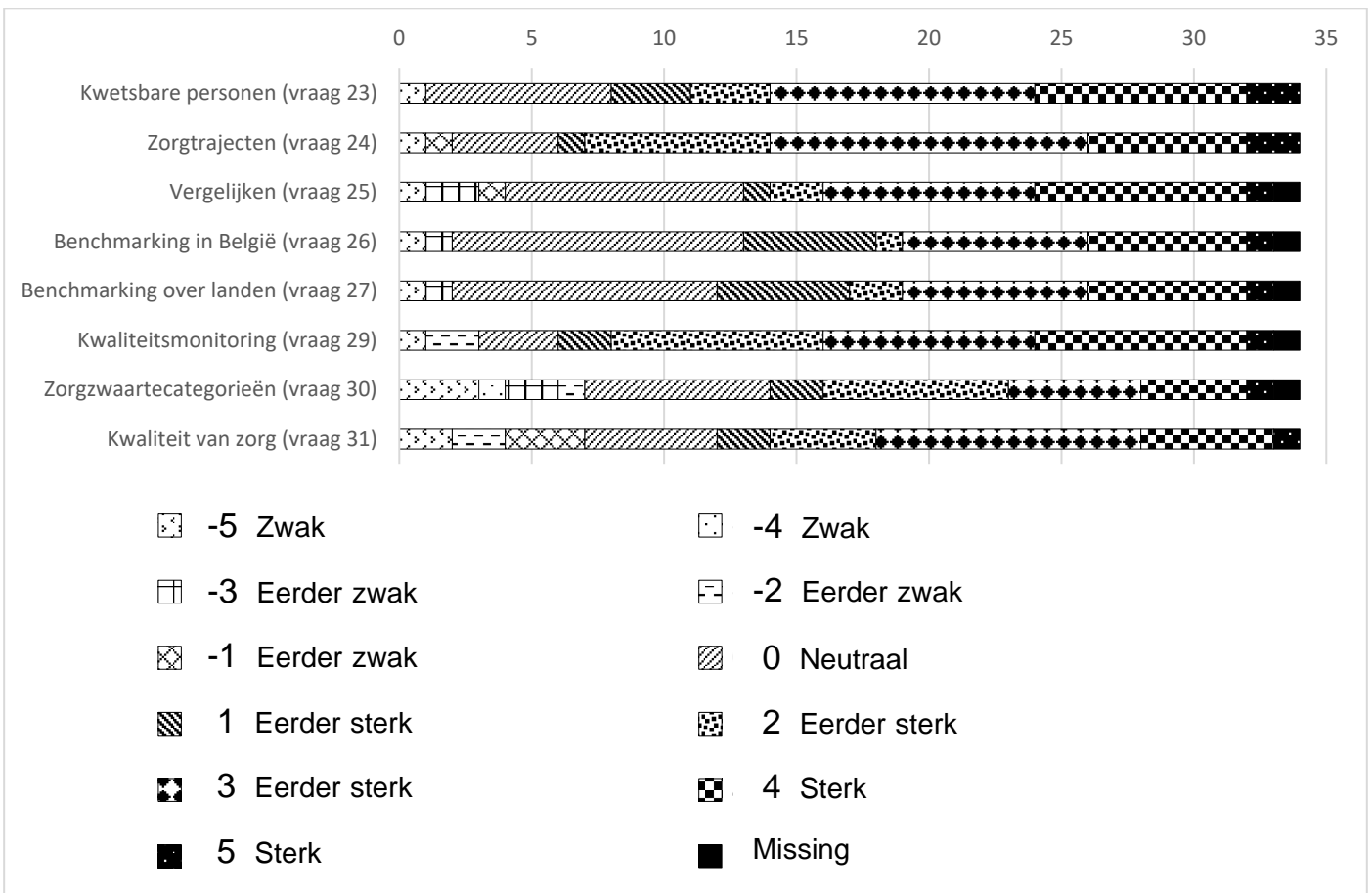
'Uniforme manier' (vraag 21) is door één zorgverlener gescoord met '-2 Tussen zwakte en neutraal'. 'Bespreking' (vraag 11), 'BelRAI Resultaten' (vraag 12), 'Gestandaardiseerd' (vraag 16), 'Uniforme manier' (vraag 21) en 'Regelmaat' (vraag 22) worden telkens door dezelfde zorgverlener uitgesproken gescoord met '-5 Zwakte'. Verder zijn er geen negatieve scores.



Figuur 70 Overzicht thema 2 'De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.

7.3.3 Thema 3: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

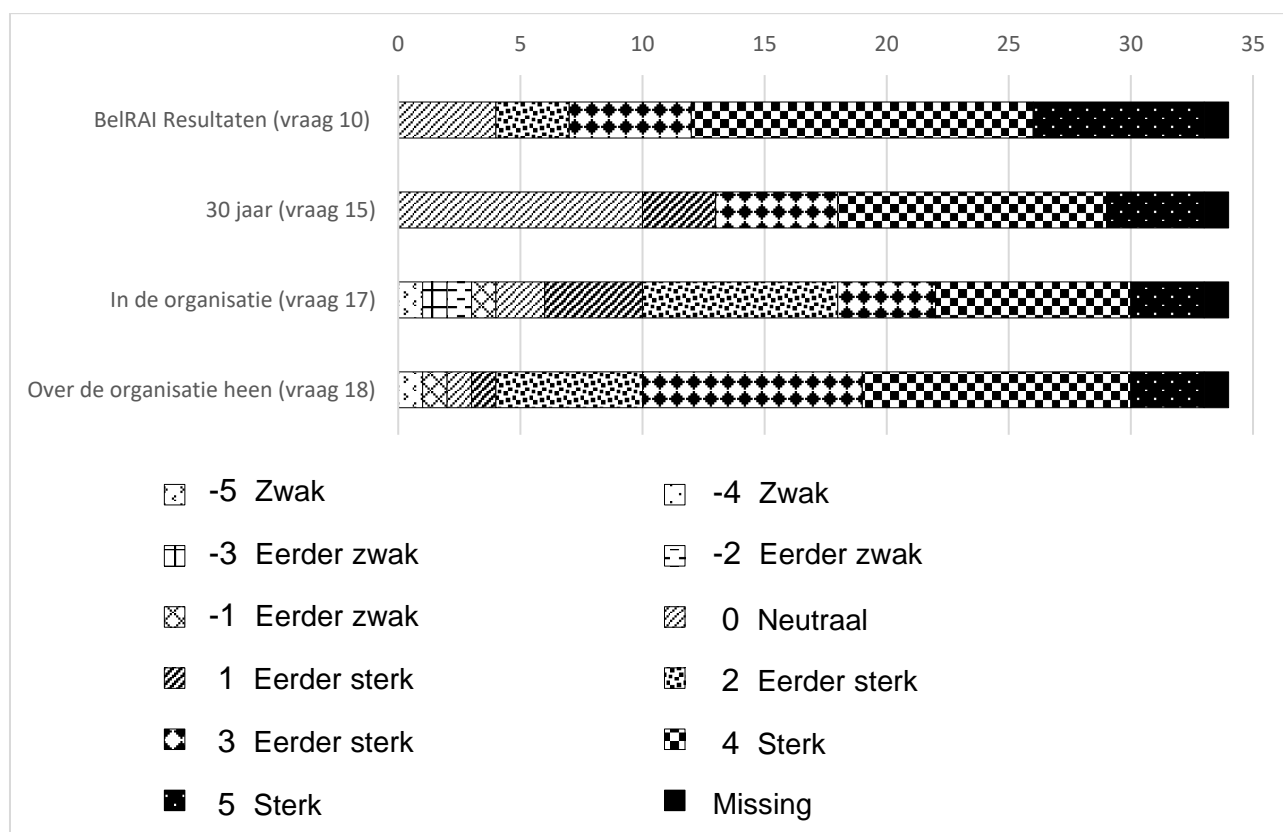
Elke vraag is telkens door één zorgverlener als een zwakte (-5) beoordeeld. Bij 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30) is dit bij drie zorgverleners het geval en bij 'Kwaliteit van zorg' (vraag 31) twee zorgverleners (5.88%). 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30) werd door één zorgverlener beoordeeld met -4 (zwak). Antwoordmogelijkheid -3 (eerder zwak) komt in verschillende aantallen terug bij diverse vragen: één zorgverlener op 'Benchmarking in België' (vraag 26) en 'Benchmarking over landen' (vraag 27) en twee zorgverleners op 'Vergelijken' (vraag 25) en 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30). Antwoordmogelijkheid -2 (eerder zwak) wordt door twee zorgverleners gescoord op 'Kwaliteitsmonitoring' (vraag 29) en 'Kwaliteit van zorg' (vraag 31) en door één zorgverlener op 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30). 'Zorgtrajecten' (vraag 24) en 'Vergelijken' (vraag 25) krijgen van één zorgverlener een eerder zwakke score -1. Diezelfde score geven drie zorgverlners aan 'Kwaliteit van zorg' (vraag 31) (8.82%).



Figuur 71 Overzicht thema 3 'Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.

7.3.4 Thema 4: Gebruik van software en dossier in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen

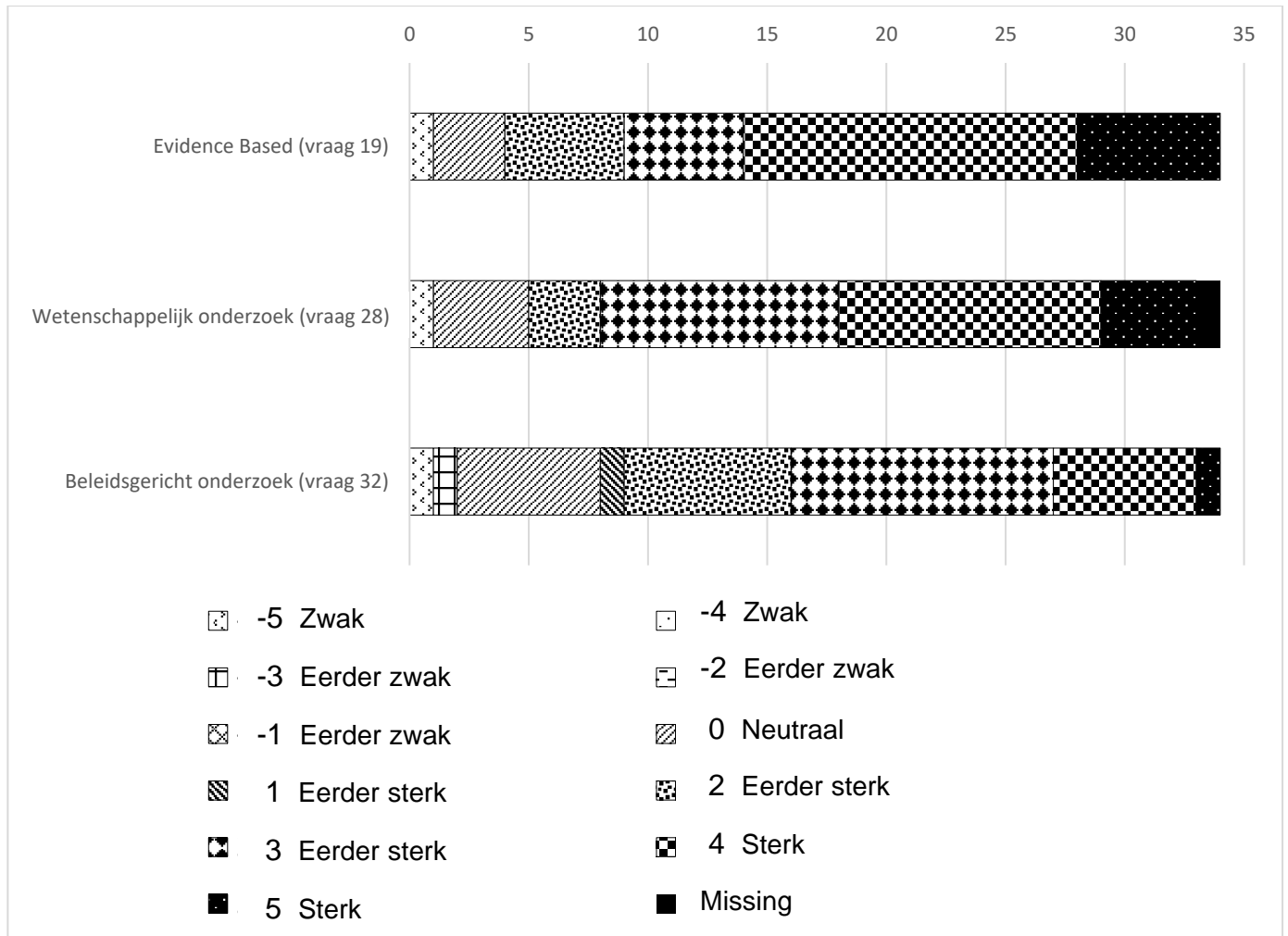
Op 'BelRAI Resultaten' (vraag 10) en '30 jaar' (vraag 15) geeft niemand een negatieve score. Op 'In de organisatie' (vraag 17) en 'Over de organisatie heen' (vraag 18) scoort telkens één zorgverlener de zwakste antwoordmogelijkheid -5. Op 'In de organisatie' (vraag 17) wordt er telkens door één zorgverlener met zwakke antwoordmogelijkheden -3, -2 en -1 geantwoord. De attitude wat betreft 'In de organisatie' (vraag 17) is dus wat meer verdeeld, maar toch nog steeds overwegend positief. Op 'Over de organisatie heen' (vraag 18) wordt door één zorgverlener een licht zwakke -1 gescoord.



Figuur 72 Overzicht thema 4 'Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen' aan de hand van vier vragen uit de attitudemeting bij de interviewmomenten, n=34, missing=2.94%

7.3.5 Thema 5: evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)

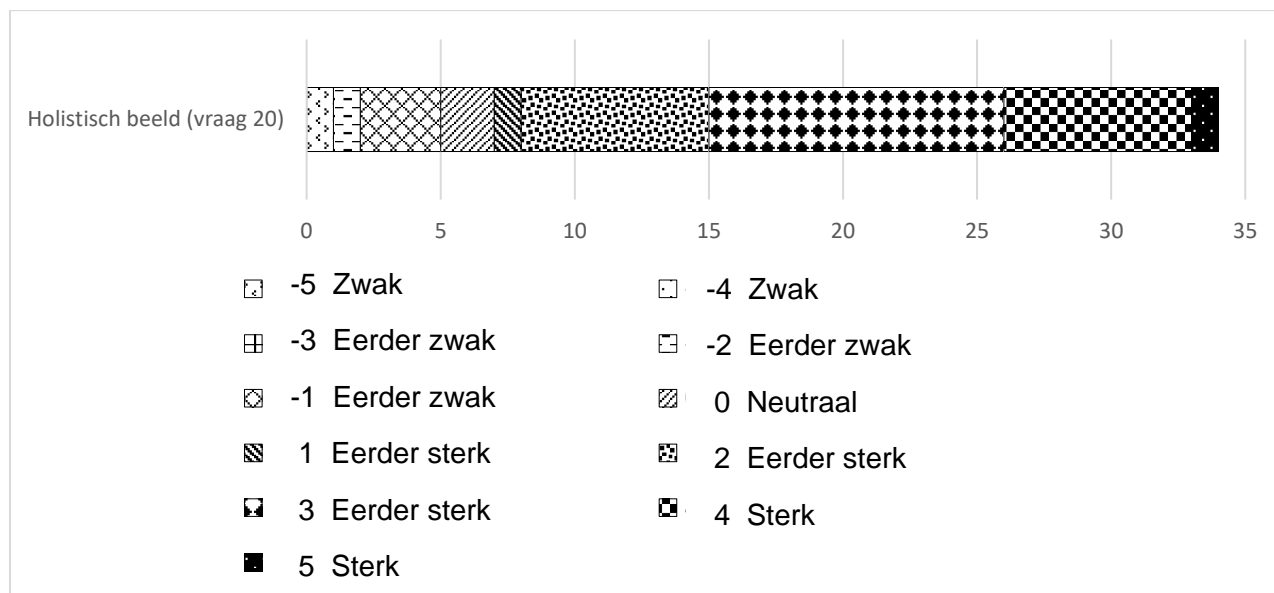
Op elke vraag van thema 5 scoort telkens één iemand de meest zwakke score -5. Op 'Beleidsgericht onderzoek' (vraag 32) is er door één zorgverlener -3 (eerder zwak) gescoord. Verder zijn er geen negatieve scores.



Figuur 73 Overzicht thema 5 'evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)' aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.

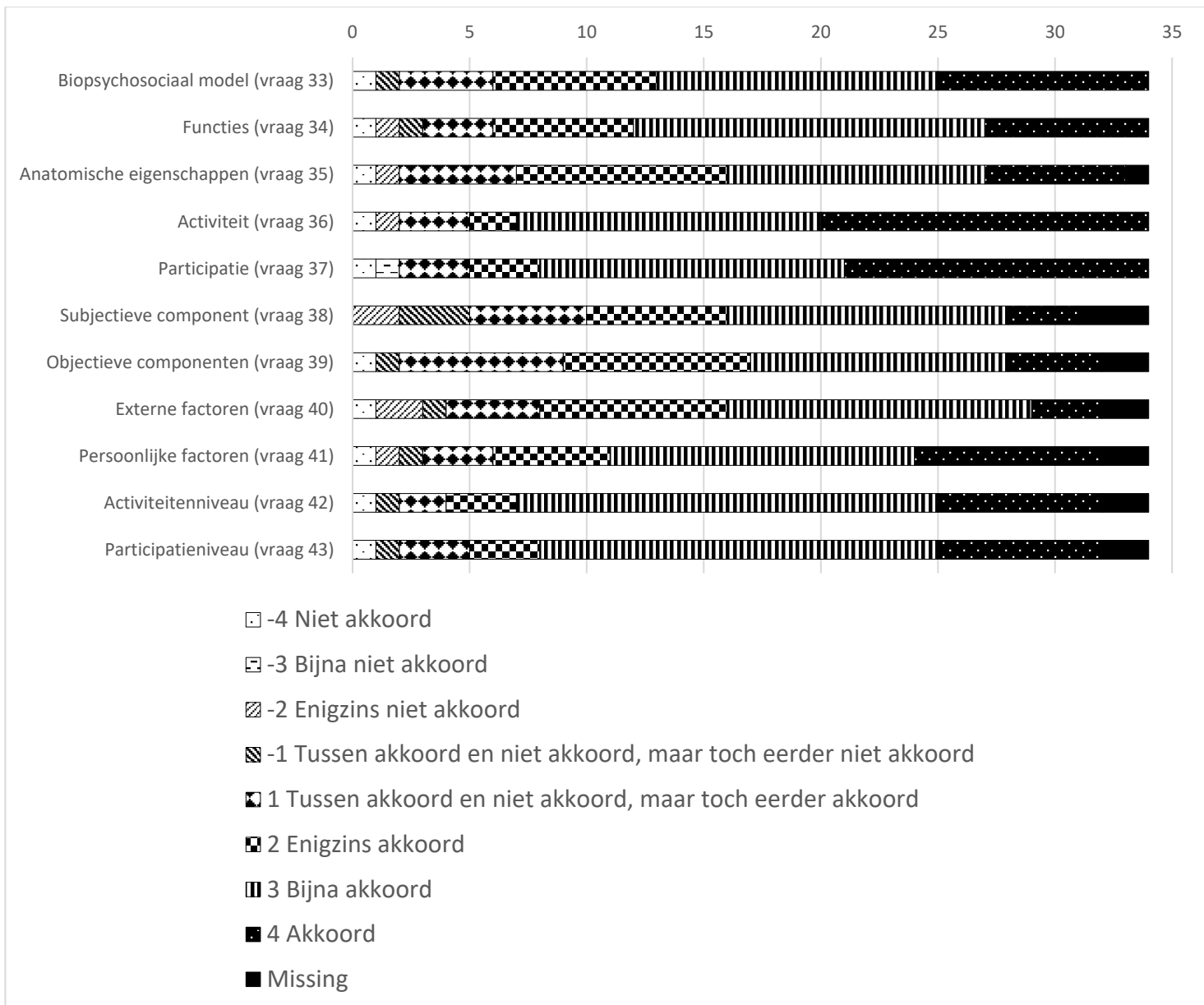
7.3.6 Thema 6: ICF

Op 'Holistisch beeld' (vraag 20) geeft één zorgverlener een zwakke score -4 en één een eerder zwakke score -2. Drie zorgverleners antwoorden op 'Holistisch beeld' (vraag 20) eerder zwak met een -1. De andere antwoorden gaan van neutraal tot sterk.



Figuur 74 Vraag 20 Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekomen met antwoordmogelijkheden van -5,0,5, n=34, missing=0% (interviewmomenten).

Met uitzondering van 'Subjectieve component' (vraag 38) wordt er op elke vraag uit thema 6 door één zorgverlener (2.94%) -4 (niet akkoord) geantwoord. Op 'Participatie' (vraag 37) wordt er door één zorgverlener met -3 (eerder niet akkoord) geantwoord. Antwoordmogelijkheid -2 (eerder niet akkoord) komt in verschillende aantallen voor met betrekking tot thema 6 'ICF': één zorgverlener op 'Functies' (vraag 34), 'Anatomische eigenschappen' (vraag 35), 'Activiteit' (vraag 36) en 'Persoonlijke factoren' (vraag 41) en twee zorgverleners op 'Subjectieve component' (vraag 38) en 'Externe factoren' (vraag 40). '-1 Licht niet akkoord (-1) wordt telkens door één zorgverlener geantwoord op 'Biopsychosociaal model' (vraag 33), 'Functies' (vraag 34), 'Objectieve componenten' (vraag 39), 'Externe factoren' (vraag 40), 'Persoonlijke factoren' (vraag 41), 'Activiteitsniveau' (vraag 42) en 'Participatieniveau' (vraag 43) en door drie zorgverleners op 'Subjectieve component' (vraag 38). Op alle vragen scoren de meeste respondenten eerder akkoord of akkoord.



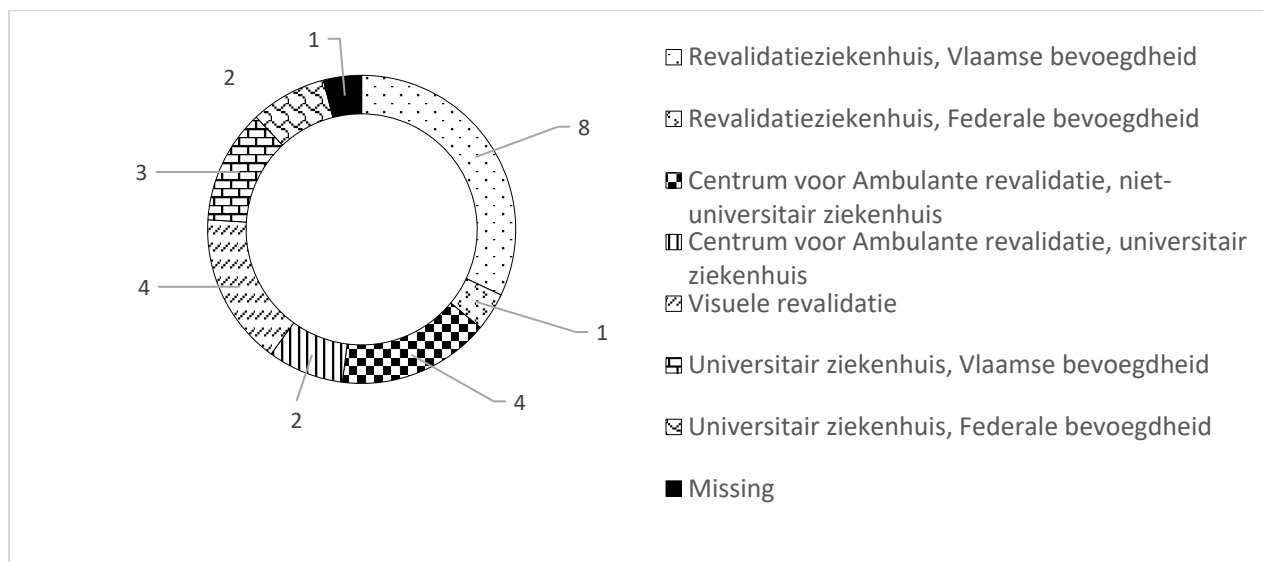
Figuur 75 Overzicht thema 6 ‘De ICF’ aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij de intervisiemomenten, n=34.

7.3.7 Samengevat

Algemeen kan gesteld worden dat het aantal negatieve en neutrale antwoorden daalde ten opzichte van de informatiesessie en de opleidingsmomenten. Indien er nog een negatieve respons of neutrale houding is, gaat deze eerder naar het extreme -5. Thema 3 ‘Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën’ scoort wat zwakker. Men heeft ook nog niet in de praktijk statistieken, kwaliteitsindicatoren of zorgzwaarte-indicatoren kunnen zien. Ook op thema 6 ‘De ICF’ reageert men nog met enige reserves.

7.4 Attitude van de zorgverleners tijdens de focusgroepen

Vijfentwintig attitudeschalen zijn verzameld tijdens de focusgroepen (21 vrouwen, 4 mannen). Zeventien zorgverleners zijn actief 'in een functie op basis van mijn opleiding, eventueel met een bijkomende specialisatie/opleiding'. Vijf zijn actief 'als hoofd van de afdeling of andere leidinggevende functie'. Telkens heeft één zorgverlener een functie in het middenkader of is hij of zij in geen van vernoemde functies actief (één is missing). Niemand heeft een tweede functie aangegeven.

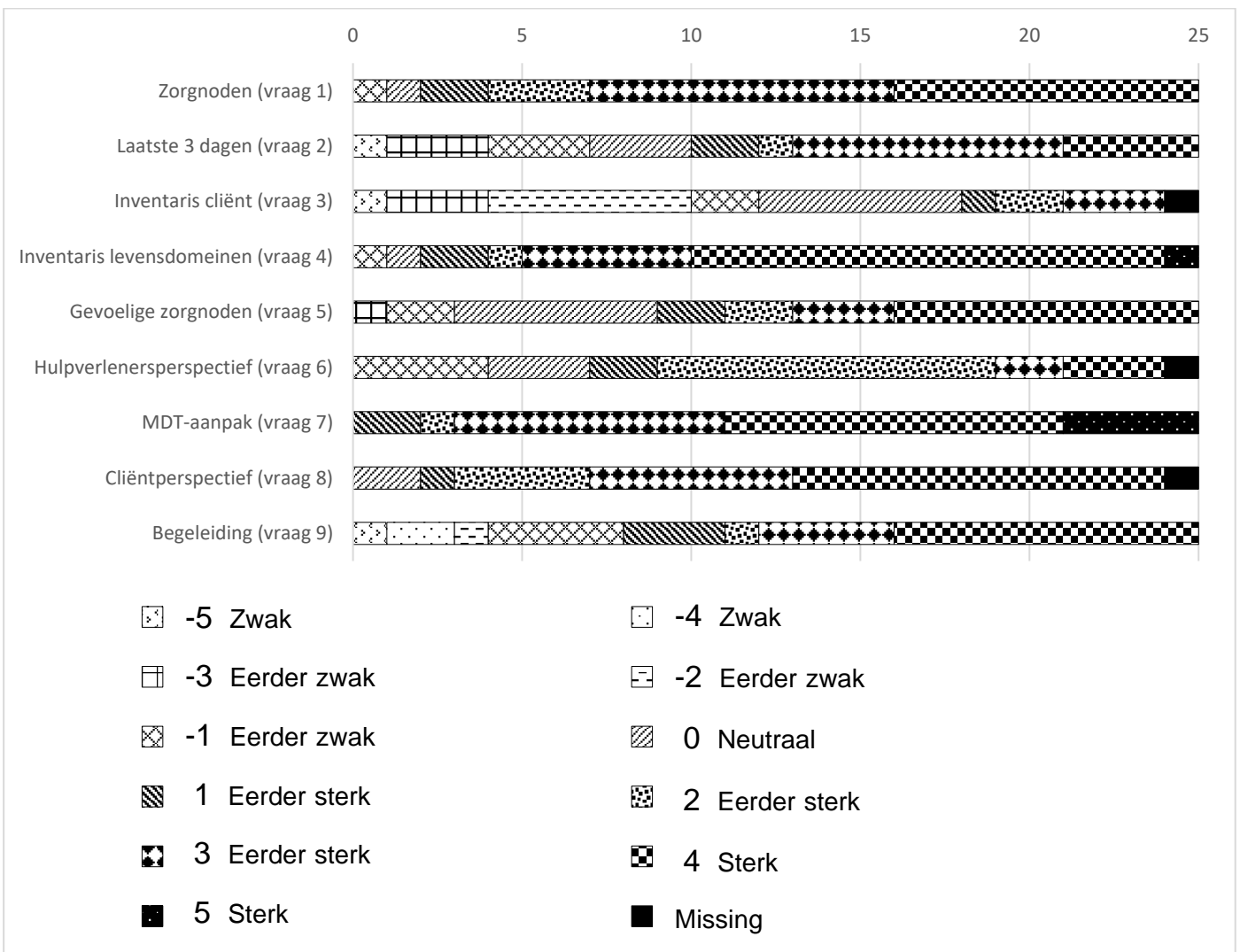


Figuur 76 Deelnemende type organisaties die een attitudemeting hebben ingevuld tijdens de focusgroepen, n = 25, missing = 1.

7.4.1 Thema 1: Doel, inhoud en het gebruik van het instrument

'MDT-aanpak' (vraag 7) en 'Revalidantperspectief' (vraag 8) worden door iedereen als neutraal of als een sterkte gezien. 'Laatste 3 dagen' (vraag 2), 'Inventaris revalidant' (vraag 3) en 'Begeleiding' (vraag 9) vindt telkens één zorgverlener een zwakte (-5). Twee andere zorgverleners scoren -4 (zwak) op 'Begeleiding' (vraag 9) 'Laatste 3 dagen' (vraag 2) en 'Inventaris revalidant' (vraag 3) krijgen van telkens drie zorgverleners een eerder zwakke score -3 en dat scoort ook één zorgverlener op 'Gevoelige zorgnoden' (vraag 5). Zes zorgverleners (26%) scoren 'Inventaris revalidant' (vraag 3) -2 (eerder zwak). Eén zorgverlener geeft die score aan 'Begeleiding' (vraag 9). Ook de eerder zwakke score -1 wordt gebruikt:

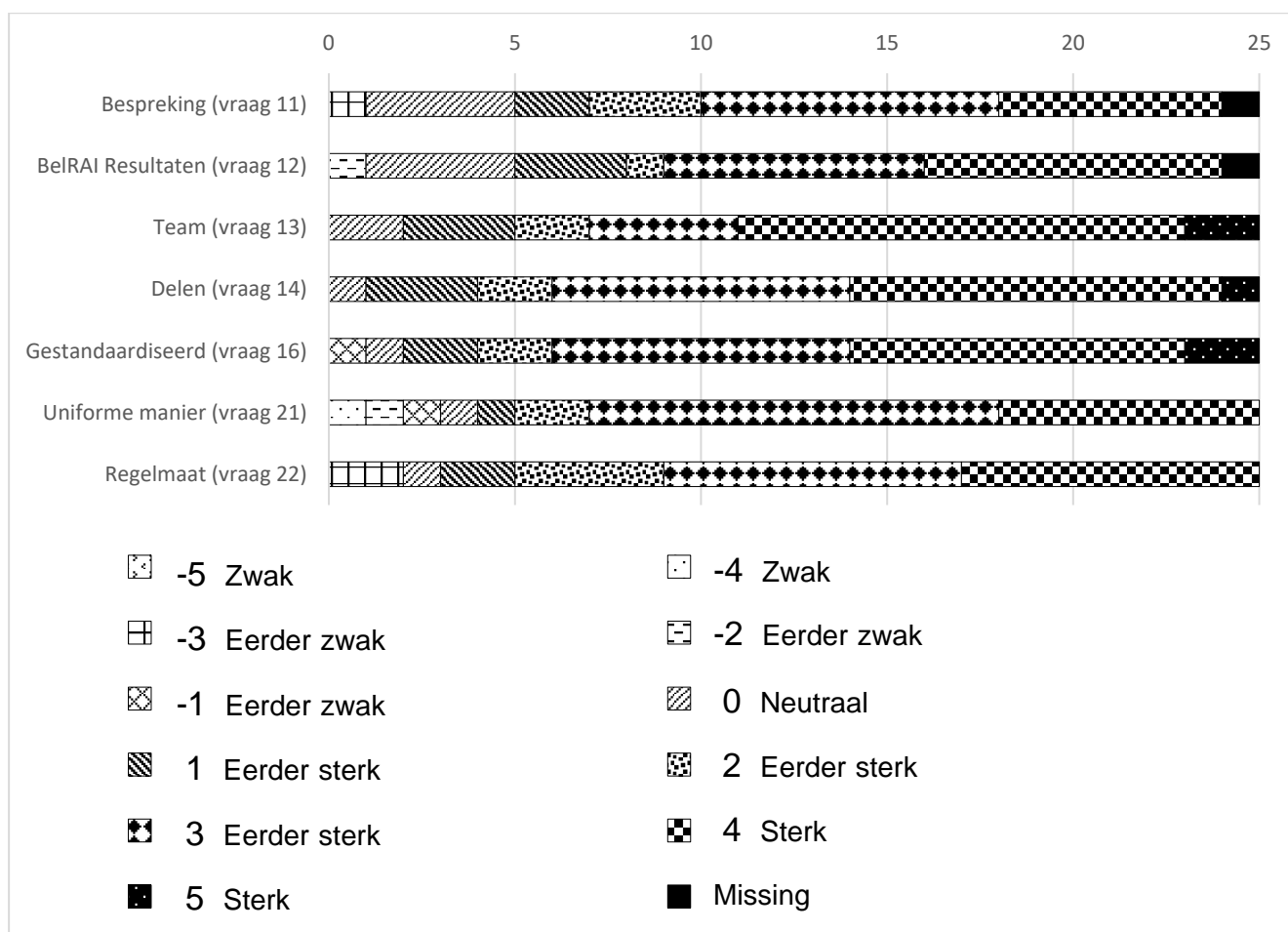
- door één zorgverlener op 'Zorgnoden' (vraag 1) en 'Inventaris levensdomeinen' (vraag 4),
- door twee zorgverleners op 'Inventaris revalidant' (vraag 3) en 'Gevoelige zorgnoden' (vraag 5),
- door drie zorgverleners op 'Laatste 3 dagen' (vraag 2) en
- door vier zorgverleners op 'Hulpverlenersperspectief' (vraag 6) en 'Begeleiding' (vraag 9).



Figuur 77 Overzicht thema 1 'Doel, inhoud en het gebruik van het instrument' aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25.

7.4.2 Thema 2: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

Ook hier zien we vooral een positieve houding. Geen enkele zorgverlener heeft op de vragen over dit thema een -5 gescoord en slechts één iemand beoordeelde één item ('*Uniforme manier*' (vraag 21)) als een zwakte (-4). Eén zorgverlener vindt '*Bespreking*' (vraag 11) en twee zorgverleners vinden '*Regelmaat*' (vraag 22) eerder zwak (-3). Antwoordmogelijkheid -2 (eerder zwak) is gescoord op '*BelRAI Resultaten*' (vraag 12) en '*Uniforme manier*' (vraag 21), telkens door één zorgverlener. '*Gestandaardiseerd*' (vraag 16) en '*Uniforme manier*' (vraag 21) zijn volgens telkens volgens één respondent een beperkte zwakte (-1).



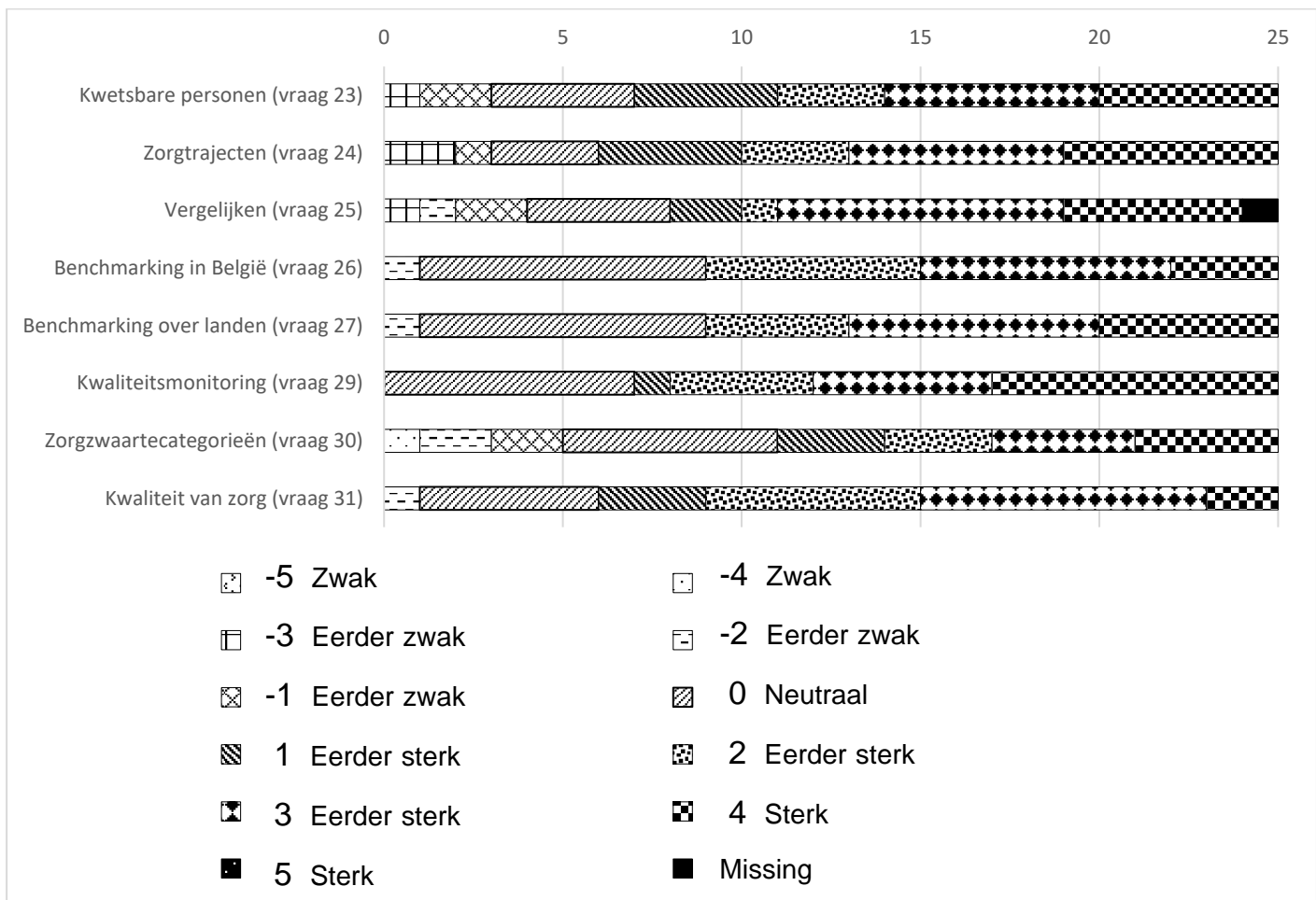
Figuur 78 Overzicht thema 2 'De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25.

7.4.3 Thema 3: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

Op dit thema worden geen extreem positieve of negatieve scores (-5 of +5) gegeven. Op 'Kwaliteitsmonitoring' (vraag 29) zijn er enkel positieve antwoorden (0-5 neutraal tot sterk positief). 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30) vindt één zorgverlener een zwakte (-4).

Twee zorgverleners en telkens één zorgverlener scoren respectievelijk 'Zorgtrajecten' (vraag 24) en 'Kwetsbare personen' (vraag 23) en 'Vergelijken' (vraag 25) eerder als een zwakte (-3). 'Vergelijken' (vraag 25), 'Benchmarking in België' (vraag 26), 'Benchmarking over landen' (vraag 27) en 'Kwaliteit van zorg' (vraag 31) zijn beantwoord door telkens één zorgverlener met een eerder zwakke score van -2. Diezelfde score geven twee zorgverleners aan 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30). Telkens twee zorgverleners hebben op 'Kwetsbare personen' (vraag 23), 'Vergelijken' (vraag 25) en 'Zorgzwaartecategorieën' (vraag 30) geantwoord met het eerder zwakke -1. Dat geldt ook voor één zorgverlener wat betreft 'Zorgtrajecten' (vraag 24)

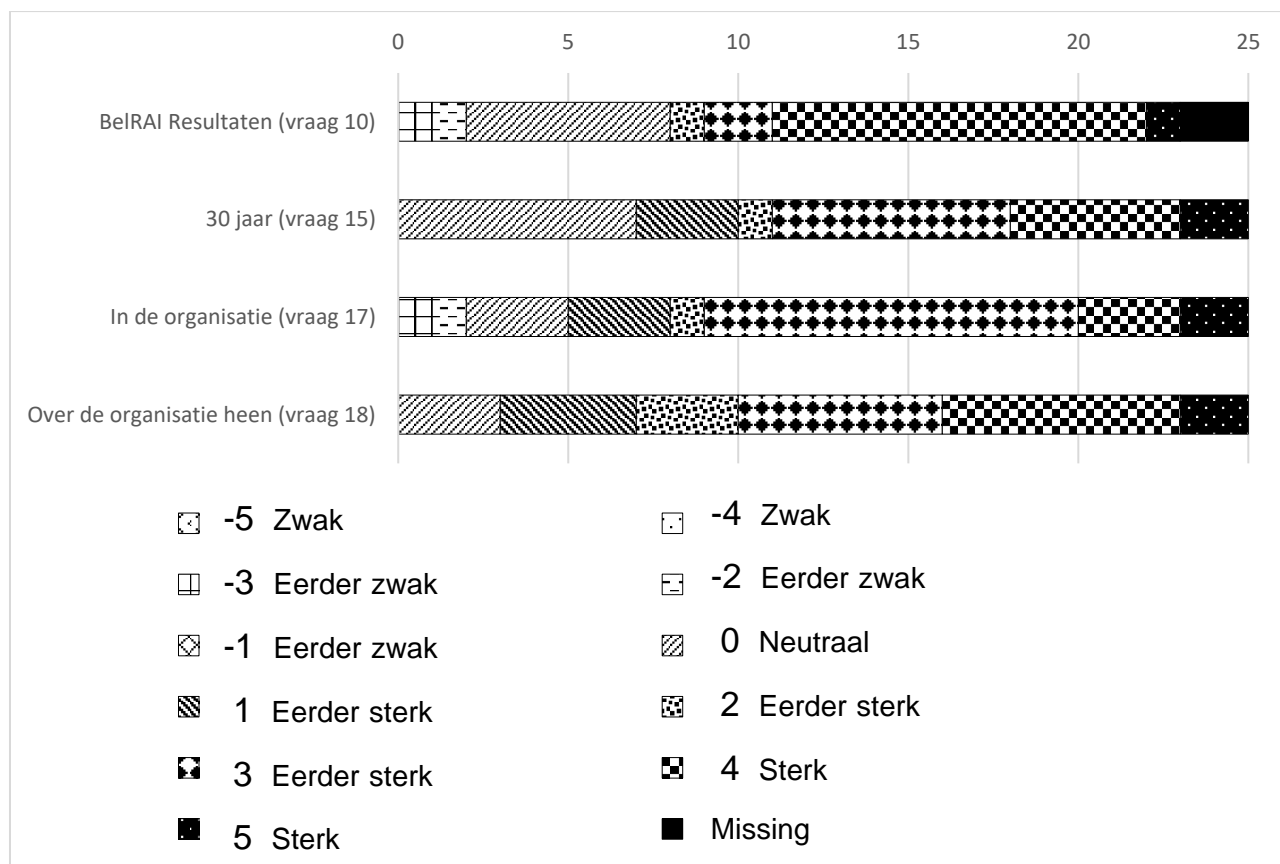
Op de andere items is enkel neutraal of positief gescoord.



Figuur 79 Overzicht thema 3 'Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25.

7.4.4 Thema 4: Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen

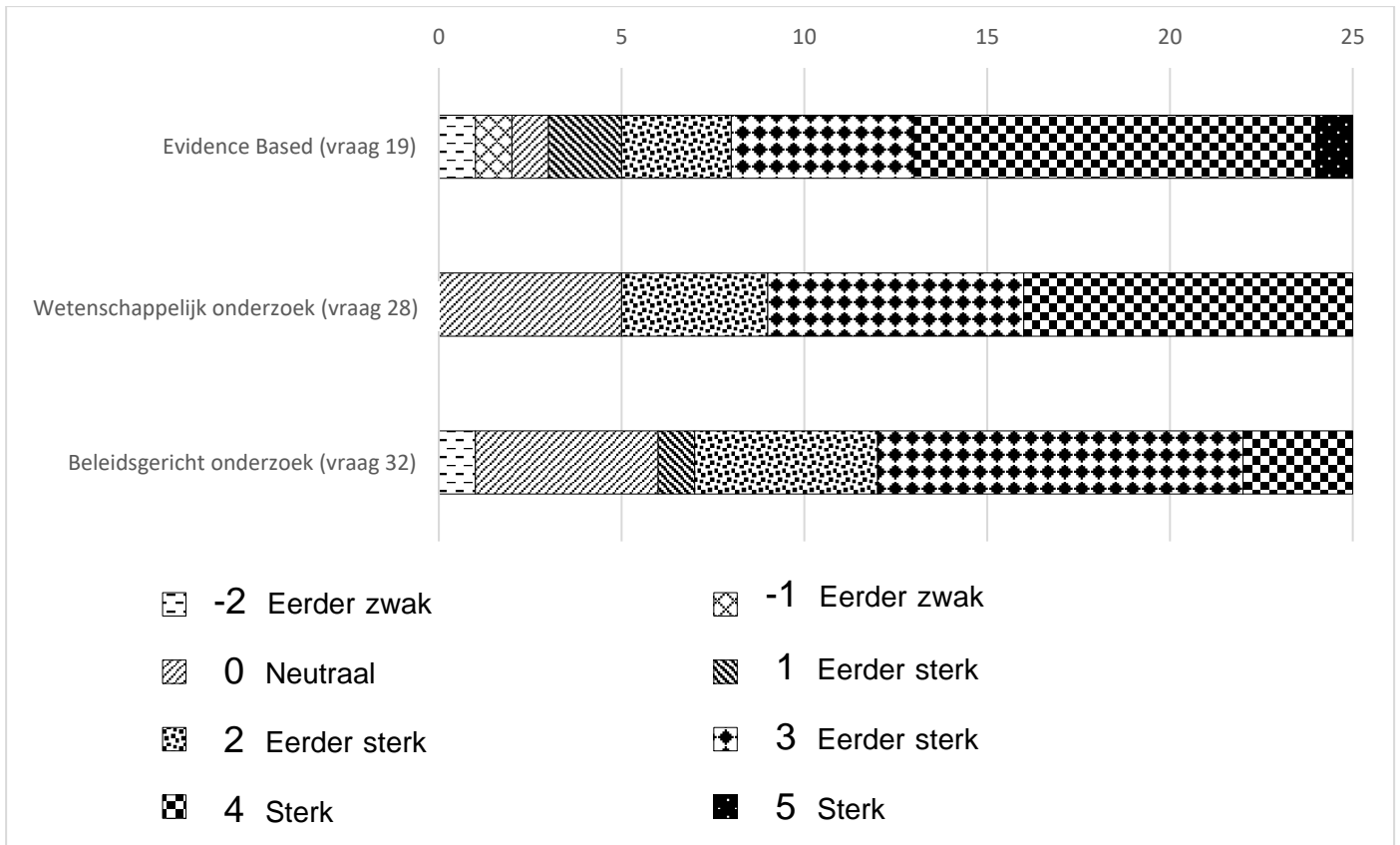
De zwakste scores -5 en -4 kwamen bij dit thema niet voor. Telkens één zorgverlener vindt 'BelRAI Resultaten' (vraag 10) en 'In de organisatie' (vraag 17) eerder zwak met -3 en -2. Verder zijn er enkel neutrale tot sterk positieve scores (0-5).



Figuur 80 Overzicht thema 4 'Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen aan de hand' van vier vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25.

7.4.5 Thema 5: evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)

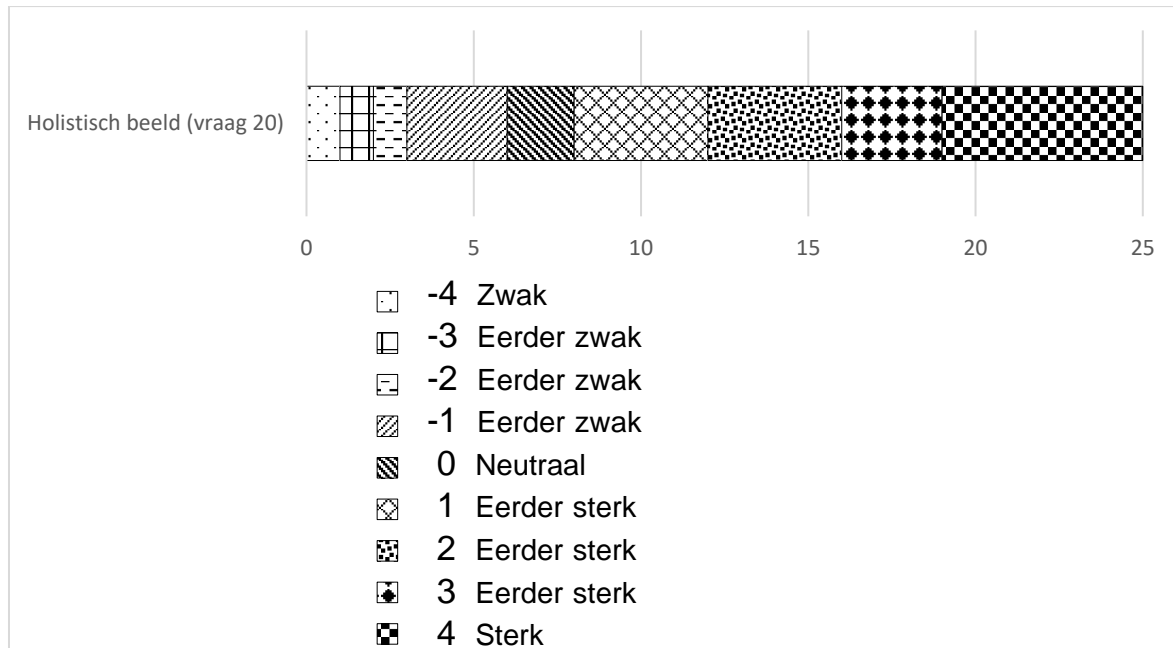
Tijdens de focusgroepen werd op thema 5 ‘evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)’ geen enkele vraag lager gescoord dan -2 (‘Evidence Based’ (vraag 19) en ‘Beleidsgericht onderzoek’ (vraag 32), telkens één zorgverlener). Eén zorgverlener heeft op ‘Evidence Based’ (vraag 19) -1 (eerder zwak) gescoord. Diezelfde vraag werd door één zorgverlener beoordeeld als ‘5 Sterkte’.



Figuur 81 Overzicht thema 5 ‘evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)’ aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij de focusgroepen, n=25, missing=0.

7.4.6 Thema 6: ICF

Zes zorgverleners geven een zwakke tot enigszins zwakkescore (tussen -4 en -1) aan 'Holistisch beeld' (vraag 20). De meeste zorgverleners geven een neutrale tot sterke score.



Figuur 82 Vraag 20 'Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om tot een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekommen' met antwoordmogelijkheden van -5,0,5 bij de focusgroepen, n=25, missing=0%.

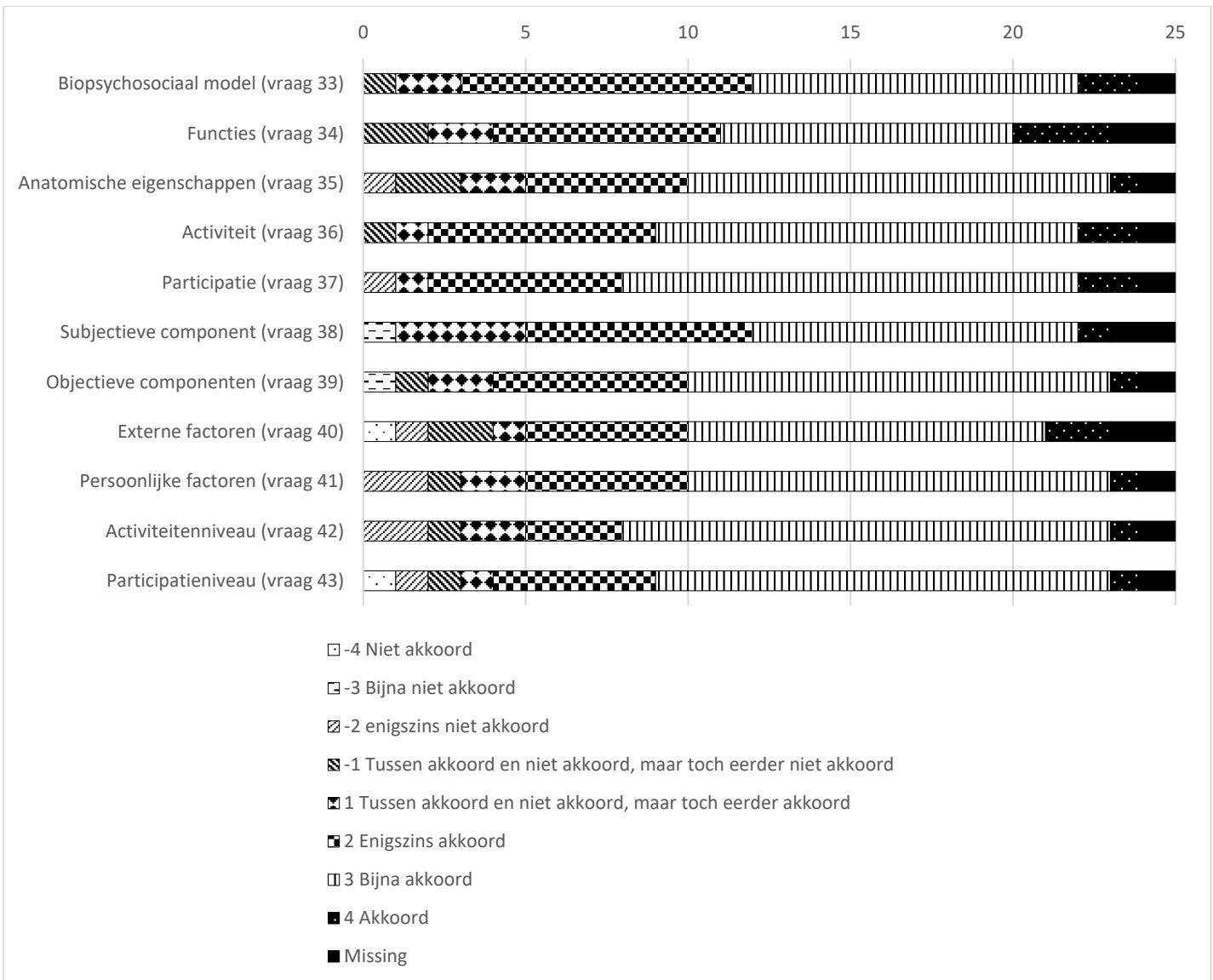
Op 'Externe factoren' (vraag 40) en 'Participatieniveau' (vraag 43) is telkens door één zorgverlener met -4 (niet akkoord) gescoord. 'Subjectieve componenten' (vraag 38) en 'Objectieve componenten' (vraag 39) worden telkens door één zorgverlener gescoord met -3.

Verschillende items kregen één of twee -2 (eerder niet akkoord) scores: telkens twee zorgverleners op 'Persoonlijke factoren' (vraag 41) en 'Activiteitsniveau' (vraag 42) en telkens één zorgverlener op 'Anatomische eigenschappen' (vraag 35), 'Participatie' (vraag 37), 'Objectieve componenten' (vraag 39) en 'Participatieniveau' (vraag 43).

Antwoordmogelijkheid -1 (eerder niet akkoord) is gescoord:

- door twee zorgverleners op 'Functies' (vraag 34), 'Anatomische eigenschappen' (vraag 35) en 'Externe factoren' (vraag 40) en
- door één zorgverlener op 'Biopsychosociaal model' (vraag 33), 'Activiteit' (vraag 36), 'Objectieve componenten' (vraag 39), 'Persoonlijke factoren' (vraag 41), 'Activiteitsniveau' (vraag 42) en 'Participatieniveau' (vraag 43).

De overige zorgverleners scoren de vragen over thema 6 'ICF' met eerder akkoord tot akkoord (score 1-4).



Figuur 83 Overzicht thema 6 'De ICF' aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij de BelRAI Revalidatie opleidingen, n=35.

7.4.7 Samengevat

Tijdens de focusgroep werd de attitude van de zorgverleners een laatste keer gemeten. Op dit moment hadden de zorgverleners theoretische en klinische ervaring met het instrument, weliswaar zonder digitale versie en zonder BelRAI output. We stellen vaker een neutrale houding vast, maar ook meer extreem positieve scores. Er is nog steeds een twijfelende houding wat betreft de link tussen ICF en BelRAI (zie thema 6 'ICF').

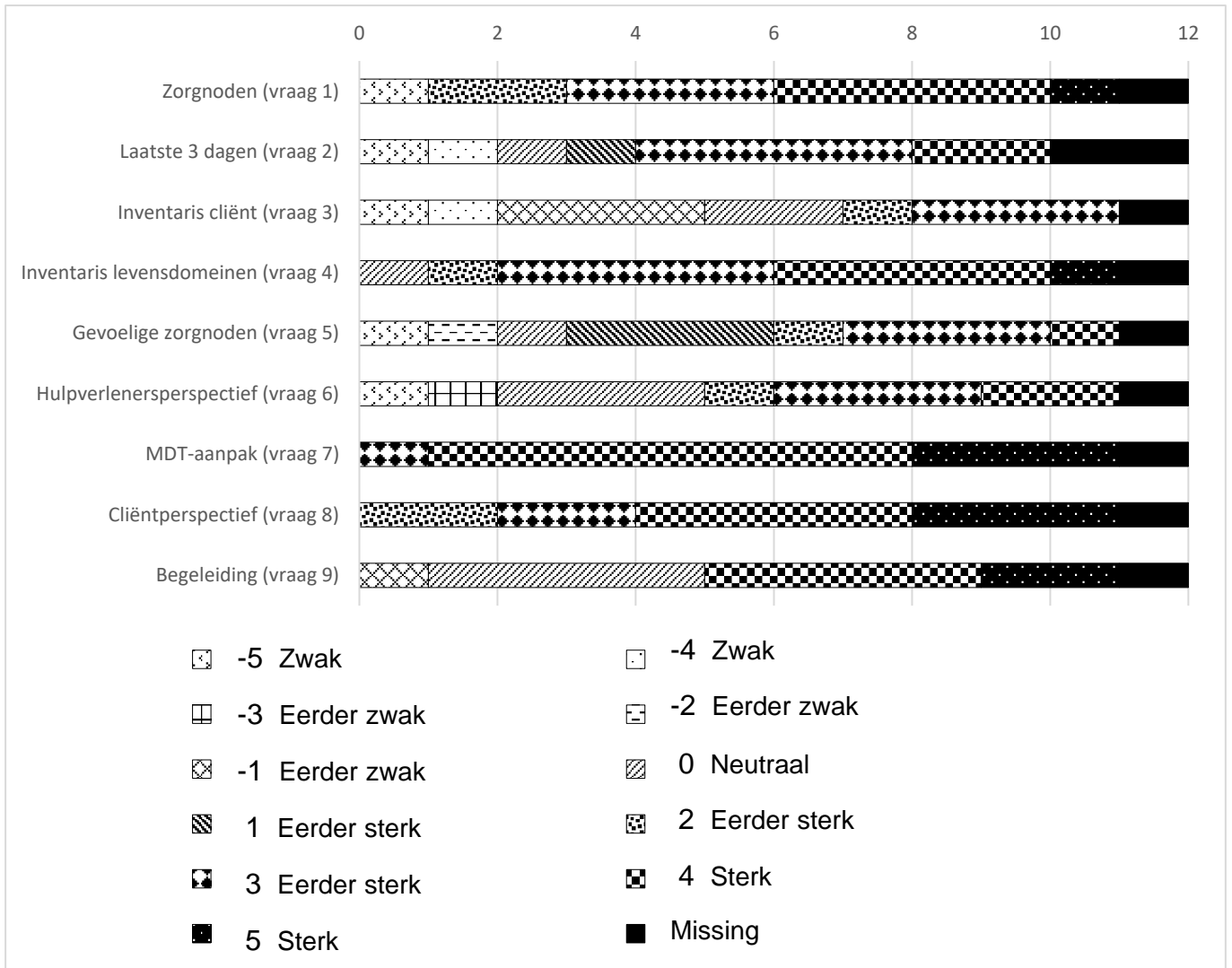
De attitude van de zorgverleners is positiever geworden doorheen de tijd, maar er zijn ook zorgverleners met een meer neutrale houding. Deze neutraliteit kan verklaard worden door de vrijgave van de Vlaamse Conceptnota revalidatie. Daarin werd de link tussen het toekomstig gebruik van een BelRAI Revalidatie instrument en financiering opnieuw gelegd, wat misschien voor ongerustheid heeft gezorgd.

7.5 Attitude van het expertenpanel

Twaalf attitudeschalen werden geanalyseerd. De samenstelling van het expertenpanel was anders dan die van de interviews en focusgroepen. Daar ging het vooral om personen die de opleiding hadden gevolgd en het instrument hadden getest (en soms ook over stafleden van hun organisaties). Het expertenpanel bestond meer uit directies en beleidsmakers.

7.5.1 Thema 1: Doel, inhoud en het gebruik van het instrument

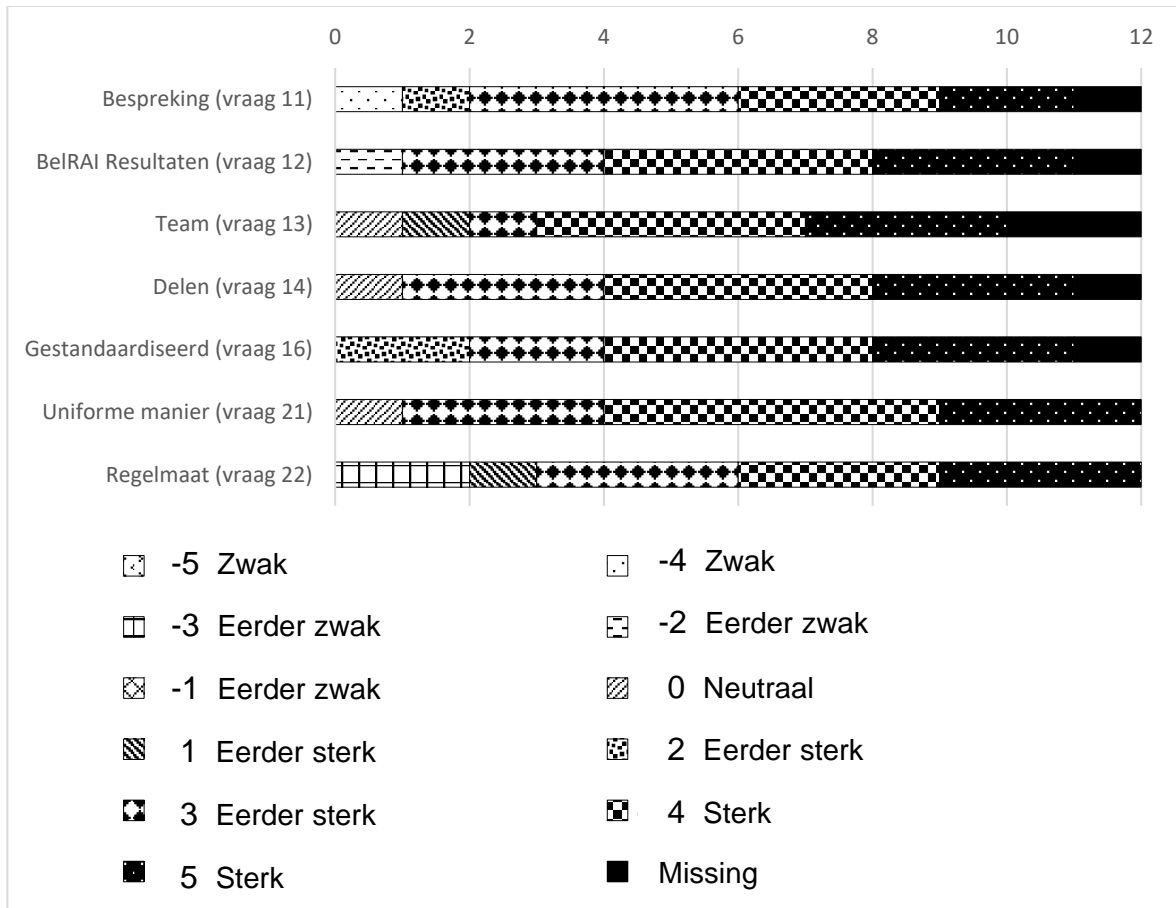
In het expertenpanel is een neutrale tot positieve houding te zien wat betreft thema 1 '*Doel, inhoud en het gebruik van het instrument*'. Opvallend is de neutrale tot sterk positieve houding ten opzichte van de '*MDT-aanpak*' (vraag 7). Telkens één expert vindt *Zorgnoden* (vraag 1), *Laatste 3 dagen* (vraag 2), *Inventaris revalidant* (vraag 3), *Gevoelige zorgnoden* (vraag 5) en *Hulpverlenersperspectief* (vraag 6) een zwakte (-5). Eén expert antwoordt vindt '*Laatste 3 dagen*' (vraag 2) en '*Inventaris revalidant*' (vraag 3) een zwakte (-4). Nog eens één expert beoordeelt '*Hulpverlenersperspectief*' (vraag 6) met het eerder zwakke -3 en Eén expert scoort -2 op '*Gevoelige zorgnoden*' (vraag 5). Drie experts hebben een licht negatieve (-1) houding wat betreft '*Gevoelige zorgnoden*' (vraag 5) en voor één expert geldt dit voor '*Laatste 3 dagen*' (vraag 2).



Figuur 84 Overzicht thema 1 ‘Doel, inhoud en het gebruik van het instrument’ aan de hand van negen vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.

7.5.2 Thema 2: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

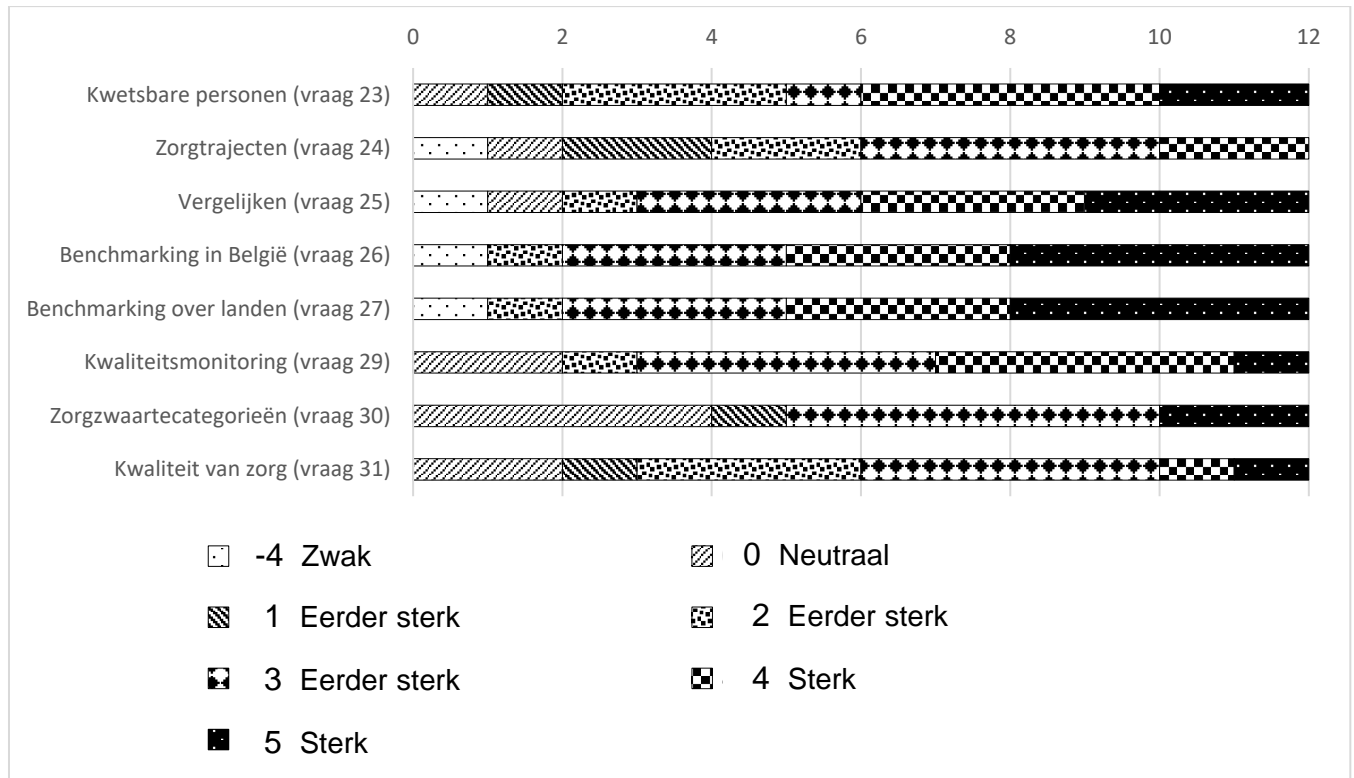
. Eén expert scoorde ‘Bespreking’ (vraag 11) als zwak (-4). Twee experts scoorden ‘Regelmaat’ (vraag 22) als eerder zwak m(-3) en één expert gaf een eerder zwakke -2 score op ‘BeIRAI Resultaten’ (vraag 12). De overige scores zijn neutraal of positief.



Figuur 85 Overzicht thema 2 'De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)' aan de hand van zeven vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.

7.5.3 Thema 3: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

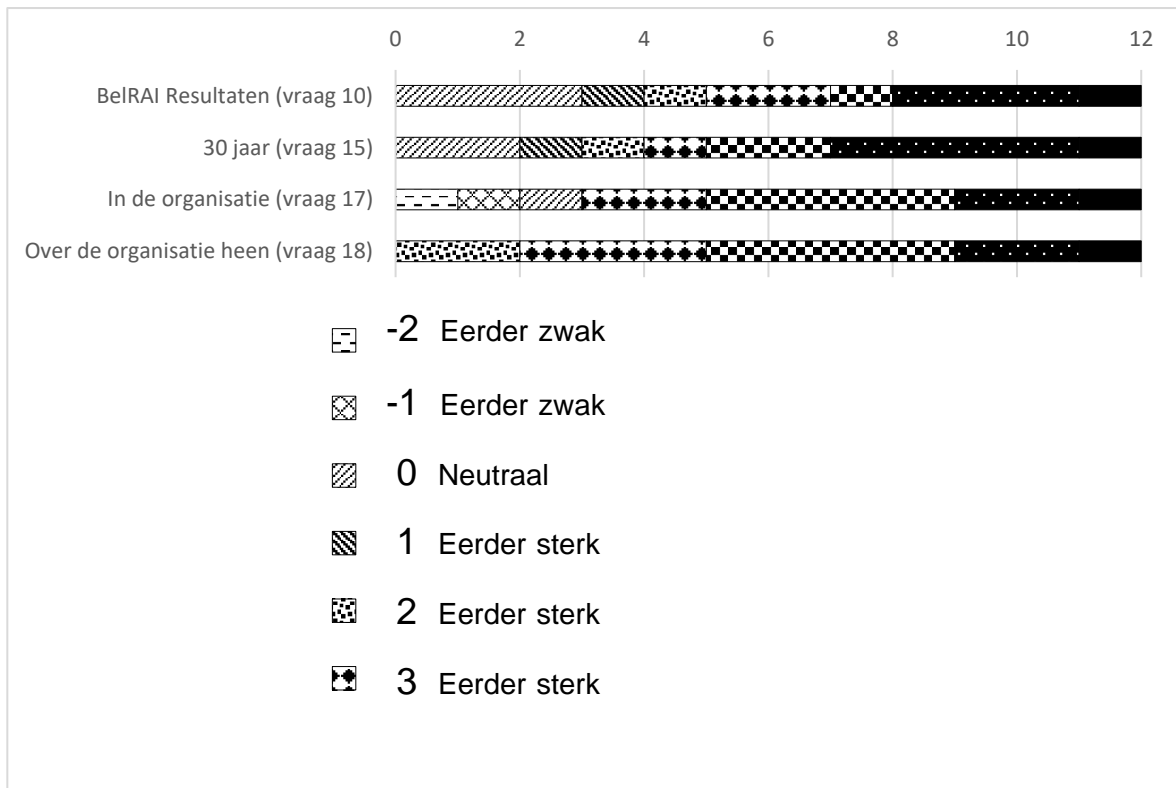
Telkens één expert vindt 'Zorgtrajecten' (vraag 24), 'Vergelijken' (vraag 25), 'Benchmarking in België' (vraag 26) en 'Benchmarking over landen' (vraag 27) zwak (-4) Het expertenpanel staat neutraal tot positief ten opzichte van thema 3 'Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën'.



Figuur 86 Overzicht thema 3 'Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën' aan de hand van acht vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.

7.5.4 Thema 4: Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie heen

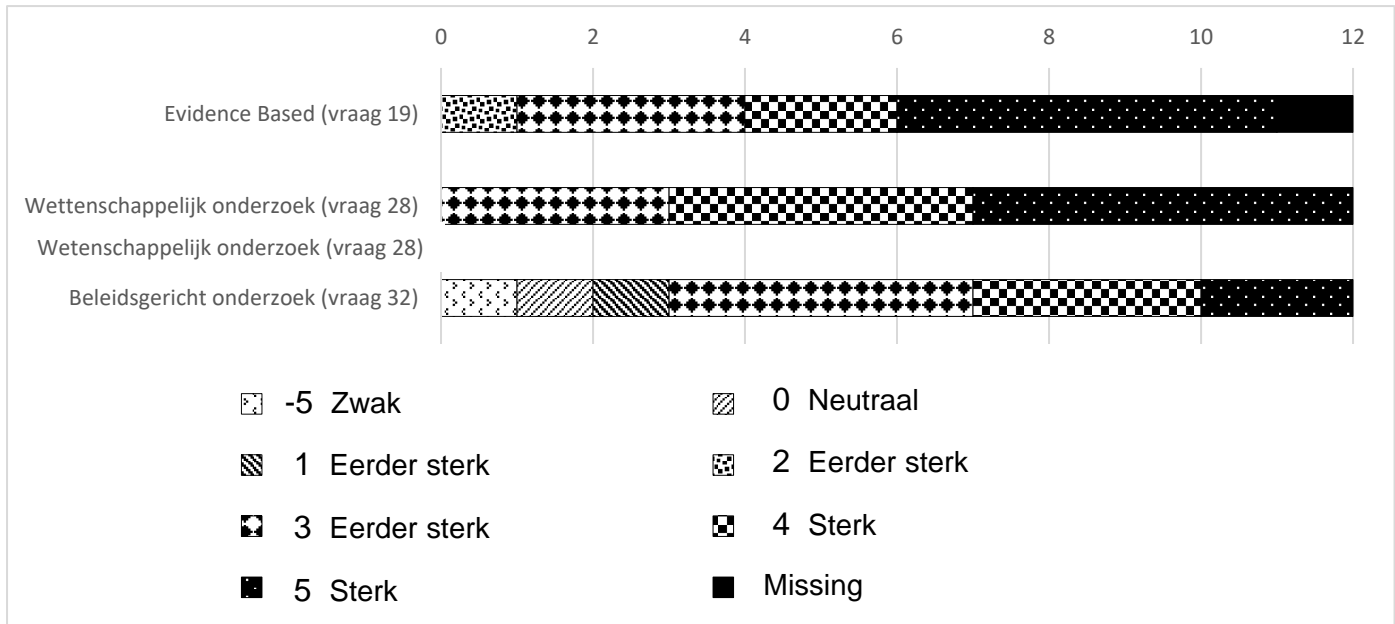
Er zijn twee experts die 'In de organisatie' (vraag 17) eerder zwak (-2 en -1) scoren.



Figuur 87 Overzicht thema 4 'Software en dossier gebruik in de organisatie en over de grenzen van de organisatie' heen aan de hand van vier vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.

7.5.5 Thema 5: evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)

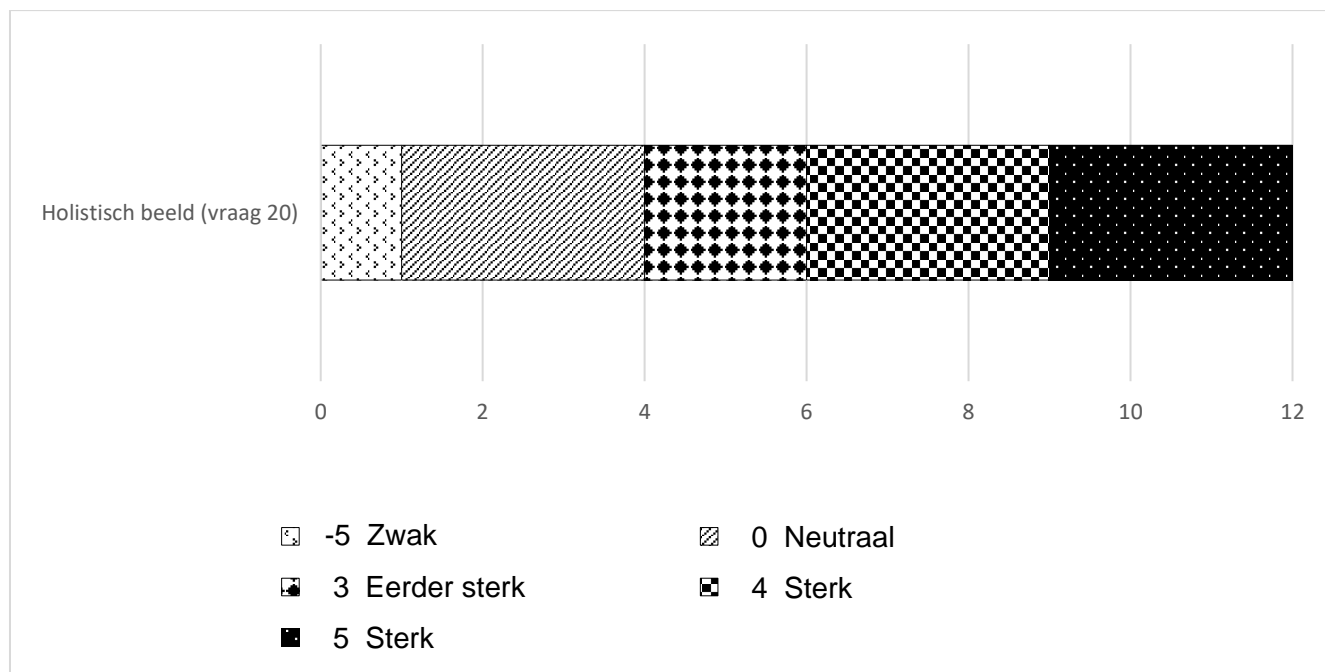
Eén expert vindt 'Beleidsgericht onderzoek' (vraag 32) een zwakte (-5). Alle overige scores liggen tussen 0 en 5 (neutraal tot sterk).



Figuur 88 Overzicht thema 5 'evidence based practice (EBP) en onderzoek met de BelRAI (Revalidatie)' aan de hand van drie vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.

7.5.6 Thema 6: ICF

Vraag 20 wordt beoordeeld door één expert als een zwakte gezien (-5). De overige scores zijn neutraal (3 experten), eerder sterk (score 3, twee experten) of sterk (drie maal score 4 en drie maal score 5).

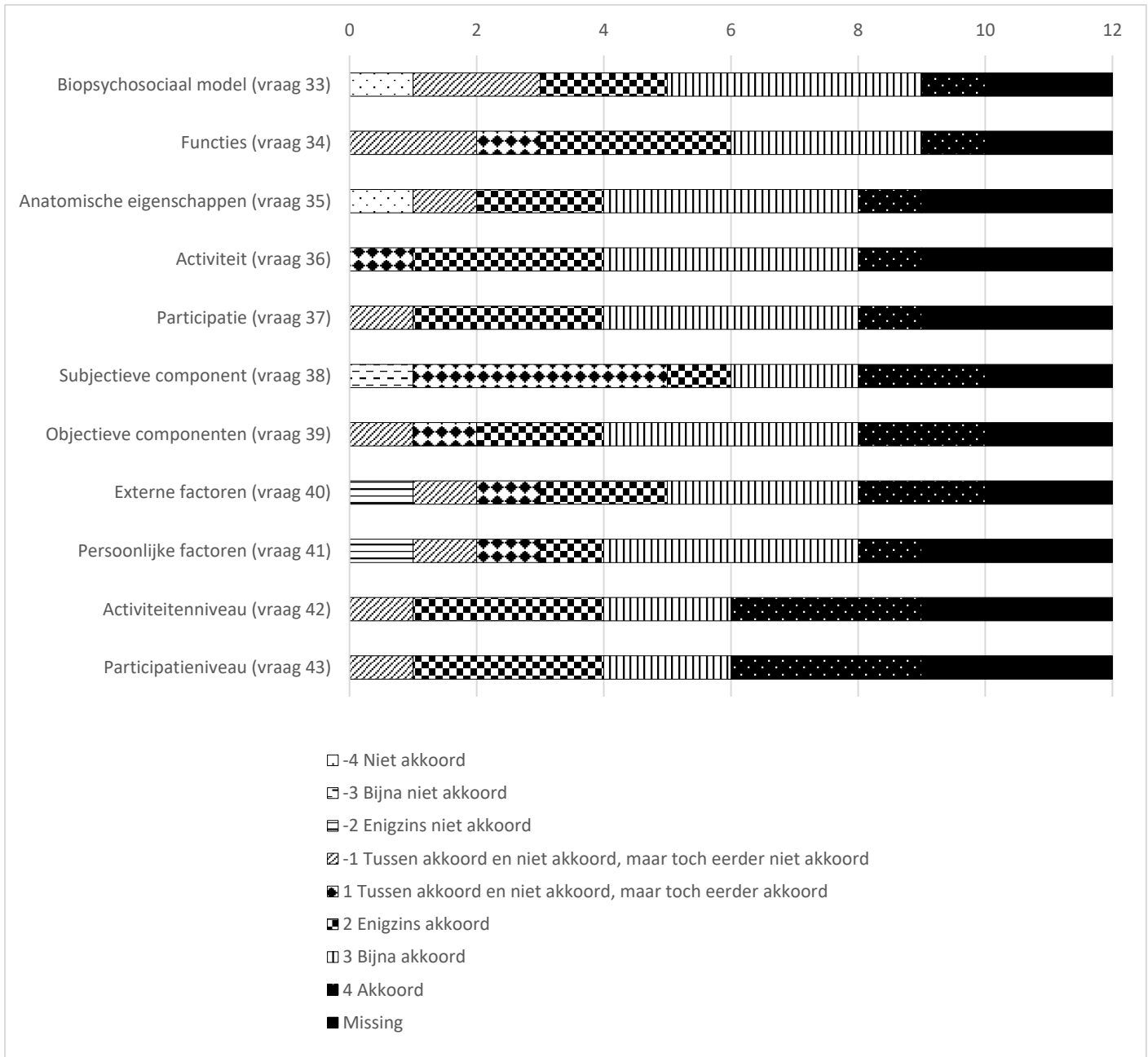


Figuur 89 Vraag 20 'Een volledig ingevuld BelRAI Revalidatie instrument is noodzakelijk om een holistisch beeld van het functioneren van de revalidant te bekommen' met antwoordmogelijkheden van -5,0,5, n=12, missing 0% (expertenpanel).

Eén expert vindt 'Biopsychosociaal model' (vraag 33) en 'Anatomische eigenschappen' (vraag 35) een zwakte (-4). Eén expert scoort -3 (eerder zwak) op 'Subjectieve component' (vraag 38). Telkens één expert vindt 'Externe factoren' (vraag 40) en 'Persoonlijke factoren' (vraag 41) eerder zwak (-2). Er werden een enigszins zwakke (-1) score gegeven:

- door twee experten op 'Biopsychosociaal model' (vraag 33) en 'Functies' (vraag 34)
- door één expert op 'Anatomische eigenschappen' (vraag 35), 'Participatie' (vraag 37), 'Objectieve componenten' (vraag 39), 'Externe factoren' (vraag 40), 'Persoonlijke factoren' (vraag 41), 'Activiteitsniveau' (vraag 42) en 'Participatieniveau' (vraag 43).

Per vraag zijn er twee of drie missing values. Sommige experten gaven aan ICF niet goed genoeg te kennen om een oordeel te kunnen vellen.



Figuur 90 Overzicht thema 6 'De ICF' aan de hand van 11 vragen uit de attitudemeting bij het expertenpanel, n=12.

8 CVI-vragenlijst: meest en minst relevante items

Dertien experts hebben de CVI-vragenlijst ingevuld. Niet elke deelnemer heeft echter expertise in elk levensdomein. Bijgevolg zijn er ook wel wat missing values. Rekening houdend met het feit dat de input relatief klein is en de steekproef van het BelRAI Revalidatie instrument niet representatief is voor de doelgroep, dienen deze resultaten met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. In onderstaande tabel worden de resultaten van de CVI-vragenlijst weergegeven, voor alle items die door 75% of meer van de deelnemers aan het onderzoek relevant worden gevonden.

Tabel 42 Weergave van de resultaten van de CVI-vragenlijst per item, percentage van relevantie

Vraag	% relevant
C6 Verwerkingssnelheid	100
C7 Aandacht en concentratie ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds laatste beoordeling)	100
C10 Executief functioneren en gedrag – redeneringscapaciteit en probleemoplossende vaardigheden/vermogen	100
G8 Hoe beweegt u zich voornamelijk voort buitenshuis?	100
G9 Wandelaafstand	100
P4 Woont in een appartement dat of een woning die (verblijfplaats) is aangepast voor zijn beperking	100
LXXXVIII Uitkeringsgerechtigd (financiële en fiscale steun)	100
D3 Een of meer familieleden kunnen met de persoon communiceren in diens favoriete communicatiemethode	90
D5 Hoorhulpmiddel	90
V11 Beslissing van ontslag is genomen	90
G7 Hoe beweegt u zich voornamelijk voort binnenshuis?	88.89
G13 Rijden – besturen	88.89
G13B Rijden – besturen - Rijbewijs	88.89
M2 Houding van de persoon ten opzichte van voorgeschreven geneesmiddelen	88.89
P5 Toegang tot het gebruikelijke woonverblijf	87.50
R1 Opleidingsniveau	87.50
XCVIII Job beschikbaar (bij ontslag uit de revalidatie)	87.50
XXXV Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (vervolg)	83.33
LXXXIX Soorten steun	83.33
B2 Sociale interactie	80
B4E Activiteiten en doelen - Behandeldoelen volgens de persoon	80
V4A Ontslagmogelijkheden - Steun en woonsituatie	80
V12 Persoon vertrok tegen medisch advies in	80
G1 Links/rechts	77.78
G2 Verplichte bedrust	77.78
G5 ADL-toestand ten opzichte van 90 dagen geleden (of sinds de laatste beoordeling daarna)	77.78

Hoofdstuk 3

XLIX Oriëntatie en mobiliteit overdag	77.78
G12 Werk	77.78
G13A Rijden – besturen - Heeft in de laatste 90 dagen een voertuig bestuurd	77.78
G13B Rijden – besturen - Rijgeschiktheidsattest	77.78
H2 Urineopvangsysteem	77.78
K4 Slikstoornissen	77.78
M1 Allergie voor geneesmiddelen	77.78
LXXII Gebieden waarop hulp werd verleend	77.78
XXXVI Mate van inzicht in de aandoening	75.00
F2 Eenzaam	75.00
F4 Rouw en verlies van functioneren	75.00
P1 Financiële problemen	75.00
P2 Woonomgeving	75.00
LXXIV Aanwezigheid parkeervoorziening en sanitair	75.00
XCV Sector	75.00

Hoofdstuk 4

Het kwalitatief onderzoek: gebruiksmogelijkheden, implementatievoorwaarden en voorwaarden waaraan het instrument volgens de deelnemers aan het onderzoek moet voldoen

In de loop van zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve dataverzameling hebben de deelnemers aan de focusgroepen, de intervisiemomenten, het expertenpanel of bij overleg met één of meerdere onderzoekers, input gegeven over hoe het instrument er uit zou moeten zien en onder welke voorwaarden het kan worden geïmplementeerd. In dit hoofdstuk beschrijven we wie de deelnemers waren aan die kwalitatieve dataverzameling en vervolgens geven we de resultaten weer. Hierbij beschrijven we eerst de voorwaarden waaraan het instrument moet voldoen, en vervolgens de voorwaarden voor implementatie van het instrument.

1 Beschrijving van de deelnemers aan de kwalitatieve dataverzameling

1.1 Intervisies met de deelnemers aan de BelRAI dataverzameling

De intervisies met personeelsleden uit de revalidatiesector die het BelRAI Revalidatie instrument invulden, waren in de eerste plaats bedoeld voor het beantwoorden van vragen en het detecteren en oplossen van problemen. Hoewel het de bedoeling was om hier enkel op in te gaan tijdens de focusgroepen, gingen de deelnemers tijdens die intervisies in op de voorwaarden waaraan het instrument moet voldoen en op de implementatievoorwaarden. Deze opmerkingen werden genoteerd en mee geanalyseerd met behulp van NVivo2.0. De kenmerken van deze personen werden beschreven in Hoofdstuk 32, paragraaf 2.

1.2 Focusgroepen met zorgverleners die betrokken waren bij het verzamelen van de BelRAI-data

Er werden ook vier focusgroepen georganiseerd voor de deelnemers aan de test. Iedere zorgverlener die de BelRAI Revalidatie instrumenten invulde (en bijgevolg de BelRAI Revalidatie opleiding heeft gevolgd) werd uitgenodigd voor deelname aan een deelsector overschrijdende focusgroep.

Op vraag van de betrokken sectoren organiseerden we tevens twee specifieke focusgroepen voor de visuele revalidatie en voor de gehoorrevalidatie. Er was ook vraag naar een focusgroep over het premorbide functioneren, maar daar bleek uiteindelijk toch weinig interesse in, zodat die focusgroep werd geannuleerd. Over de deelnemers aan de zes focusgroepen werden volgende gegevens geregistreerd via het inschrijvingsinstrument: aantal deelnemers per focusgroep, de aard van de voorziening waar ze werkzaam zijn en hun discipline. Daarnaast vulde elke deelnemer ook een demografische fiche in.

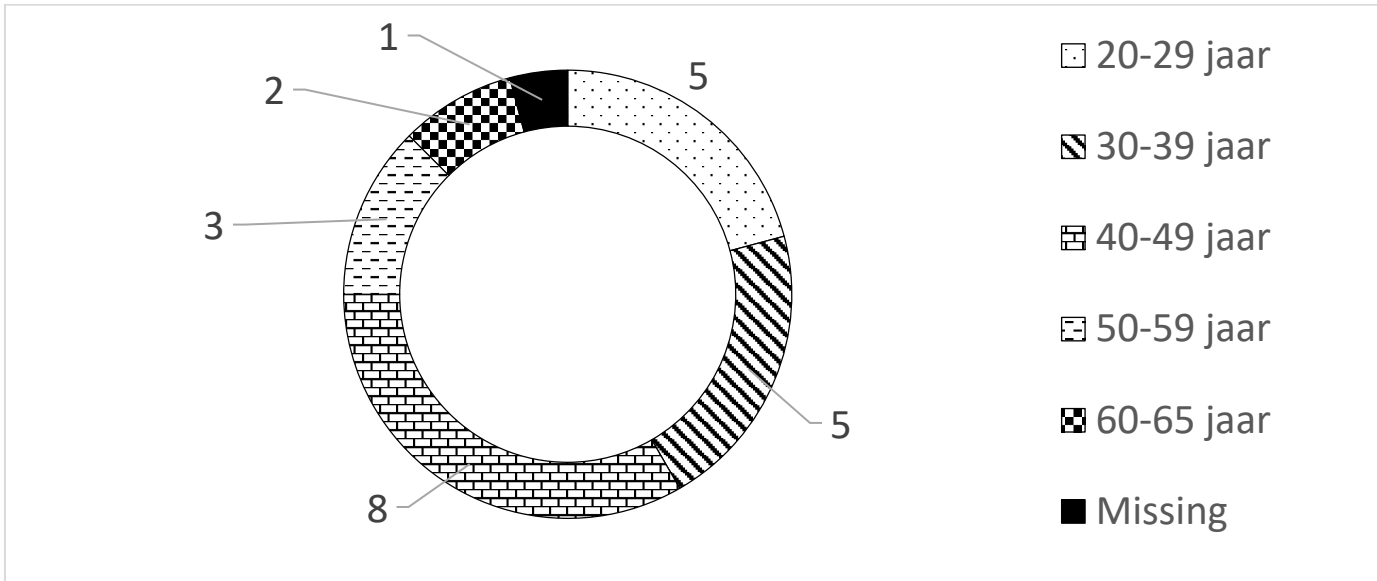
Tabel 43 Focusgroepen met de deelnemende organisaties: aanwezigheden en demografische fiches

	Aanwezige personen (afdelingen)	Aantal demografische fiches
Focusgroep 1 (18/02/2019)	5(3)	5
Focusgroep 2 (19/02/2019)	7(7)	6
Focusgroep 3 (22/02/2019)	5(3)	5
Focusgroep 4 (26/02/2019)	9(5)	5
Totaal	26	24

Om de anonimiteit van de zorgverleners te vrijwaren, werden de analyses van de focusgroep visuele revalidatie en gehoorrevalidatie samengenomen en summier gehouden. Er werden negen demografische fiches ingevuld. Niet elke deelnemer had de BelRAI Revalidatie opleiding gevolgd, maar alle deelnemers hadden voldoende ervaring en expertise om input te geven over de relevantie van een item of vraag. De deelnemersgroep bestond uit twee sociaal werkers, één psycholoog, één ergotherapeut, twee logopedisten, één audioloog (maar ook twee personen die aangaven naast hun hoofddiploma ook over dit diploma te beschikken) en nog twee personen met een ander diploma.

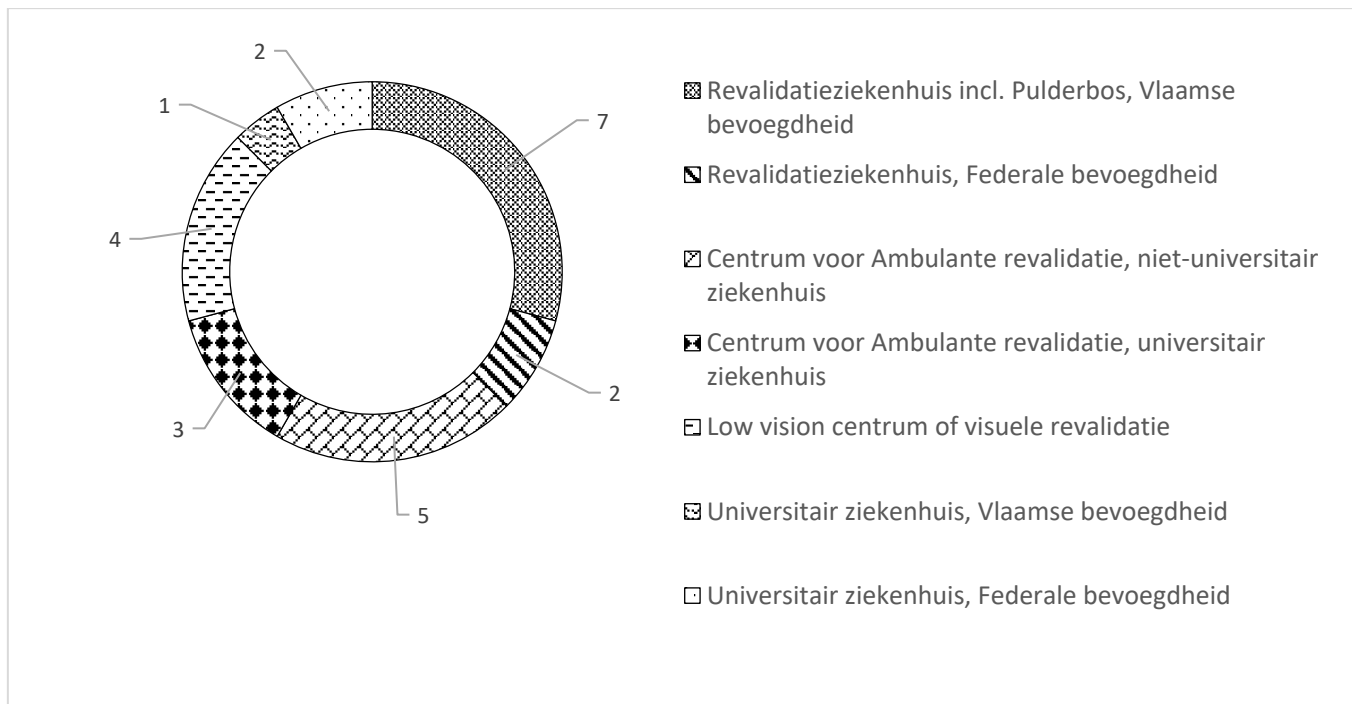
Tabel 44 Specifieke focusgroepen: aanwezigheden en demografische fiches

	Uitgenodigd personen (afdelingen)	Ingeschreven Personen	Aanwezig (afdelingen)	Demografische fiches
Focusgroep visuele revalidatie (16-11-2018)	10 (5)	7 (4)	8 (4)	4
Focusgroep gehoorrevalidatie (28-11-2018)	26 (20)	8 (6)	9 (6)	5
Focusgroep premorbide functioneren (voorzien februari 2019)	De hele sector	1	Annulatie	Annulatie



Figuur 91 Weergave van de leeftijdscategorieën van deelnemers aan de focusgroepen in aantallen, n=24, missing=1.

In totaal werden er 24 demografische fiches verzameld. Vier deelnemers zijn verbonden aan een afdeling die volledig federaal gefinancierd is (volgens de zorgverleners). De revalidatieziekenhuizen en de niet-universitaire CAR's zijn met vijf deelnemers vertegenwoordigd. De visuele revalidatie is met vier deelnemers vertegenwoordigd.



Figuur 92 Types van afdelingen die aan de sector overschrijdende focusgroepen deelnemen op basis van de demografische fiches, n=24, missing=0.

Net zoals bij de deelname aan de opleiding en het invullen van de instrumenten zijn de sociaal werkers (negen zorgverleners) het sterkst vertegenwoordigd, gevolgd door de ergotherapeuten (zes

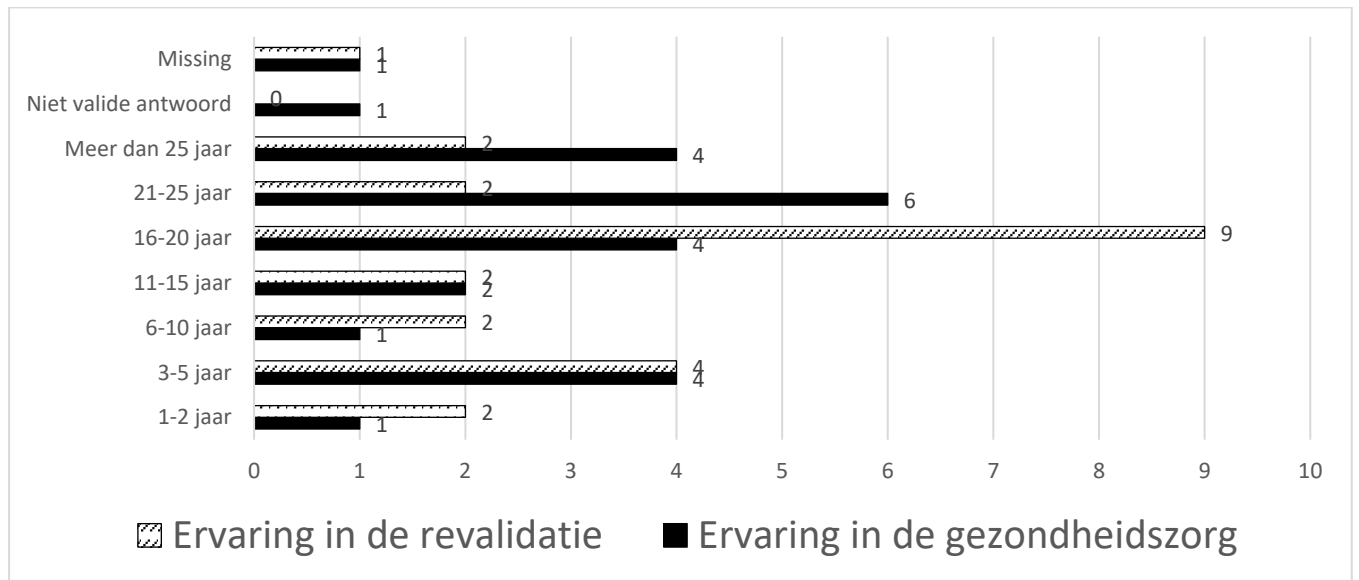
zorgverleners). Aan de focusgroep hebben twee artsen deelgenomen. Eén deelnemer heeft een tweede diploma (niet verder gespecificeerd).

De meeste deelnemers (17) werken in een functie die overeenstemt met hun opleiding, gevolgd door deelnemers actief als hoofd van een afdeling of andere leidinggevende functie. Er is geen tweede functie gescoord. De deelnemers werken vooral voltijds of '80% of meer' (17 zorgverleners).

Tabel 45 Werkregime (in %) van de deelnemers aan de focusgroepen op basis van de demografische fiches, n=24, missing=1

	Frequentie
Voltijds	10
80% of meer	7
Tussen de 50% en 79%	3
Tussen de 20% en 49%	2
Minder dan 20%	1
Missing	1

Alle deelnemers hebben relevante ervaring in gezondheidszorg of revalidatie.



Figuur 93 Ervaring in de gezondheidszorg en de revalidatiesector van de deelnemers aan de focusgroepen op basis van de demografische fiches, in absolute waarde (n), n=24; missing=2.

1.3 Expertpanel met verschillende stakeholders

Er ging één expertenpanel door met vier types van deelnemers:

- Beleidsmakers (één tot twee deelnemers);
- Coördinatoren en directie van revalidatievoorzieningen (één tot twee deelnemers);
- Beroepsbeoefenaars, zorgverleners die het instrument gebruikt hebben in de praktijk (één tot twee);
- Vertegenwoordigers van de revalidanten en hun families (één deelnemer).

Deelnemers van het expertenpanel dienden goed op de hoogte te zijn van het BelRAI Revalidatie project om een sterk inhoudelijk debat te kunnen voeren over de implementatie en de toekomst van het BelRAI Revalidatie instrument.

Het opnemen in het expertenpanel van specifieke revalidanten en/of hun mantelzorgers via lidmaatschap van gekende patiëntengroepen (bv. Ahosa, Brailile liga, NAH Liga, MS Liga, Ampitrade, Piekernie vzw, ...) bleek niet haalbaar. De rol van revalidantenvertegenwoordiging werd opgenomen door het Vlaams Patiëntenplatform.

Tot slot hebben een aantal stuurgroepleden zich kandidaat gesteld om de stakeholdersgroep van beleidsmakers te vertegenwoordigen. Er is door de stuurgroep bewust gekozen om geen beroepsverenigingen op te nemen in het expertenpanel. Het onderzoeksteam heeft zorgverleners die zeer actief zijn geweest verspreid over de verschillende deelsectoren bij het project aangeschreven. De selectie van zorgverleners gebeurde in intern overleg in het onderzoeksteam.

Tijdens het expertenpanel werd er dieper ingegaan op de implementatie en gebruiksmogelijkheden van het BelRAI Revalidatie instrument (onderzoeksvraag 1, 3 en 5).

Na akkoord van de deelnemers wordt het expertenpanel opgenomen op twee verschillende audio-opnameapparaten.

Voorafgaand aan het expertenpanel werd in samenwerking met het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) een denkmoment BelRAI Revalidatie georganiseerd. Hieraan hebben revalidanten deelgenomen vanuit volgende verenigingen: MS Liga, Werkgroep Hersentumoren, Amptraide (personen met een amputatie) en personen met pulmonale hypertensie en bindweefselaandoeningen. Negen personen waren ingeschreven. Tijdens dit denkmoment werd door de onderzoeker enkel informatie gegeven. Achteraf discussieerden de deelnemers onder elkaar, zodat de vertegenwoordiger van het VPP goed voorbereid zou zijn voor het expertenpanel.

1.3.1 Samenstelling en respons

In totaal hebben zeven directieleden of zorgverleners met een kaderfunctie hun interesse geuit, wat meer is dan de twee deelnemers die voorzien waren. In samenspraak met de stuurgroep zijn enkel directieleden en zorgverleners die een kaderfunctie uitoefenen binnen de Vlaamse revalidatiesector uitgenodigd. Twee directieleden van een CAR hebben daarop hun interesse kenbaar gemaakt. Aan hen werd op advies van de stuurgroep gevraagd om in overleg met elkaar, één directielid af te vaardigen.

Vanuit de stakeholdersgroep hebben drie stuurgroepleden (het VPP buiten beschouwing genomen) hun interesse getoond. Twee stuurgroepleden hebben een overheidsfunctie en één stuurgroeplid is een beleidsmedewerker in een koepelorganisatie.

Om de balans tussen de verschillende stakeholdersgroepen te behouden, werd een extra ervaringsdeskundige uitgenodigd om de stakeholdersgroep van revalidanten en naasten te versterken. Een ervaringsdeskundige is opgeleid om deel te nemen aan multidisciplinaire teams en ook om revalidanten te vertegenwoordigen.

Zorgverleners waren moeilijk te motiveren om deel te nemen aan het expertenpanel. Zij hadden veel tijd gespendeerd aan de afname van de BelRAI Revalidatie instrumenten en de focusgroepen, en hadden slechts weinig tijd om nog deel te nemen aan het expertenpanel. Twee mensen namen niettemin deel.

Vervolgens werd er een directielid-zorgverlener met veel klinische en academische ervaring uitgenodigd, die tevens het instrument kent. Eén van de stuurgroepleden vertegenwoordigde een koepelorganisatie. Zo werd het werkveld door vier deelnemers vertegenwoordigd, weliswaar met twee deelnemers in een dubbelfunctie.

Tabel 46 Expertpanel 29 maart 2019 BelRAI Revalidatie

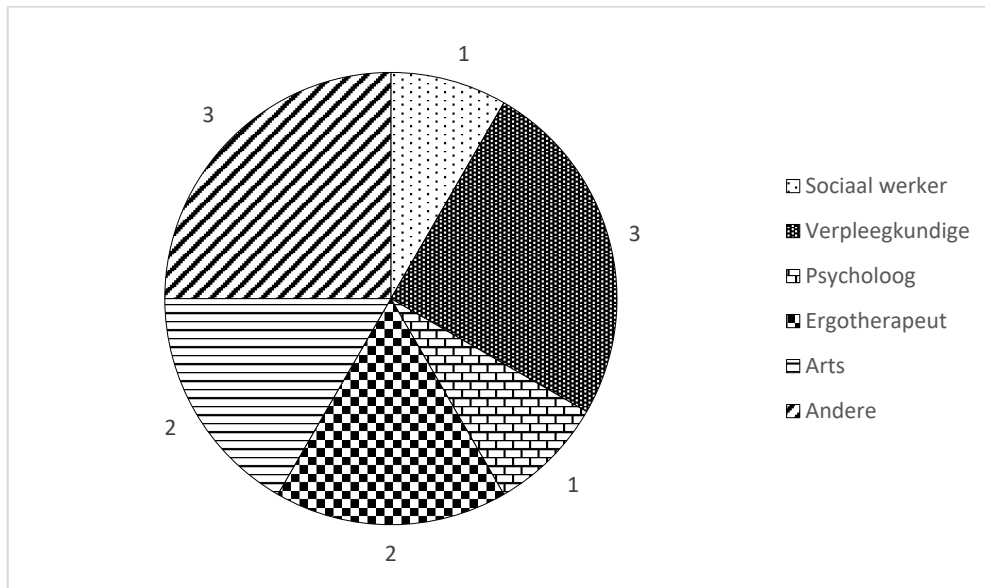
* Waarvan één iemand in een dubbel functie werkveld en beleid/directie

** Directielid dat tevens actief is naar academisch werk buiten beschouwing gelaten

Stakeholdersgroep	Onderzoeksopzet	Verwacht op het expertenpanel	Aantal effectief aanwezig
Beleid (stuurgroepleden)	2	4*	4*
Directieleden en/of persoon actief in een kaderfunctie	2	4	4
Revalidanten en familie	1	2	1
Zorgverleners die getest hebben	1	3*	4*
Academisch werkveld	0	2**	2**
Moderator	1	1	1
Totaal	7	16	16

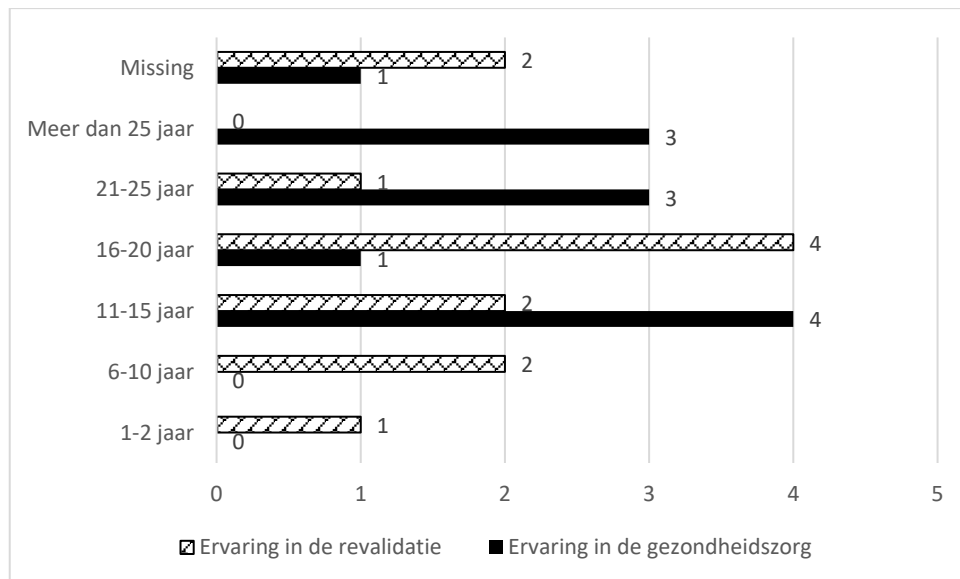
Door ziekte heeft de ervaringsdeskundige op de dag zelf de deelname ingetrokken. De zorgverlener die zich verontschuldigd had, heeft alsnog de tijd gevonden om deel te nemen. Bijgevolg waren er 16 deelnemers (in plaats van de voorziene zeven) op het expertenpanel aanwezig.

De analyse van de demografische fiches is gebaseerd op 12 instrumenten (zonder de drie onderzoekers). Negen van de 12 deelnemers aan het expertenpanel zijn vrouwen en drie deelnemers zijn verpleegkundige. Eén deelnemer meldde nog een tweede diploma te hebben behaald (niet verder omschreven). Drie deelnemers bevinden zich in de leeftijdscategorie 30-39 jaar, vijf in de leeftijdscategorie van 40-49 jaar en vier in de leeftijdscategorie van 50-59 jaar.



Figuur 94 Weergave van de vooropleiding, eerste diploma of beroepsdiscipline, deelnemers expertenpanel in absolute waarde, n=12, missing=0.

Vier deelnemers hebben 16-20 jaar ervaring in de revalidatie of 11-15 jaar ervaring in de gezondheidszorg.



Figuur 95 Ervaring in de gezondheidszorg en revalidatie van de deelnemers aan het expertenpanel, in absolute waarde (n), n=12; missing=8.33% of 16.67%.

2 Resultaten uit de kwalitatieve data-analyses

Aangezien dezelfde topics en thema's tijdens de intervisies, de focusgroepen en het expertenpanel aan bod kwamen en om te kunnen aangeven waar de verschillende groepen van deelnemers het al dan niet met elkaar over eens zijn, worden alle data samengebracht.

We bespreken eerste de voorwaarden waaraan het instrument moet voldoen en vervolgens de voorwaarden voor implementatie. Onderstaande thema's kwamen aan bod:

1. De voorwaarden waar het instrument aan moet voldoen:
 - a. Suggesties voor verbetering van de kwaliteit van de data
 - b. De redenen voor de lage responsgraad
 - c. De omschrijving van de doelgroep voor het instrument
 - d. De lengte van het instrument
 - e. De geschiktheid en aangepastheid van interRAI en BelRAI voor de Vlaamse revalidatie
 - f. De relatie met diagnostiek
 - g. Hoe anderen de verzamelde data (goed) kunnen gebruiken
 - h. Hoe de perspectieven van de zorgverlener en de revalidant zich verhouden
 - i. Hoe de items worden geïnterpreteerd,
 - j. Wanneer het instrument moet worden afgenomen
 - k. Hoe het instrument zich verhoudt tot andere gebruikte instrumenten
 - l. Voor wie het instrument nuttig is (complexiteit van de zorg)
 - m. Hoe BelRAI zich verhoudt tot ICF
 - n. Hoe hulpmiddelen kunnen worden gescoord
 - o. Het ontwikkelen van bijkomende schalen.
1. De implementatievoorwaarden
 - a. Het handboek en de wiki-site
 - b. De output
 - c. De opleiding
 - d. De kwaliteit van de afname
 - e. De informatieveiligheid
 - f. Het beschermen van de therapeutische relatie
 - g. Impact op de verwachtingen van de revalidanten
 - h. Het verschil tussen ambulante en residentiële zorg
 - i. De nood aan een ICF-schema
 - j. De link met andere lopende projecten en initiatieven
 - k. De link met financiering
 - l. Het delen van informatie
 - m. De nood aan een implementatieplan
 - n. Hardware, software en eHealth
 - o. De toegangsrechten tot de assessments en de software
 - p. De zorgtrajecten
 - q. De administratieve vereenvoudiging
 - r. Kwaliteitsbewaking en controle
 - s. De samenwerking en de cultuurverandering in een multidisciplinair team
 - t. Het onderscheid tussen care en cure

2.1 Voorwaarden voor het instrument

In het algemeen hebben de deelnemers van zowel de interviews, de focusgroepen als het expertenpanel het bijzonder moeilijk met het definiëren welke items relevant zijn voor de revalidatie. Een deelnemer van het expertenpanel vat het dilemma kort samen: *'Wat wij nodig hebben, hebben anderen niet nodig en omgekeerd'*. Het gaat om een sector die in verschillende zorgvormen zorg verleent aan diverse populaties met soms erg verschillende revalidatienoden.

In de focusgroepen stelt men dat er allereerst moet worden gedacht aan het welzijn van de revalidant en vooral aan de kwaliteit van zorg. Het BelRAI Revalidatie instrument moet items bevatten die het functioneren en het revalidatiepotentieel weergeven en ook items of aspecten die een impact hebben op het revalidatietraject (minimum dataset). De zorgverleners geven tijdens de interviews echter ook aan dat het instrument en de invultijd niet te lang mogen zijn.

De combinatie van beide factoren leidt tot een moeilijk probleem: hoe alles wat men nodig acht meenemen en tegelijk de invultijd haalbaar houden? Hierop komt tijdens de kwalitatieve dataverzameling geen eenduidig antwoord. Vooral tijdens de interviews blijkt dat de meningen erg uiteenlopend zijn. Dit bevestigt het eerder vermelde citaat van een deelnemer aan het expertenpanel: wat absoluut nodig wordt geacht voor één subsector of één type van revalidanten, wordt door een andere subsector als overbodig en balast ervaren. Dit noopt tot een meer modulair systeem dat op maat van de subsector of de revalidant kan worden ingevuld.

2.1.1 Kwaliteit van de data

Er zijn heel wat missing values in de ingevulde BelRAI Revalidatie instrumenten. Tijd, ruimte, energie, financiering en onduidelijkheden in het handboek worden tijdens de interviews als belangrijkste redenen gegeven voor de mindere kwaliteit van de data door de lagere respons dan voorzien.

Vooraf is gesteld dat men de *modules* naar klinisch oordeel mocht invullen. Ondanks deze instructie hebben zorgverleners de vrijheid genomen om deze regel toe te passen voor het hele instrument. Het handboek beschrijft wat premorbide is, dat de core set voor iedereen verplicht ingevuld moet worden, dat de beoordelingsreferentieperiode drie dagen is, en dergelijke meer. Suggesties voor verbetering konden uiteraard altijd gemeld worden aan de onderzoekers. Er is gevraagd om geen antwoordmogelijkheden toe te voegen in de instrumenten, maar toch voegden sommigen *n.v.t.* toe of lieten ze core items blanco. Uit de interviews blijkt dat dit te maken heeft met enerzijds de lengte van het instrument. Anderzijds houdt het wellicht ook verband met het feit dat men op papier (en zonder output) moest invullen. In software kan men niet afwijken van de antwoordmogelijkheden en kunnen pop-ups waarschuwen dat een item ingevuld moet worden.

2.1.2 Responsgraad

Zoals reeds eerder beschreven, is de steekproef niet representatief, noch wat betreft de deelnemende organisaties, noch wat betreft de revalidanten. De zorgvoorzieningen noch de revalidanten hebben een onkostenvergoeding gekregen voor hun deelname. De deelnemers aan de focusgroepen en de interviews geven aan dat de afwezigheid van een onkostenvergoeding voor revalidanten ertoe heeft geleid dat enkele revalidanten niet wensten deel te nemen, zeker bij de ambulante zorg, waar men eventueel speciaal langs moest komen voor het assesment. Enkele voorzieningen hebben tijdens de focusgroepen ook aangegeven dat de afwezigheid van financiering voor de deelname als organisatie hun weerhield om deel te nemen. Dit wordt ook vermeld tijdens het expertenpanel. De voorzieningen

die wel hebben deelgenomen, ervaren de tijd (papieren testing, opleiding, instuderen van het instrument) en de belasting door het onderzoek als groot. Ook de informatiesessie, opleiding, focusgroepen en intervisiemomenten kosten tijd in een drukke agenda. De mate van deelname is bijgevolg afhankelijk geweest van de mogelijkheid voor directies om zorgverleners vrij te stellen en wellicht minder van de individuele motivatie van zorgverleners, zo blijkt ook de intervisies en de focusgroepen.

2.1.3 Doelgroep

Het onderzoeksopzet richtte zich tot de doelgroep Vlaamse revalidatie, meer bepaald enkel de langetermijnrevalidatie voor volwassenen (18-65 jaar). Er zijn echter nog veel andere doelgroepen die revalidatie krijgen of die buiten de Vlaams gefinancierde revalidatie gelijkaardige revalidatie krijgen. Ook kinderen (< 15 jaar) en ouderen (65 jaar en ouder) worden tot nu toe uitgesloten. Voor kinderen en minderjarigen is er tot nu toe geen instrument. Voor ouderen zijn er reeds verschillende BelRAI instrumenten (HC, AC en LTCF), maar er is geen revalidatie-specifiek instrument. Omwille van de continuïteit vragen de deelnemers van het expertenpanel naar een kinder- en een ouderen-instrument voor de revalidatie. In de toekomst zou er volgens hen ook een representatieve steekproef van alle revalidanten, in alle leeftijden moeten worden betrokken.

De deelnemers van de focusgroepen geven aan dat personen met een handicap ook revalidatienoden hebben. Momenteel werkt het VAPH met een ander inschalingsstelsel. Bij voorkeur zou de doelgroep verbreed moeten worden en zou het instrument getest moeten worden bij deze doelgroep. De deelnemers vermoeden dat er nog andere items nodig zijn voor dit type revalidanten, omdat zij andere revalidatiemogelijkheden en revalidatiepotentieel hebben.

Tevens is er vanuit de intervisies de vraag naar een aangepaste, eventueel kortere versie voor wanneer personen op proefweekend gaan en informatie moet worden uitgewisseld met de eerste lijn. Wanneer alle instrumenten evenwel opgenomen zijn in BelRAI 2.0, dan kan iedere zorgverlener op elk moment in het zorgtraject informatie lezen en toevoegen. Tijdens de beperkte test is deze meerwaarde nog niet geïllustreerd kunnen worden.

Ten slotte zal ook een aangepast (deel)instrument voor personen in coma aangeboden moeten worden. Voor deze personen zijn veel items in het BelRAI Revalidatie instrument niet zinvol of niet van toepassing (zoals ADL- of IADL-taken). Daarom werd deze doelgroep ook uitgesloten voor de test. De deelnemers aan de intervisies geven echter aan dat dat in de toekomst anders moet. Eventueel zou men in het begin 'coma' moeten kunnen aanduiden en vervolgens slechts een subset van items zien in de software.

2.1.4 Lengte van het instrument

De deelnemers van de focusgroepen en het expertenpanel geven aan met een modulair systeem te willen werken, zodat er op maat van de revalidant bepaald kan worden welke modules nodig zijn in het kader van zorgplanning en communicatie.

Dit kwam minder rechtstreeks aan bod tijdens de intervisies, maar deze deelnemers uiten wel hun frustratie over de lengte van het instrument en het feit dat sommige secties voor hun doelgroep niet van toepassing zijn. Andere secties vinden ze dan weer niet uitgebreid genoeg, bijvoorbeeld wanneer het gaat over gehoor- of gezichtsproblemen, waarvoor ze vinden dat zelfs de elaboratiemodules niet ver genoeg gaan.

2.1.5 De geschiktheid en aangepastheid van interRAI en BelRAI voor de Vlaamse revalidatie

Individuele zorgverleners hebben een neutrale tot positieve houding ten opzichte van interRAI en de BelRAI Suite, maar ervaren een aantal frustraties met betrekking tot de basisprincipes van interRAI. Vooral de deelnemers aan de interviews en de focusgroepen uiten hun bezorgdheid of geven onduidelijkheden aan rekening houdend met het revalidatieproces.

Begrippen

Een aantal begrippen bleken voor deelnemers onduidelijk te zijn:

- Zo werd het begrip *intake* verschillend begrepen door de deelnemers (eerste week, eerste maand, eerste contact, ...). Een afbakening van het begrip is relevant bij de bepaling of sectie B nodig is om in te vullen.
- Gelijkaardige onduidelijkheid was er over sectie V, de ontslagsectie. De deelnemers stelden zich de vraag of sectie V niet altijd mag of kan ingevuld worden in het kader van ontslagplanning. Men stelt ook vragen naar instructies bij het invullen van het instrument bij een onverwachts ontslag of niet gepland ontslag.
- In het instrument wordt de term '*acuut*' gebruikt. Men vraagt zich af of dit de laatste 24 uur of de laatste 48u is, of misschien zelfs de laatste week of maand. Hoe de acute fase wordt gedefinieerd en gepercipieerd is vaak afhankelijk van de aandoening of het ziektebeeld.
- De term '*functional status*' of '*functionele status*' ervaart men als een paraplubegrip dat zo ruim is dat het niet meer duidelijk is. Er is vooral vraag naar gelijkenissen en verschillen met de ICF: gaat dit over participatie of over activiteiten?
- Revalidanten komen soms naar de revalidatiecentra en functioneren zwak (hoog revalidatie potentieel). Revalidatie heeft als doel het optimaliseren van het functioneren van de revalidant. Revalidanten veranderen continu. Wat is nu concreet *verbetering*, *geen verandering* en *verslechtering*? Voor iemand die niet kon lopen, is één meter een relevante verandering. Maar voor de zorgverlener kan dit mogelijks nog geen significante verbetering zijn rekening houdend met de aandoening. De grens tussen de antwoordcategorieën is moeilijk.
- De deelnemers gaven aan dat het taalgebruik en (medische) terminologie te veel neigt naar ouderenzorg of zware zorgbehoevendheid of zelfs algemeen verouderd is, vooral van de verplichte items. Nochtans worden deze items ook in andere sectoren gebruikt zoals de geestelijke gezondheidszorg of de zorg voor personen met een mentale beperking.
- De deelnemers ervoeren een zeker participatieplafond. Het activiteitenkapitaal van een zorgbehoevende persoon is veel kleiner dan dat van een niet-zorgbehoevende persoon. Revalidanten kunnen hulpbehoevend zijn, maar hebben juist nog veel participatiemogelijkheden of potentieel om hun participatie te vergroten. *Sporten* is ook een onderdeel van het participeren en wordt te sterk herleid naar mobiliteit en verplaatsen. *Sociale participatie*¹⁸ ontbreekt volgens de deelnemers.

Deze input moet wel worden genuanceerd. Veel van de vragen worden beantwoord in het handboek. Niettemin moet met deze opmerkingen rekening worden gehouden bij de verdere uitbouw van het project. Het hanteren van een papieren handboek is veel gevraagd en onhandig voor de zorgverleners. Het is handiger als er informatie per item wordt gegeven in de software.

¹⁸ Er zijn geen aanwijzingen dat participatie in de ICF geen sociale participatie zou omvatten. Wel dient de definitie van participatie te worden uitgebreid om alle aspecten van sociale participatie te bevatten (Piškur et al., 2014).

Core set

De deelnemers van zowel de interviews, de focusgroepen als het expertenpanel ervaren het principe van de interRAI core set als zeer relevant voor de communicatie en de doorverwijzing van revalidanten binnen de gezondheidszorg. Opvallend is dat er tijdens de interviews toch zeer vaak een uitzondering wordt gevraagd om een of meerdere sectie(s) met core items toch niet in te moeten vullen. Vooral deelnemers actief in de ambulante revalidatie (CAR's en visuele revalidatie) geven aan zich niet altijd even bekwaam te voelen om bepaalde secties betrouwbaar in te vullen. Dit zou ervoor kunnen pleiten om de core set te beperken en met meer elaboratiemodules te werken of om toch een onderscheid te maken tussen ambulante en residentiële revalidatie.

De deelnemers aan de interviews en de focusgroepen stellen zich vragen over de wetenschappelijke achtergrond van de keuze van items en vragen in de core set. De indruk is ontstaan dat de core sets van ICF sterker onderzocht zijn (ICF Research Branch, 2012). Er zijn enkele deelnemers die niet overtuigd zijn van het feit dat de interRAI core set universeel (ruimere dan ouderenzorg) bruikbaar is. Zij ervaren de nood aan een studie naar de relevantie van de interRAI core set bij niet-oudere personen. Er zijn nochtans honderden publicaties over de interRAI instrumenten, waarin ook de validering voor en het gebruik van de instrumenten (en de core set) voor jongere populaties met geestelijke gezondheidsproblemen of chronische ziektes zoals MS worden behandeld (zie onder meer (Foebel et al., 2013; Hirdes et al., 2008)).

Het wordt tijdens de interviews als zeer positief ervaren dat interRAI *cognitie* systematisch in kaart brengt aangezien dit als een gemis wordt ervaren in de huidige werking van de gezondheidszorg. Neurocognitief functioneren wordt bij volwassenen soms te weinig in kaart gebracht. De deelnemers aan de interviews zouden echter meer deeldomeinen dan *geheugen* van *cognitie* willen zien in de core set (te veel link met dementie). Door de afwezigheid van *oriëntatie en aandacht* in de core set van interRAI, wordt deze informatie niet door de andere sectoren in kaart gebracht (via de ICF core set wel in het BelRAI revalidatie instrument), waardoor het premorbide cognitief functioneren moeilijker in te schatten is.

Bepaalde items zouden niet conform de nieuwste (neurologische) wetenschappelijke inzichten zijn volgens de deelnemers aan de interviews en de focusgroepen. Voorbeelden zijn: procedureel geheugen, afasie, bevraging van aandacht, onderverdeling van geheugen (mogelijk te veel gelinkt aan dementie onderzoek), ... InterRAI update evenwel continu zijn instrumenten. De geformuleerde feedback is overgemaakt aan interRAI. De deelnemers aan interviews willen ook meer diagnoses in de core set, met ICD-11 linking.

De objectivering en standaardisatie van het functioneren van de revalidant in tijd (revalidanten-historiek), plaats (zorgsetting onafhankelijk), taal en discipline (zorgverlener) is de sterkte van interRAI. Het is echter tegelijkertijd een zwakte en rigiditeit volgens een kleine groep deelnemers aan zowel de focusgroepen als het expertenpanel, die haaks staat op de flexibiliteit en revalidantgerichtheid dit nodig is voor kwaliteitsvolle zorg. Elke revalidant is uniek. Bovendien neemt de vraag naar complexe zorg door multiproblematiek toe. Zorgverleners zijn mee in het verhaal van gebruik van de core set en resultaten berekenen, maar stellen dat voor de ene revalidant een core item niet zo relevant is als voor de andere. Vooral de secties over huid, voeding en incontinentie liggen moeilijk. Deze worden gebruikt, maar niet bij elke populatie van revalidanten. Zorgverleners uit de interviews geven aan dat deze niet zo universeel zijn en stellen de keuze van core items in vraag, maar niet het principe.

Probleemgeoriënteerde benadering

De deelnemers aan de interviews en de focusgroepen geven specifiek aan dat op taalgebied vele items negatief geformuleerd zijn: wat revalidanten niet kunnen (probleem-georiënteerd) of welke stoornissen men heeft (deficitmodel). Door de standaardisatie worden revalidanten hier misschien te snel in een specifiek 'hokje' geplaatst. Sommige revalidanten voelen zich slecht na een gesprek in kader van het invullen van het instrument door de probleemgeoriënteerde vraagstelling. Mogelijkheden moeten meer aanbod komen of bevestigd worden. Nu vraagt men enkel wat men niet kan volgens de deelnemers. Een bevestiging van *iemand's dromen* is positiever als benadering dan vragen naar welke revalidatie doelen iemand heeft. Dromen kunnen van nu en van het verleden zijn, doelen zijn eerder gebonden aan beperkingen en ziekte en aan de revalidatie zelf. De uitkomst is misschien dezelfde, maar de beleving en benadering is anders en relevant voor het psychologisch welzijn van de revalidant.

Beoordelingsperiode

De deelnemers aan de interviews en de focusgroepen (vooral uit de ambulante revalidatie) ervoeren moeilijkheden met het kwaliteitsvol invullen van de instrumenten, vooral door de tijdsperiode van drie dagen. De onderzoekers merken op dat het principe om de laatste drie dagen te scoren, moeilijk ligt. De deelnemers geven aan zich zo goed mogelijk aan de laatste drie dagen te houden, maar in de praktijk is dat niet voor elk item mogelijk. Iedereen vindt het standaardiseren van de observatieperiode positief, maar de deelnemers geven aan dat een referentieperiode van zeven dagen of meer dagen (tot een maand) nodig is. Zo lang duurt ook de intakeperiode. Gemiddeld na één maand wordt de informatie verkregen vanuit de intakeperiode, multidisciplinair geëvalueerd wat betreft correctheid. De suggestie is gegeven om de beoordelingsreferentieperiode te verlengen naar de laatste maand of de laatste zeven dagen. Onderzoek van interRAI toonde echter aan dat de verlenging van de observatieperiode van drie naar zeven dagen geen meerwaarde biedt.

Er is ook een verschil tussen de observatieperiode en de periode van invullen enerzijds en anderzijds de noden van een revalidant en de huidige manier van werken van organisaties. InterRAI werkt al jaren met een afnameperiode van drie dagen om het functioneren van de revalidant in kaart te brengen en men kan (ook via de software) tot na de referentieperiode het instrument invullen. InterRAI legt geen specifieke richtlijnen op hoe de multidisciplinaire werking dient te gebeuren. Organisaties en zorgverleners zijn vrij in de verdeling van wie welke items in zal vullen. Tijdens de interviews bleek toch dat de zorgverleners zich daar – wellicht ook omwille van beperkte ervaring – onwennig bij voelen en liever meer sturing zouden krijgen, maar ook meer op maat willen kunnen beoordelen. Deze twee vragen zijn niet zo gemakkelijk verenigbaar.

De periode van invullen en de observatieperiode worden met elkaar verward, zo blijkt tijdens de interviews. Er moet concreet in team afgesproken worden welke drie dagen men gaat observeren en eventueel ook beslissen wie zich op welke levensdomeinen en secties (meer) gaat richten. Er moet ook beslist worden door wie en in welke mate in deze drie dagen externe collega's of mantelzorgers bevestigd moeten worden. Vervolgens moet men samen in team tot een score komen, op basis van de aanwezige informatiebronnen. Dit gebeurt best zo snel mogelijk na de observatieperiode.

Er is de bezorgdheid vanuit de deelnemers van de interviews en de focusgroepen dat door de drie dagen observatieperiode de meer uitzonderlijke activiteiten niet of niet voldoende meegenomen worden in het BelRAI Revalidatie instrument. Betekenisvolle activiteiten (en bvb sociale participatie) riskeren uit de boot te vallen door zo'n korte periode. Een concreet voorbeeld is een familiefeest bij een persoon met een gehoorproblematiek. De echte zorgdoelen en aandachtspunten bijvoorbeeld op sociaal gebied

komen op zo'n moment naar boven en moeten in de score meegenomen worden. Men organiseert echter niet per se elke maand of zelfs niet elke drie maanden een familiefeest. Zelfs bij een systematische afname elke drie maanden, is de kans klein dat een familiefeest in de beoordelingsreferentieperiode van een afname valt. De bezorgdheid die deelnemers formuleren richt zich niet naar de activiteit, maar de externe factoren. Deze factoren moeten wellicht wel in het instrument worden opgenomen.

De BelRAI Suite bevat ook items met een beoordelingsperiode van ruimer dan drie dagen bv. valincidenten¹⁹. De deelnemers van de intervisies en de focusgroepen hebben interesse in informatie over op welke basis bepaald is welke items al dan niet ruimer dan drie dagen worden bekeken. Indicatoren van mogelijke depressie, angst of droefenis wordt op drie dagen beoordeeld terwijl er deelnemers liever deze items observeren in een periode van een week of twee weken.

Voor revalidatiespecifieke items kan onderzocht worden of de beoordelingsreferentieperiode van drie dagen relevant is, of moet verlengd worden naar 7, 30 of 90 dagen. Voor core items zou bij een aanpassing van de beoordelingsreferentiedatum de uitwisseling van items met andere instrumenten (ook de internationale database) verloren gaan.

Niet weten of niet van toepassing

Deelnemers aan de intervisies geven in de instrumenten aan dat een concept 'niet van toepassing' of 'niet geweten' is (of 'niet van toepassing in functie van de zorgvraag', 'niet van toepassing in functie van de leeftijd', 'wenst niet te antwoorden,' 'kan niet antwoorden'). Hun voorstel is om overal in elk instrument meer de keuze 'niet van toepassing' te voorzien. InterRAI biedt deze keuzemogelijkheid bewust liever niet. InterRAI kiest bewust voor kwaliteit door de zorgverleners te 'verplichten' een keuze te maken. Als men effectief per uitzondering alsnog geen mogelijkheid tot scoren ziet of als het item niet van toepassing is, laat men het gewoon leeg.

Moeite

Volgens de deelnemers aan zowel de intervisies als de focusgroepen kan het functioneren of de zelfstandigheid van de revalidant overschat worden omdat er niet of te weinig rekening wordt gehouden met de moeite die een persoon moet doen om bijvoorbeeld een IADL-taak uit te voeren. Hierdoor wordt de revalidanten volgens de deelnemers onrecht aangedaan. Deze opmerking is ook al in ander BelRAI onderzoek naar voor gekomen (onder meer met betrekking tot het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood). Het is besproken met interRAI en er wordt gezocht naar mogelijkheden om onderzoek te doen voor het ontwikkelen van goede items die ook 'moeite' bevragen.

Output

Het nut van de CAP's en de schalen wordt erkend als het om andere sectoren gaat, maar de deelnemers van de intervisies zijn nog afwachtend en zien nog geen directe meerwaarde specifiek voor de (residentiële) Vlaamse revalidatiesector. De toetsing van de bestaande CAP's en schalen is nog niet gebeurd en ook de ontwikkeling van revalidatiespecifieke CAP's en schalen is nog niet gestart. De deelnemers kregen wel nog geen CAP's en schalen kunnen zien of gebruiken tijdens de test.

¹⁹ 0 Geen valincident in de laatste 90 dagen
1 Geen valincident in de laatste 30 dagen, maar wel 31-90 dagen geleden
2 Een valincident in de laatste 30 dagen
3 Twee of meer valincidenten in de laatste 30 dagen.

De deelnemers deden tijdens de focusgroepen ook al voorstellen voor de ontwikkeling van revalidatiespecifieke CAP's en schalen:

- sociale integratie (combinatie van communicatie, gedrag,...),
- auto kunnen rijden (combinatie van cognitie en rijbewijs bezitten, fijne/grove motoriek,...),
- visuele problemen in het dagelijks leven,
- gehoorproblemen in het dagelijks leven,
- een schaal naar life satisfaction of kwaliteit van leven

Er zijn ook suggesties geformuleerd voor algoritmes die zich richten op mantelzorg(over)belasting, het psychologisch functioneren, risico op overbelastingletsels, Voor het revalidatiepotentieel zou best een schaal ontwikkeld worden. Dit laatste wordt ook tijdens het expertenpanel vermeld.

Wanneer het instrument met succes wordt gebruikt dienen er revalidatiespecifieke kwaliteits-indicatoren te worden ontwikkeld. De kwaliteit en de meerwaarde van de revalidatie op alle of op een aantal levensgebieden kunnen zo geobjectiveerd worden. De deelnemers aan het expertenpanel vinden deze benchmarking en kwaliteitstoetsing zeer relevant.

2.1.6 Relatie met diagnostiek

De deelnemers aan de interviews, de focusgroepen en het expertenpanel ervaren een gevoel van onduidelijkheid en fragmentatie van informatie. Heeft iemand nu een alcoholprobleem of niet? Heeft die persoon een hulpmiddel nodig of niet? Wat is nu de hulpvraag? De fragmentatie en onoverzichtelijkheid die men ervaart kan gedeeltelijk worden verklaard doordat de deelnemers aan de interviews en de focusgroepen nog meer ervaring moeten opdoen met het instrument, niet beschikken over BelRAI output (samenvatting, CAP's en schalen), er nog geen software is en ze ook meer vertrouwd zijn met de ICF.

Het BelRAI Revalidatie instrument of de BelRAI Suite zijn een weergave van iemands functioneren en geen diagnostisch instrument. Het is de weergave van het aantal alcoholconsumpties (in de laatste 14 dagen). Het is aan het klinisch inzicht van de zorgverlener, die dit andere items kan gebruiken om te beslissen of een bijkomend assessment nodig is (bv. een diagnose-instrument of het verslavings-supplement van interRAI) of om hierover in gesprek te gaan met de revalidant. Op basis van het BelRAI Revalidatie instrument kan er geen sluitende diagnose, zoals in dit voorbeeld alcoholverslaving, worden vastgesteld.

2.1.7 Gebruik van de data

Sommige deelnemers aan de interviews en de focusgroepen uiten ongerustheid over het feit dat revalidanten over- of onderschat gaan worden en dat er toch een vertekend beeld zal worden gecommuniceerd naar collega's die de zorg overnemen. Subjectieve zaken zoals moeite doen, het herorganiseren van een dagindeling, meer rusten, ... om tot participatie te komen staan niet in het instrument. Deze nuances kunnen niet gescoord worden met het BelRAI Revalidatie instrument. De deelnemers begrijpen dat deze informatie in het therapeutisch dossier hoort, maar men denkt dat het BelRAI Revalidatie-instrument op termijn toch ruimer zal worden ingezet dan enkel voor zorgplanning (en dan bedoelt men wellicht vooral financiering, maar ook doorverwijzing). In sommige gevallen ligt het verschil tussen wel of niet revalideerbaar zijn of revalidatiepotentieel hebben volgens de deelnemers nu net bij deze persoonlijke factoren.

2.1.8 Het zorgverlenersperspectief en het perspectief van de revalidant

Het BelRAI Revalidatie instrument is de weergave van de visie van de zorgverlener, meer bepaald de visie van het multidisciplinair team op het functioneren van de revalidant in de afgelopen drie dagen. Deze visie is ontwikkeld op basis van observaties en gesprekken met de revalidant, contacten met het netwerk (professioneel en niet-professioneel) en het zorgdossier. Over het algemeen zijn de deelnemers aan de focusgroepen tevreden met de vrijheid waarin men de informatieverzameling kan uitvoeren. Men zou evenwel voor enkele items (niet verder geconcretiseerd) willen weten of de informatie uit testen, observatie of bevraging voortvloeit. De perspectieven van de cliënt, de mantelzorger en de professional kunnen immers sterk verschillen.

De deelnemers aan de focusgroepen ook van mening dat revalidanten volwaardige partners zijn in het revalidatietraject en dat de revalidatieplanning of zorgplanning met de revalidant moet gebeuren. De revalidant kent zijn of haar lichaam altijd het beste (bij aanwezigheid van ziekte-inzicht). Zorgverleners gebruiken echter andere termen dan revalidanten. Perspectieven kunnen verschillen.

Maar er moet volgens sommige deelnemers een keuze worden gemaakt. Ofwel is het een instrument voor en door zorgverleners ofwel dient er een onderscheid te zijn tussen elk evenwaardig perspectief (zorgverlening, netwerk/mantelzorg en revalidant). Daaruit ontstaat het idee dat het BelRAI Revalidatie instrument zonder bevraging van de revalidant moet kunnen worden ingevuld en dat daarnaast een aparte bevraging van het perspectief van de revalidant en van zijn/haar netwerk (mantelzorg) moet gebeuren. De verwevenheid van zorgverlenersperspectief en revalidantperspectief in dit instrument is te groot naar het aanvoelen van de deelnemers. Bij een verschil tussen het zorgverlenersperspectief en revalidantperspectief kan de zorgverlener eigenlijk via de invulling de input van de revalidant overschrijven op dit moment. Zorgverleners vinden dit principe niet stroken met de erkenning van een revalidant als volwaardige partner in het revalidatieproces. Het paternalistische idee komt te veel naar boven doordat op het einde de beoordeling van zorgverlener toch 'wint' en de revalidant niet zelf wijzigingen kan aanbrengen in het ingevulde instrument.

Andere deelnemers aan de focusgroepen zijn dan weer niet te vinden voor een snel gebruik van een zelfevaluatie-instrument. Momenteel is het BelRAI Revalidatie instrument al voldoende complex, een extra databron in de vorm van een zelfevaluatie-instrument is er te veel aan. Het idee van een zelfevaluatie-instrument zorgt voor stress en onrust. Deze deelnemers zijn wel voorstander om op de langere termijn een zelfevaluatie-instrument uit te werken om ook de visie van de revalidant mee te kunnen nemen. Ook de aspecten kwaliteit van leven en welbevinden zouden via een zelfevaluatie specifiek bevroegd moeten worden in de toekomst.

De deelnemers aan de intervisies en de focusgroepen erkennen dat er 'officieel' maar een zevental vragen (bv. zelfgemelde stemming) expliciet bevroegd moeten worden bij de revalidant (perspectief revalidant). Gevoelsmatig geeft men aan dat veel meer items bevroegd moeten worden. De deelnemers erkennen dat een uitwisseling van vroeger ingevulde BelRAI instrumenten en het beter delen van het EPD (integratie van systemen) een deel van dit probleem kan opvangen, maar het functioneren zal steeds opnieuw in kaart moeten worden gebracht om een betrouwbare invulling van het instrument te hebben.

De ambulante sector valt – zo blijkt tijdens de intervisies – vooral terug op de informatie van de revalidant, eventueel aangevuld door het netwerk. De ambulante sector geeft aan dat men momenteel enkel de revalidant heeft als databron en men dus automatisch het perspectief van de revalidant invult in het BelRAI Revalidatie instrument. De deelnemers zouden graag ook een zevental vragen die expliciet

het perspectief van de revalidant weergeven, in vraagvorm op papier willen uitgewerkt hebben, met een vraagstelling die begrijpelijk is voor de revalidant (maar met dezelfde antwoordmogelijkheden).

Bij communicatieproblemen/vermoeidheid (bv. personen met gehoorproblemen, neurologische problemen, visuele problemen, ...) zou een schriftelijke versie (incl. Braille of andere toegankelijke vormen rekening houdend met de doelgroep) van het gehele instrument in de vorm van een zelfevaluatie instrument of een mantelzorgvragenlijst wenselijk zijn. De personen die weinig mogelijkheden hebben wat betreft begrip of uiten van informatie (communicatie), worden gezien als een uitdaging voor de implementatie van het instrument.

Algemeen zou een schriftelijke bevraging van bijvoorbeeld de core-items het instrument minder arbeidsintensief kunnen maken en de dataverzameling vergemakkelijken. De deelnemers zijn bezorgd over de arbeidsbelasting die dit nieuwe instrument met zich mee zou brengen. Deelnemers aan de focusgroepen en het expertenpanel verwijzen naar de minder goede ervaringen met de implementatie van het ZZI-instrument (VAPH). De implementatie van de BelRAI Suite dient beter te gebeuren dan deze van het ZZI-instrument van het VAPH.

Voor de zelfevaluatie kan in de toekomst eventueel inspiratie worden gezocht bij of gebruik gemaakt worden van het interRAI self-assessment voor de revalidatie dat momenteel in Canada en Australië wordt ontwikkeld.

2.1.9 Normen en culturele neutraliteit

Er wordt naar het aanvoelen van de deelnemers aan de interviews en de focusgroepen niet vergeleken met de situatie van de cliënt zelf, maar met 'gezonde' personen' (leeftijdsgenoten). Zo zal een persoon met een neurologisch letsel overdag één uur moeten slapen om te kunnen participeren aan activiteiten. In het BelRAI Revalidatie instrument zal er dan altijd staan dat de persoon slaapt overdag. Zorgverleners maken zich zorgen of er tijdig preventief gehandeld zal worden wanneer men twee uur zou beginnen te slapen. Mogelijk blijft de revalidant in dezelfde BelRAI antwoordcategorie, maar is er wel nood aan zorgplanning. Er is bijgevolg bezorgdheid over de sensitiviteit van CAP's en schalen. Deze bezorgdheid is onnodig in die zin dat BelRAI nooit alles kan oplossen en geen automatisch zorgplan is. Een goed gesprek met de revalidant zal deze persoonlijke nuances aan het licht brengen. In kader van de standaardisatie en objectivering van het instrument, is vergelijken met 'gezonde' personen wel degelijk relevant.

De deelnemers geven aan dat de omschrijvingen niet altijd als *norm of cultureel neutraal* of *oorzaak neutraal* worden geformuleerd. 'Onzekere pas' staat onder 'Frequente gezondheidsproblemen' wat impliciet verwijst naar evenwichtsproblemen of stoornissen van het vestibulair systeem. Revalidanten kunnen ook onzeker stappen door visusbeperking of dubbelzicht, of door een verminderd gevoel in de onderste ledematen. Een tweede voorbeeld is 'autonome conversatie': dit item verwijst impliciet naar een psychische kwetsbaarheid (psychose e.d.). *Luid spreken* kan echter ook een compensatiestrategie zijn bij personen met een hersenletsel. Deelnemers aan de interviews en de focusgroepen vragen meer aandacht te schenken aan het principe van neutraliteit van de gebruikte beschrijvingen.

2.1.10 Moment van afname

Tijdens zowel de interviews, de focusgroepen als het expertenpanel kwam aan bod dat de deelnemers zich zorgen maken over wanneer een afname van het BelRAI Revalidatie instrument aan de orde is. Nu is de richtlijn dat dit bij elke functionele verandering, bij intake en bij ontslag en om de zes maanden best gebeurt. De deelnemers vinden het ook belastend dat bij elke zorgverleningsvorm een nieuw

instrument moet worden ingevuld, bijvoorbeeld als iemand voor een kleine ingreep naar een acuut ziekenhuis wordt doorverwezen en binnen de 24u tot een week terug opgenomen worden in het revalidatiecentrum. Daarbij houden ze wel geen rekening met het feit dat, wanneer software wordt gebruikt, er verder kan worden gewerkt op reeds ingevulde assessments.

Het Post-Acute Care and Rehabilitation (PAC Rehab) instrument is onderdeel van het ziekenhuis-instrumentarium (interRAI Hospital Assessment Systems) in de interRAI Suite. Volwassenen die revalidatie of een andere vorm van post acute zorg nodig hebben, komen in aanmerking voor het PAC-Rehab instrument (Katherine Berg et al., 2017). Voor de afname van de PAC-Rehab worden er verschillende momenten aanbevolen:

1. De eerste afname gebeurt bij intake, dit is concreet binnen de vijf dagen na opname. In het PAC-Rehab instrument is het tijdsperspectief voor de items de laatste drie dagen, wat maakt dat in de praktijk de PAC-Rehab kan worden afgenomen vanaf dag drie van de opname.
2. De herafname gebeurt voor dag 14 van de opname of één week na de eerste afname.
3. Er wordt aanbevolen voor langere opname een herevaluatie op dag 90 te organiseren en daarna elke drie maanden.
4. De laatste afname is deze bij ontslag. Ontslag dient te gebeuren maximaal twee dagen na afname en 24 uur voor de voorziene ontslagdatum. Bij een niet voorzien ontslag dient de afname zo snel mogelijk te gebeuren. Voor elke scoring wordt er gekeken naar het functioneren van de laatste drie dagen (Katherine Berg et al., 2017).
5. Een afname van het instrument is altijd relevant bij een significante verandering in het functioneren.

PAC-Rehab is een instrument voor acute revalidatie, er moet worden bekeken of er indicaties zijn dat deze termijnen niet van toepassing zijn bij de langetermijnrevalidatie.

De deelnemers aan de focusgroepen uiten ook hun bezorgdheid over het feit dat de transfers van revalidanten doorheen de gezondheidszorg best talrijk kunnen zijn. Iemand kan al visuele revalidatie krijgen en vervolgens slachtoffer worden van een auto-ongeval, chirurgie en vervolgens fysieke revalidatie nodig hebben. Het aantal BelRAI assessments kan zo op jaarbasis wel oplopen. De financiering moet hierbij kunnen volgen.

Al deze aandachtspunten zijn geformuleerd met het idee dat de revalidant niet geconfronteerd wordt met wachtlijsten. Er dienen volgens het expertenpanel richtlijnen te zijn indien een bepaalde wachttijd is overschreden en een nieuwe invulling aan de orde is.

2.1.11 Nood aan andere instrumenten

De deelnemers aan het expertenpanel ervaren tekorten wat betreft het beschrijven van de fysieke en sociale omgeving (context, externe factoren) van de revalidant. Voor de BelRAI Suite wordt er door het SWVG een sociaal supplement ontwikkeld om de sociale context, de informele zorg en de leefomstandigheden in kaart te brengen (SWVG, 2018). Enkele deelnemers zien potentieel om dit supplement ook de in de revalidatiesector te testen. De deelnemers zijn ook vragende partij om alle bestaande interRAI supplementen te evalueren naar gebruik in de revalidatie, meer bepaald het interRAI Deafblind (Db) instrument, het interRAI Intellectual Disability Assessment System (ID) en het verslavings-supplement (niet limitatieve lijst). Ook voor kinderen en ouderen is er een vraag naar specifieke instrumenten of een vorm van supplement bij het BelRAI Revalidatie instrument te voorzien.

De deelnemers vrezden ook dat het BelRAI HC-instrument, dat nu ter beschikking staat voor de opvolging in de eerste lijn, niet voldoet aan de lange termijn opvolging van volwassenen in de eerste lijn (na hun revalidatie). De indruk leeft dat het HC-instrument enkel voor ouderen is bedoeld, wat niet het geval is.

Een minderheid van de zorgverleners pleit tijdens de focusgroepen ook voor een mantelzorgers- of proxybevragsingsinstrument. Deze zorgverleners worden voornamelijk geconfronteerd met revalidanten die niet meer in de mogelijkheid zijn hun eigen wensen uit te drukken. Revalidanten hebben bewust of onbewust (eigen aan de pathologie soms, bv. afwezigheid van ziekte-inzicht) geen tot slecht zicht op hun functioneren. De mantelzorg is voor zorgverleners relevant om te weten hoe iemand functioneert in een niet-therapie setting. In de interRAI Suite is het interRAI Family Caregiver instrument beschikbaar.

2.1.12 De niet-complexe revalidatie

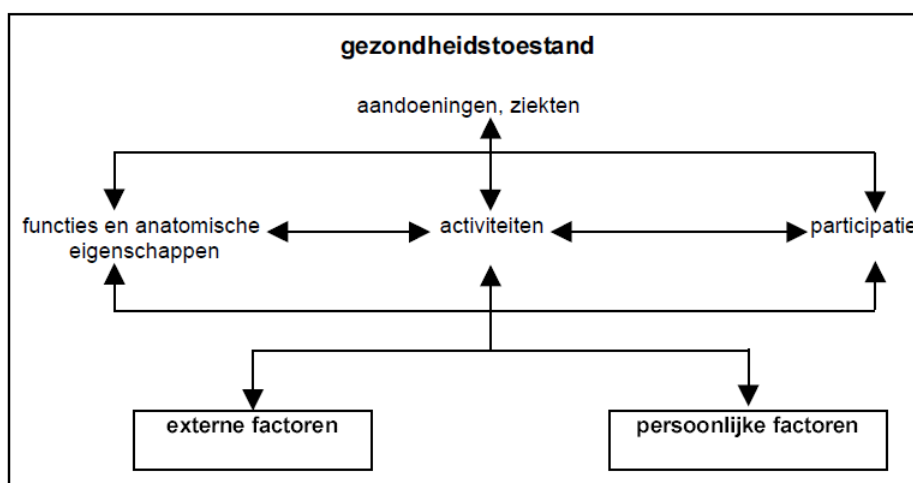
Langetermijnrevalidatie is niet per definitie complexe zorg of chronische zorg. In de meeste gevallen is dit wel zo, maar niet altijd. Vooral vanuit de ambulante revalidatie komt tijdens de interviews en de focusgroepen de vraag naar een vrijstelling voor het invullen van het BelRAI Revalidatie instrument voor niet-complexe cases.

Deelnemers verwachten negatieve reacties als men dit zou gaan bevragen bij iedereen in hun populatie (de revalidanten die deelgenomen hebben, zijn specifiek geselecteerd). Men geeft aan dat in de huidige werking bij specifieke revalidanten er een ruimere bevraging plaats vindt en er negatieve opmerkingen worden ontvangen door de zorgverleners als men meer informatie vraagt dan over de werking van de oren, ogen, ... (enge hulpvraag).

Een andere optie is om, naar analogie met de BelRAI Screener, een BelRAI Revalidatie Screener te ontwikkelen om te kijken of een volledig BelRAI Revalidatie instrument nodig is en die kan differentiëren tussen complexe en niet-complexe revalidatie.

2.1.13 BelRAI Revalidatie en ICF

De ICF is uitvoerig besproken in het eerste BelRAI Revalidatie rapport. Het ICF-schema geeft verschillende componenten weer, waarbij een biopsychosociale gedachtegang als uitgangspunt is genomen (Van Regenmortel et al., 2018).



Figuur 96 Wisselwerking tussen verschillende componenten van ICF (WHO, 2001a, p. 25).

Elke component in de ICF wordt neutraal geformuleerd en kan bijgevolg in positieve of negatieve zin worden gebruikt (WHO, 2001a).

InterRAI werkt samen met de WHO, maar is geen onderdeel van de WHO. Dit vinden de deelnemers jammer. De ICF wint aan mogelijkheden en methodieken om te gebruiken in de dagelijkse praktijk via onder andere de uitwerking als EHR (Electronic Health Record) (Maritz, Aronsky, & Prodinge, 2017; Prodinge, Rastall, Kalra, Wooldridge, & Carpenter, 2018; Prodinge, Stucki, Coenen, & Tennant, 2019; Prodinge, Tennant, & Stucki, 2018).

Prodinge et al (2018) hebben die ICF-onderdelen geïdentificeerd waaruit een Electronic Health Record (EHR) op basis van de 30 ICF Rehabilitation Set (ICF Generic Set (7) + 23 revalidatie specifieke codes) aangevuld met 12 omgevingsfactoren moet bestaan, met in totaal 16 hoofdstukken. Prodinge et al (2018) linken het EHR hierbij aan de interRAI Suite (HC, LTCF en CMH) en aan de WHODAS 2.0. (Prodinge, Rastall, et al., 2018). Als het BelRAI Revalidatie instrument (gestart vanuit interRAI gelinkt aan de ICF) en het EHR van Prodinge et al (gestart vanuit WHODAS/ ICF gelinkt aan interRAI) klaar zijn, worden beide instrumenten bij voorkeur inhoudelijk vergeleken. Hierbij dient er extra aandacht te zijn voor de validatie van de omgevingsfactoren.

De deelnemers aan de interviews en de focusgroepen hebben hun bezorgdheid reeds uitgedrukt dat de omgeving te weinig aan bod komt in het BelRAI Revalidatie instrument. Er is bij hen ook twijfel over welke items er in het BelRAI Revalidatie instrument horen en welke items tot het medisch dossier behoren gezien de ICF, als biopsychosociaal classificatiesysteem, als uitgangspunt wordt gebruikt. De deelnemers beschouwen stoornissen²⁰, anatomische eigenschappen²¹ en functies²² als onderdeel van het 'bio'-onderdeel van het systeem. Er is volgens hen meer nood aan een minimum uitwerking van deze aspecten in het BelRAI Revalidatie instrument.

Hierbij roept de term *stoornissen* bij de deelnemers op dat men het concept objectief heeft getest. De interRAI Suite voorziet dat observatie en/of een gesprek met revalidant of familie en/of een test mag gebruikt worden voor de dataverzameling, al dan niet gecombineerd. Stoornis verwijst dus niet automatisch naar het gebruik van een puur 'objectieve' test of instrument. De term '*probleem*' wordt voorgesteld als alternatief, maar die term is in de ICF een onderdeel van activiteiten en participatie.

Er dient ook een belangrijke nuance te worden gemaakt. Allereerst spreekt de ICF niet over 'stoornis' als een medisch begrip. Items over het zogenaamde 'bio' of medische model, bevinden zich onder '*functies*' en '*anatomische eigenschappen*', de 'b' en 's' codes in de ICF of in de ICD-11. Deze codes zijn ruim aanwezig in het BelRAI Revalidatie instrument.

²⁰ *Stoornis: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen* (WHO, 2001b, p. 213).

²¹ *Anatomische eigenschappen: positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen* (WHO, 2001b, p. 213).

²² *Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme* (WHO, 2001b, p. 213).

In 'activiteiten²³ en participatie²⁴' maakt men een onderscheid tussen wat men effectief doet (performance, uitvoering) en wat men zou moeten kunnen (capacity, vermogen). Hierbij vergelijkt men met iemand zonder gezondheidsproblemen²⁵ (norm)(WHO, 2001a). In de ICF kunnen activiteiten en participatie via verschillende uitgangspunten worden omschreven. Het onderscheid tussen activiteiten en participatie is dan ook moeilijk. Sommige deelnemers aan de interviews uiten kritiek op het feit dat er over de conceptualisering van *participatie* geen consensus is. Dit geeft problemen voor de uitvoering van participatie-onderzoek en vooral voor het meten van participatie (Van de Velde et al., 2018).

Zowel de frequentie van activiteiten als de objectieve aspecten van participatie worden gemeten. De subjectieve aspecten en de ervaren barrières wat betreft de beleving van participatie komen mogelijk niet voldoende aan bod in het BelRAI Revalidatie instrument. Deze aspecten dienen in een diepgaand gesprek met de revalidant of met ander valide en betrouwbare instrumenten worden in kaart gebracht.

Vanuit de deelnemers aan de interviews is het idee gegeven dat aspecten van sociale revalidatie te weinig voorkomen in het BelRAI Revalidatie instrument. Ook zouden niet alle ICF-componenten aanbod komen. De deelnemers ervaren een tekort aan items die behoren tot de omgeving of context, vooral de niet-fysieke omgeving. Er zijn wel degelijk items opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument over externe en persoonlijke factoren

Deelnemers aan de interviews ondervinden ook een tekort wat betreft het kunnen scoren van mogelijkheden van de persoon. Vervolgens ervaart men verschillen tussen de benadering van mogelijkheden en capaciteiten in de ICF en de interRAI. Dit moet in het handboek duidelijker zijn

Mogelijkheden inschatten bij IADL wordt ervaren als moeilijk. De ICF maakt tevens een onderscheid tussen capacity²⁶ (vermogen) en performance (uitvoeren)²⁷:

Uitvoering betreft wat iemand in **zijn/haar bestaande omgeving doet**. Omdat die omgeving in een de maatschappelijke context gesitueerd is, kan de uitvoering ook worden begrepen als de betrokkenheid in een levenssituatie of de ervaring van wat beleefd wordt door mensen in de context waarin ze leven. Deze context betreft alle aspecten van de fysieke en de sociale wereld en ook attitudes. **De aspecten van de bestaande omgeving kunnen op basis van de externe factoren worden gecodeerd** (WHO, 2001a, p. 16).

Het vermogen beschrijft of iemand een taak of een handeling kan uitvoeren. Dit construct heeft als doel het niveau van functioneren aan te geven dat iemand kan bereiken in een bepaald deelterrein op een bepaald moment. Voor het vaststellen van iemands volledig vermogen is een **gestandaardiseerde**

²³ Ondanks de opsplitsing van uitvoeren en capaciteit neemt de ICF het subjectieve aspect of betekenis van een activiteit onvoldoende mee. 'Erbij zijn' of autonomie en zelfbeschikkingsgevoel worden niet meegenomen bij activiteiten en participatie (Cup, Kinébanian, & Heerkens, 2017; Van de Velde, Bracke, Van Hove, Josephsson, & Vanderstraeten, 2010).

²⁴ Participatie wordt in de ICF vooral als waarneembaar gedrag gezien vanuit het perspectief van de professional. Het *engagement* aspect in participatie wordt ook te weinig meegenomen (Cup et al., 2017).

²⁵ Hierbij dient de aandacht te worden gevestigd op het feit dat experts zich bewust moeten zijn van hun eigen normen en waarden (Cup et al., 2017).

²⁶ Capacity "According to ICF it is a qualifier that describes an individual's ability to execute a task or an action. This construct indicates the highest probable level of functioning of a person in a given domain at a given moment" (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018f, p. 137).

²⁷ Performance: "What an individual does in his or her current environment. (Since the current environment always includes the overall societal context, performance can also be understood as "involvement in a life situation" or "the lived experience" of people in their actual context)" (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018b, p. 139).

omgeving nodig om de wisselende invloed van verschillende omgevingen op iemands vermogen te neutraliseren. Deze gestandaardiseerde omgeving kan (a) een feitelijk aanwezige omgeving zijn **die gewoonlijk wordt gebruikt voor de vaststelling van het vermogen in een testsituatie**, of (b) ingeval dit niet mogelijk is – een aangenomen omgeving waarvan denkkelijk een uniforme invloed uitgaat. Deze omgeving kan de uniforme of standaardomgeving worden genoemd. Het vermogensconstruct geeft dus iemands aan de omgeving aangepaste vermogen weer. Deze aanpassing moet dezelfde zijn voor iedereen in alle landen ten einde internationale vergelijkingen toe te staan. De verschijnselen van de uniforme of standaardomgeving kunnen meer precies worden gecodeerd door de externe factoren te gebruiken. Het verschil tussen het vermogen en de uitvoering kan het verschil weergeven tussen de invloeden van de uniforme en de huidige omgeving en verschaft aldus een nuttige richtlijn over wat er aan iemands omgeving kan worden gedaan om de uitvoering te bevorderen (WHO, 2001a, p. 16)

De typeringen van het vermogen en de uitvoering kunnen vervolgens gebruikt **worden in combinatie met en zonder hulpmiddel of persoonlijke hulp**. Aangezien noch een hulpmiddel noch persoonlijke hulp stoornissen wegneemt, kunnen beide wel functioneringsproblemen opheffen in specifieke domeinen. Deze wijze van coderen is daarom bruikbaar voor het vaststellen van iemands functioneringsniveau zonder hulpmiddelen (WHO, 2001a, pp. 16–17)

Samengevat geeft capaciteit of vermogen in de ICF de mogelijkheden weer die een persoon heeft in een gestandaardiseerde omgeving met of zonder hulpmiddelen (externe factoren). Uitvoeren in de ICF is wat de persoon doet in zijn/haar omgeving met hulpmiddelen (Cieza et al., 2016). In interRAI maakt men bij elk item gebruik van zijn dagdagelijks gebruikte hulpmiddelen. In de ICF staan de hulpmiddelen als apart component bij de externe factoren, maar mogen meegenomen worden in de beoordeling.

Het idee van de deelnemers dat er grote verschillen zijn tussen uitvoeren en mogelijkheden in de ICF en bij interRAI is bijgevolg niet volledig waar. De ICF laat toe om capaciteit met hulpmiddelen te scoren, wat gelijkend is met de interRAI. Een verschil bevindt zich wel in de scoring van het vermogen van de revalidant. De ICF stelt dat een gestandaardiseerde (test)omgeving nodig is, interRAI codeert in de dagdagelijkse omgeving waar de persoon de laatste drie dagen heeft doorgebracht. Dit moet in de toekomst duidelijker worden uitgelegd tijdens opleidingen en in handboeken of software

2.1.14 Hulpmiddelen

De deelnemers aan de interviews vragen om veel meer soorten hulpmiddelen te kunnen aanduiden en scoren. De lijst die werd aangereikt, is ontoereikend.

Zij vragen ook wat meer opleiding over het scoren van het gebruik van hulpmiddelen. De visuele revalidatiecentra begrijpen bijvoorbeeld dat dagdagelijkse hulpmiddelen zoals een stok of een bril meegenomen worden in de scoring van (I)ADL. Men stelt zich echter vragen wat de grens is tussen een dagdagelijks hulpmiddel en alle beschikbare hulpmiddelen. Dit vindt men niet duidelijk in de handleiding. Vergrotingssoftware kan een revalidant thuis ter beschikking hebben om de krant te lezen, maar die computer kan niet meegenomen worden naar de winkel om etiketten in de winkel te lezen. Een klassieke loop is in vele gevallen ontoereikend. Om dit te kunnen beoordelen, vragen de deelnemers meer ondersteuning en duidelijkheid.

2.1.15 De toevoeging van schalen die momenteel al worden gebruikt

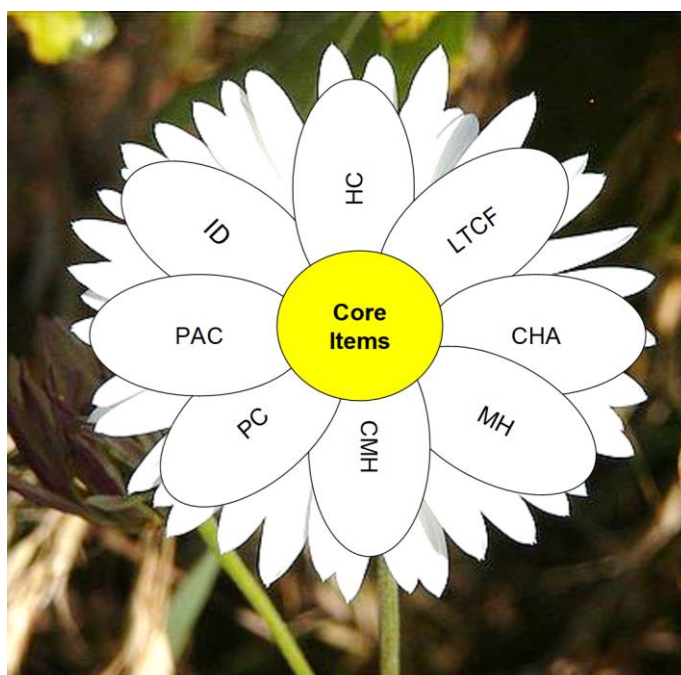
In dagelijkse praktijk gebruiken zorgverleners op dit moment schalen zoals de Glasgow Coma Scale, AIS (Asia Impairment Scale) of SIS (Support Intensity Scale) (Lambrecht & Hermans, 2018; Van Cranenburgh,

2016; Vandermeulen, Derix, Avezaat, Mulder, & van Strien, 2016; Witteveen, Admiraal, Visser, & Wilken, 2010). De deelnemers aan de interviews en de focusgroepen vragen of deze niet kunnen worden opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument. Het louter overnemen zou ten eerste een inbreuk zijn op het copyright dat op deze schalen rust en zou ten tweede ook wellicht een impact hebben op de lengte van het instrument. Deze schalen kunnen echter wel inspiratie bieden voor het ontwikkelen van gelijkaardige schalen op basis van de BelRAI items in de toekomst. De ervaring met andere instrumenten leert ook dat zorgverleners wat tijd nodig hebben om de instrumenten en schalen die ze al langere tijd gebruiken, los te laten en te wennen aan het BelRAI instrument.

2.2 Implementatievoorwaarden

De implementatievoorwaarden kwamen vooral aan bod tijdens het expertenpanel, maar er werden ook suggesties gedaan tijdens de focusgroepen. Bij de interviews ging het meestal eerder over de gebruiksvoorwaarden, die hierboven reeds beschreven zijn.

De deelnemers aan de focusgroepen en het expertenpanel ervaren het beleid op basis van bevoegdheden en doelgroepen die niet overeenstemmen met de realiteit in de praktijk, als een beperking voor de implementatie van BelRAI. De zorgcontinuïteit komt volgens hen in het gedrang door de wijze waarop doelgroepen worden gedefinieerd, vooral omdat veel revalidanten meerdere problematieken en comorbiditeit hebben en daarom gebruik maken van verschillende zorgvormen in België. Er zijn bovendien grote verschillen tussen residentiële en ambulante revalidatie of de visuele en de gehoorrevalidatie. Ze vragen zich af of *'de revalidatiesector niet te breed is om één instrument te maken voor alle patiëntengroepen'* (citaat deelnemer expertenpanel). Kijkend naar de visuele weergave van het interRAI instrumentarium stelt men *'of wij allemaal hier aan tafel tot één blaadje kunnen behoren... wij stellen dat in vraag'* (citaat deelnemer expertenpanel).



Figuur 97 Het interRAI instrumentarium voorgesteld in bloemvorm (oorspronkelijke auteur: Brant Fries).

De Vlaamse revalidatiesector is divers, maar de hulpvraag geformuleerd op functioneel niveau, is wel vaak heel gelijkaardig. Of iemand nu een visuele beperking, een auditieve beperking of een neurologische beperking heeft, elke persoon wenst zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven, terug rollen te kunnen opnemen in de maatschappij en te kunnen participeren. Wat dat betreft kan het BelRAI Revalidatie instrument wel degelijk nuttig zijn voor verschillende doelgroepen. Er moet dan wel in de structuur van het instrument (core instrument en elaboratiemodules) rekening worden gehouden met de verschillende doelgroepen om tegemoet te komen aan de diversiteit van de sector.

2.2.1 Het handboek en de BelRAI wiki site

Algemeen zijn de deelnemers aan de focusgroepen positief over het BelRAI Revalidatie handboek (pdf-vorm), rekening houdend met het feit dat dit een eerste versie is. Enkele deelnemers hebben een grotere voorkeur voor een papieren versie van het handboek dan voor een digitale versie. Het handboek is zeer uitgebreid en wordt als ondersteuning gezien. Gezien de tijd en de beperkte opleiding heeft echter niet iedereen het volledige handboek gelezen. Bij de implementatie moet men de tijd krijgen om deze door te nemen. Nu waren er veel vragen die eigenlijk beantwoord worden in het handboek. Ook de achtergrond van interRAI en de basisprincipes moeten uitgeschreven worden in de vorm van een inleiding volgens de deelnemers.

2.2.2 Output

BelRAI kan ook een aanzet geven om over onderwerpen te praten met de revalidant die initieel niet relevant leken, zo bleek uit de interviews en de focusgroepen. Het internationale karakter en de mogelijkheid om in de gezondheidszorg multidisciplinair in eenzelfde taal te overleggen, vinden deelnemers van het expertenpanel zeer relevant. Het objectief kunnen volgen van het functioneren doorheen de tijd (premorbid functioneren), wordt ook positief ervaren door hen.

De CAP's en schalen worden als mogelijks positief ervaren tijdens de interviews en de focusgroepen. Men neemt namelijk een afwachtende houding aan gezien men nog niet met de interRAI output heeft kunnen werken. De revalidatieziekenhuizen merken hierbij op dat de onderwerpen waarover CAP's en schalen gaan, zoals pijn of vallen, ook al wel als kwaliteitsindicator aanwezig zijn in het EPD. Ook is voor hen niet duidelijk op welk wetenschappelijk onderzoek deze items zijn gebaseerd.

In de eerste plaats zal voor het BelRAI Revalidatie instrument nog bepaald moeten worden welke bestaande CAP's en schalen bruikbaar zijn voor de doelgroep. Vervolgens kan er gekeken worden in welke mate deze verschillend zijn van bestaande output die reeds wordt gebruikt in een deel van de revalidatiesector. Een troef hierbij is dat de BelRAI voor uniformiteit kan zorgen over de gehele gezondheidszorg op wetenschappelijke basis. Het BelRAI systeem heeft als doel een zorgplanning en communicatietool te zijn. De BelRAI CAP's en schalen gaan over het functioneren van een individuele persoon en slaan op verschillende levensdomeinen. De CAP's en schalen zijn ook internationaal gevalideerd. In welke mate de eigen berekende risico's uit bestaande zorgsystemen gelijkaardige en verschillende resultaten berekenen op gelijkaardige of verschillende items, is niet duidelijk.

Deelnemers aan het expertenpanel zijn hoopvol dat er via de BelRAI Suite een kwaliteitsvolle oplossing komt voor de miscommunicatie en onduidelijke ontslagverslagen die vaak voorkomen in de gezondheidszorg: *“Als er ooit een schaal is die de kans maakt om te slagen is het deze” “De grootste sterkte van de BelRAI ligt op het einde van de revalidatie: de ontslagvoorbereiding.” (twee deelnemers aan het expertenpanel).*

2.2.3 Opleiding

Het opleiden en trainen van beroepsbeoefenaars is essentieel voor een goede implementatie van de BelRAI Suite. Een goed gebruik van de BelRAI Suite vereist een gedrags- en cultuurverandering bij de beroepsbeoefenaar, zijn leidinggevende en de gehele voorziening. Hierbij zijn informatie geven, de organisatie van opleiding (demonstratie en oefening) en terugkoppeling naar de beroepsbeoefenaar sleutels voor een kwaliteitsvolle implementatie (Vanneste & Declercq, 2014).

Elke beroepsbeoefenaar dient te worden opgeleid in het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument om ook de standaardisatie en validatie van de scoring te garanderen. De opleiding wordt algemeen als positief ervaren, maar ook als te kort. Een terugkomdag waarin men gerichte feedback kan krijgen op de eerste invullingen is wenselijk. Nu diende dit via mail of telefoon te gebeuren of 'hoopte' men dat de invulling kwaliteitsvol is.

De intervisie die aangeboden is tijdens het onderzoek, als ondersteuning na de opleiding, wordt in dat opzicht ook als positief ervaren door de deelnemers (in afwachting van een meerdaagse opleiding). Voor het volgen van de opleiding hoopt men (zo blijkt uit het expertenpanel en uit de focusgroepen) financiering te krijgen voor de geïnvesteerde tijd, wat nu nog niet het geval is.

2.2.4 Kwaliteit van afname: tijd, knowhow en financiering

"Er moeten tijd en middelen zijn om ernstig de BelRAI te kunnen invullen" (deelnemer focusgroep) De deelnemers van de focusgroepen en het expertenpanel geven aan dat er voldoende tijd en financiering nodig zijn om het instrument kwaliteitsvol in te vullen. Er is enige weerstand tegen de tijdsinvestering die gevraagd wordt om het instrument in te vullen, dat blijkt ook tijdens de intervisies. Ambulante diensten zijn bezorgd over de werklast om al de core items te kunnen invullen. Veel items kunnen door hen niet geobserveerd worden. Men wil correcte informatie gebruiken, maar de huidige financiering voorziet geen ruimte voor overleg met andere disciplines (buiten de revalidatievoorziening) zoals de huisarts, de thuisverpleging of de mantelzorger. Revalidanten komen vaak maar één keer per week of zelfs per maand. Bij een volledige implementatie zal de informatie wel vanuit andere instrumenten opgehaald kunnen worden of kan er gezamenlijk met de thuiszorgdiensten een assessment worden ingevuld.

Het gebruik van BelRAI vraagt ook wat cultuurverandering in de zin dat er meer communicatie moet zijn tussen verschillende zorgverleners en tussen verschillende sectoren. De deelnemers aan het onderzoek zijn ook bezorgd dat de gesprekstijd met de revalidant, familie of hulpverleners ten koste gaat van de therapietijd (*"Ik ga meer achter de computer zitten dan met de revalidant bezig te zijn"* (deelnemer focusgroep)) en dat de administratieve last toe zal nemen.

Het invullen van het instrument is tijdsintensief om in te vullen door zijn lengte. Deze lengte is echter ook het gevolg van het onvermogen van de deelnemers om eenduidige keuzes te maken over wat er wel of niet in het instrument opgenomen moet worden. Deelnemers geven een tijdsinvestering van vier tot acht uur aan voor één revalidant. Verschillende deelnemers van de focusgroepen geven aan dat twee uur nog arbeidsintensief is en er gestreefd moet worden naar een instrument dat op één uur kan worden ingevuld. De zorgverleners geven ook wel aan dat het scoren gemakkelijker gaat naarmate men meer BelRAI Revalidatie instrumenten heeft ingevuld. Zij vragen ook naar software om dit niet langer op papier te moeten doen.

Het invullen van een BelRAI Revalidatie instrument dient niet gezien te worden als een extra last, maar als een onderdeel van de zorg. Ook dient een koppeling met andere instrumenten (volledige uitrol) te gebeuren om tijdsverlies te beperken en het nut van de instrumenten te maximaliseren. Tevens zal men ook moeten kijken of overlappende instrumenten die men al langer gebruikt, nog wel nodig blijven.

2.2.5 Informatie over de veiligheid, het delen van informatie en het respect voor de persoonlijke levenssfeer

Revalidanten hebben uiteraard het recht om te vragen dat informatie over hen niet wordt gedeeld. Het wel of niet delen van informatie moet een geïnformeerde keuze zijn voor een revalidant. Er wordt tijdens het expertenpanel getwijfeld of het instrument dit proces niet nadelig beïnvloedt (therapeutische relatie) en drempels voor revalidatie kan veroorzaken. Men vindt het in elk geval bijzonder belangrijk dat de revalidanten en de zorgverleners goed geïnformeerd worden over de beveiliging van BelRAI en over waar men informatie kan vinden over de conformiteit met de GDPR (de beraadslagingen van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer). Men vraagt, net zoals ook al in BelRAI projecten in andere sectoren werd gevraagd, of er een getrappt systeem voor toestemming voor het delen van informatie kan voorzien worden, bijvoorbeeld de keuze om enkel informatie over de fysieke gezondheid en niet over de psychische gezondheid te delen.

2.2.6 Bevraging van revalidanten en de therapeutische relatie

De deelnemers-psychologen toonden zich kritisch wat betreft de items over het psychologisch welzijn in het BelRAI Revalidatie instrument. Ze noemen ze enerzijds te uitgebreid en anderzijds te beknopt. De context van de informatie gaat verloren. Psychologisch welzijn is een gevoelige bron van informatie die niet iedereen in de gezondheidszorg kan hanteren. *“Cliënten hebben een ‘rugzakje’... De cliënt heeft het recht bepaalde ‘potjes’ niet te openen.”* Dat is uiteraard zo, net zoals het zo is dat het invullen van BelRAI niet belet dat er een gesprek over context kan worden gevoerd.

Deze deelnemers en anderen in de focusgroepen ervaren de invulling van het BelRAI Revalidatie instrument, vooral de psychosociale items, als een bedreiging voor de therapeutische relatie. Vooral bij intake, omdat bepaalde onderwerpen pas na een vertrouwensrelatie kunnen besproken worden. De deelnemers ervaren een enorme druk om alle items in te vullen. Het is echter niet meer dan normaal dat bij intake niet alle items kunnen ingevuld worden of aan de orde zijn. Hoe gevoeliger de informatie, hoe sterker de therapeutische band tussen zorgverlener en revalidant dient te zijn. Het is dus goed om nog items nog even blanco te laten, maar het mag niet zo zijn dat ze ‘voor altijd’ open worden gelaten. Output kan ook pas berekend worden met een zo volledig mogelijk instrument. Wellicht speelt hier ook het idee dat men geen financiering zal krijgen als er geen volledig ingevuld instrument is. Hiermee zal rekening moeten worden gehouden bij het creëren van een financieringssysteem op basis van BelRAI in de toekomst.

Algemeen leeft er bij de deelnemers aan de interviews en de focusgroepen het idee dat de vraag naar informatie niet in balans staat tot de hulpvraag. Enkele revalidanten vertoonden volgens hen weerstand ten opzichte van de ruime bevraging. Hierbij moeten we voor ogen houden dat de steekproef vooral bestond uit personen met een weinig complexe problematiek, voor wie vele items wellicht niet relevant waren.

Een aantal deelnemers aan het onderzoek (interviews en focusgroepen) maken zich enerzijds zorgen dat door het uitwisselen van gegevens de mogelijkheid om in dialoog te gaan met de revalidant voor een stuk wordt weggenomen, vooral bij minder assertieve mensen of bij personen met verminderde

communicatiemogelijkheden. Men zou enkel nog naar het assessment kijken en verder niets meer vragen. Anderzijds erkennen sommige deelnemers dat er misschien net een aanzet tot dialoog wordt gegeven door het assessment. Het instrument is materiaal voor een zorgplan, maar zonder dialoog kan men geen zorgplan opmaken.

Tot slot benadrukken deelnemers aan de focusgroepen dat men een 'mandaat' moet hebben van de revalidant om zo ruim te bevragen (anders is er onrust en weerstand). Het BelRAI Revalidatie instrument bevat zeer gevoelige persoonlijke gegevens die niet iedereen zomaar deelt met elke zorgverlener of wil delen met elke zorgverlener. Het recht om niet te delen blijft uiteraard.

Men erkent dat het BelRAI Revalidatie instrument geen vragenlijst voor revalidanten is, maar de deelnemers aan de interviews vragen om richtlijnen, tips en voorbeeldvragen te voorzien. Deze zouden kunnen voorgelegd worden aan de revalidant en zijn familie om te beantwoorden (al dan niet in de vorm van een zelfevaluatie-instrument). Tegelijk is er ook zowel vraag naar als weerstand tegen een zelfevaluatie-instrument (zie supra). Men denkt bij de weerstand vooral aan doelgroepen met communicatieproblemen zoals afasie bij CVA of gehoorstoornissen. Voor de personen met visuele problemen zou deze informatie in een groter lettertype of via voorleessoftware beschikbaar moeten zijn. Voor personen die blind zijn in braille.

Vervolgens vragen deelnemers aan de focusgroepen een informatiebrochure over wat BelRAI inhoudt. Ook de situering van BelRAI in alle eHealth applicaties is een must. Wanneer de doelgroep verbreed wordt naar personen met revalidatienoden naar personen met een ontwikkelingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking dienen er ook ondersteuningstools te worden ontwikkeld. Zo kunnen revalidanten een geïnformeerde beslissing nemen.

Sommige deelnemers aan de interviews en de focusgroepen vragen zich af of men effectief wel 'alles' van de revalidant moet weten. Een zorgverlener kan niet 'niet meer weten'. Een aantal deelnemers hebben angst dat men zich anders gaat gedragen naar de revalidant toe door het ontvangen van een BelRAI instrument omdat ze dan misschien minder met een open geest kunnen werken en bevooroordeeld zijn. In de opleiding dient hier extra aandacht aan te worden besteed.

2.2.7 Impact op de verwachtingen van revalidanten

Het bevragen van alle levensdomeinen is een pluspunt van het BelRAI Revalidatie instrument, maar dit kan tot gevolg hebben dat bij revalidanten een verwachtingspatroon of hoop wordt gecreëerd dat al wat bevraagd wordt of in kaart wordt gebracht door die ene zorgverlener wordt 'opgelost', argumenteren enkele deelnemers aan de focusgroepen. Dit kan problematisch zijn. Het is niet omdat er iets besproken is, dat deze zorgverlener de hulpvraag meteen kan beantwoorden. Dit zal in een gesprek aan bod moeten komen. De zorgverlener kan ook contact opnemen met of doorverwijzen naar andere zorgverleners.

Revalidanten komen met een gerichte hulpvraag, verwachten ook een gerichte bevraging over het probleem, niet meer en niet minder. Zo is het wat raar om bij revalidatie na het plaatsen van een CI-toestel (gehoorrevalidatie) te vragen of iemand een doorligwonde heeft of incontinent is. Dat hoeft ook niet uiteraard. Dit brengt opnieuw de vraag naar voor of een volledig assessment wel nodig is bij een niet complexe problematiek.

2.2.8 Ambulant en residentieel

Het werkveld (intervisies en focusgroepen) staat positief tegenover het idee om de communicatie tussen de zorgverleners te optimaliseren. Met de huidige versie van het BelRAI Revalidatie instrument wordt deze doelstelling volgens hen onvoldoende bereikt. Vele termen zijn niet gekend door bepaalde deelnemers omwille van hun discipline (niet medisch opgeleid, bv. sociaal werkers) of omdat het over een heel specifieke problematiek gaat. Het handboek moet duidelijk genoeg zijn om onderlinge discussies na de opleiding te vermijden.

Opvallend is dat de residentiële sector aangeeft dat het instrument te veel neigt naar de ambulante sector en dat de ambulante sector aangeeft dat het instrument te veel neigt naar de residentiële sector. Beide geven voorbeelden van taalgebruik die de andere sector zou oproepen, zoals 'instelling'. Bijgevolg vragen de residentiële en de ambulante revalidatie een eigen aparte versie van het BelRAI Revalidatie instrument.

2.2.9 De nood aan een ICF-schema

De deelnemers aan het expertenpanel voelen nood aan een samenvatting via een ICF-schema (als revalidatiespecifieke BelRAI output). Men baseert daar momenteel ook veel interdisciplinair en multidisciplinair overleg op. Het zou ook toelaten om het verplichte ontslagverslag of het doorverwijzingsverslag zo duidelijk te presenteren. Deelnemers zouden ook graag per item in het BelRAI Revalidatie instrument de bijhorende ICF-code willen kennen. Zo kan sneller naar deze items worden verwezen in verslaggeving.

Voor die assessment-instrumenten die intensief gebruikt worden in de Vlaamse revalidatie, dient er een conversie van de scores van het assessment-instrument naar de ICF en/of het BelRAI Revalidatie instrument te worden uitgewerkt. Zo kan de koppeling tussen verschillende systemen, waaronder in de eerste plaats het EPD, geoptimaliseerd worden.

2.2.10 De link met andere lopende projecten en initiatieven

Deelnemers aan het expertenpanel vragen om aandacht te hebben voor mogelijke linken met andere lopende projecten en initiatieven. Zo zijn de revalidatieziekenhuizen ook betrokken bij de VIP² indicatoren van de Vlaamse overheid (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019; Vlaamse overheid, n.d.; Vlaamse Regering, 2019a). Men hoopt en verwacht dat de VIP²-indicatoren worden afgestemd op de indicatoren van de BelRAI Suite en omgekeerd.

Er zijn ook vragen naar de link met het '*Gedeeld digitaal zorg- en ondersteuningsplan binnen de eerste lijn*' (Vermeire, 2017). Het is niet duidelijk in welke mate de tweede en derde lijn kunnen werken met dit platform of kunnen inloggen. De deelnemers geven aan dat het BelRAI Revalidatie instrument nu een tool is dat bovenop de bestaande inschalingsverplichtingen komt. Men moet bv. ook zelfstandigheid scoren in het EPD/revalidantendossier, de zorgzwaarte-indexering (ZZI, VAPH), de aanvraag personen met een handicap (IVT/ITT), het mobiliteitsdossier, ... Men vraagt dus één geïntegreerd dossier voor toekenning van rechten én voor de zorgplanning.

2.2.11 De link met financiering

Er is bij alle ontmoetingen toch nog wel wat wantrouwen en weerstand ten opzichte van het instrument. Men voelt zich ongerust over het feit dat het instrument enkel zou gaan dienen voor de financiering van de revalidatie. Het huidige instrument is volgens deelnemers aan de focusgroepen en vooral het

expertenpanel niet genuanceerd genoeg om financiering te berekenen. Nochtans staat duidelijk in de conceptnota dat eerst een zorginstrument en dan een financieringsinstrument ontwikkeld moet worden voor de revalidatie (Vlaamse Regering, 2019a).

Het BelRAI Revalidatie instrument is een zorg- en communicatietool over de grenzen van zorgvoorzieningen en sectoren heen. De nadruk ligt op het optimaliseren van de kwaliteit van zorgverlening, niet op de financiering van de revalidatie. Op langere termijn moet bekeken worden of BelRAI Revalidatie de mogelijkheid heeft om ook de financiering van de deelnemers te objectiveren via zorgzwaartecategorieën en casemix indices. Recent onderzoek evalueert het toevoegen van functionele informatie in casemix systemen als positief voor de voorspellende waarde van de casemix en voor de juistheid van de kostenberekening (Hopfe et al., 2018, 2016).

2.2.12 Informatie delen en zo samen sterker en beter worden

De BelRAI Suite wordt door de deelnemers aan de focusgroepen en het expertenpanel gezien als een mogelijke oplossing om de communicatie tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde revalidatie te verbeteren en te ondersteunen. Zwaar zorgbehoevende revalidanten geven ook aan dat ze in verschillende vragenlijsten steeds hetzelfde moeten invullen, zoals dat men rolstoelafhankelijk of volledig verlamd is en dus niet kan stappen. Ook worden revalidanten die een rouwproces doormaken en zich psychisch voorbereiden op een verhuis naar een residentiële voorziening, nog te veel gevraagd of ze naar huis willen gaan, ook als al langer duidelijk is dat dit financieel niet haalbaar is of dat de zorgbelasting voor de familie niet realistisch en haalbaar is. Het herhaaldelijk geconfronteerd worden met deze vragen door verschillende zorgverleners die geen informatie uitwisselen, wordt als zeer pijnlijk ervaren. Revalidanten zouden graag de items waar er geen mogelijkheid is op verbetering (definitieve beperking) geautomatiseerd ingevuld zien. Bovendien zou dit de doorverwijzing kunnen vergemakkelijken en een verhuis kunnen helpen voorbereiden. Zo zouden revalidanten zich op basis van het BelRAI Revalidatie instrument al op een wachtlijst kunnen laten plaatsen. De organisatie waar de revalidant naar toe gaat, weet dan ruim voordien dat hij of zij zal komen en ook wat het profiel van de revalidant is.

Ook in het expertenpanel werd de hoop geuit dat het BelRAI Revalidatie instrument positief kan bijdragen tot het verbeteren van de triage van revalidanten. Hiervoor is tevens een afstemming tussen de Vlaamse en de federale (niet-Vlaamse) revalidatiedienstverlening noodzakelijk.

In het SWVG is er een specifiek behoefteonderzoek uitgevoerd naar de Vlaamse revalidatieconventies (Verté, Gemmel, & Van de Velde, 2019). De bezorgdheden die deelnemers tijdens dit project aankaarten, zijn bevestigd en verder onderzocht in dat onderzoek van Verté et al (2019). Kijkend naar die conventies die geïnccludeerd zijn in deze studie, zijn er verschillende beleidsprioriteiten geïdentificeerd. Voor de beleidsprioriteit 'meetbare kwaliteit en performantie aantonen' kunnen het BelRAI Revalidatie instrument en de bijhorende output bijvoorbeeld bijdragen aan een uniform meetsysteem, waar de locomotorische en neurologische revalidatie nood aan hebben. Ook aan de verdere uitrol van casemanagement (subdoel van doelgerichte integratie en participatie van cliënten) kan het BelRAI Revalidatie instrument bijdragen via het integrale en multidisciplinaire karakter van het instrument. Als het instrument optimaal wordt gebruikt op microniveau (cliënt en zijn team), kan het BelRAI Revalidatie instrument bijdragen tot het optimaliseren van de kwaliteit van leven van onder andere het personeel via kwaliteitsindicatoren op organisatieniveau. Dit zijn maar enkele voorbeelden. De beleidsprioriteiten die door de sector werden vooropgesteld, worden in volgende tabel weergegeven.

Tabel 47 Beleidsprioriteiten die leiden tot succes in de Vlaamse revalidatie volgens de respondenten van het behoefteonderzoek van Verté et al (2019). (Voor meer informatie wordt verwezen naar het originele rapport)

Locomotorische en neurologische revalidatie²⁸ (exclusie NAH Turnhout)	Centra voor ambulante revalidatie²⁹	Visuele revalidatie³⁰
Meetbare kwaliteit en performantie aantonen	Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling	Goed functionele teams
Doelgerichte integratie en participatie van cliënten mogelijk maken	Multidisciplinaire deskundigheid	Multidisciplinariteit
Optimale quality of life voor alle centrale stakeholders (cliënt, context en personeel)	Participatie van de revalidant aan de maatschappij	Autonomie
Bereiken doelgroep	Toegang	Toegang
Holistische en individuele aanpak is cruciaal voor succes	Zorg op maat	Revalidant georiënteerde aanpak
Deel uitmaken van een (zorg)netwerk	Netwerk	Netwerk
State-of-the-art werking		Expertise
Adequate echelonnering	Adequate echelonnering	Adequate echelonnering

Ook zal de overheid volgens de deelnemers aan het expertenpanel voldoende tijd en financiering moeten voorzien om samenwerking en communicatie (ruimer dan de BelRAI Suite) als een volwaardig onderdeel van een zorgtraject te voorzien.

2.2.13 Een duidelijk implementatieplan

Voor de deelnemers aan het expertenpanel vinden een goed en duidelijk implementatieplan (Richard, Michel Wensing, Eccles, & David, 2013) erg belangrijk. Directieleden en zorgverleners verwachten duidelijke richtlijnen vanuit het beleid naar wat hun verplichtingen zijn. Deze verwachtingen zouden gestroomlijnd en helder moeten zijn voor de hele gezondheidssector, onafhankelijk van het bevoegdheidsniveau. Alle betrokken partijen willen zo concreet en zo snel mogelijk weten wat er verwacht wordt, met welke financiële middelen. Vanaf het moment dat het implementatieplan van de

²⁸ 10 succesfactoren: (1) cliëntgerichte aanpak, (2) holistische aanpak, (3) cliëntgericht werken, (4) multidisciplinaire aanpak en transdisciplinariteit, (5) aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdersgroepen, (6) autonomie, (7) transmurale zorg en awareness in de acute fase, (8) inclusieve benadering, (9) overleg en (10) zorgcontinuïteit

²⁹ 10 succesfactoren voor de CAR's: (1) vraaggestuurd werken, (2) vroeginterventie, (3) ruimte voor innovatie, (4) individueel behandelplan, (5) flexibiliteit zorgverstrekking, (6) rol in het voor- en natraject, (7) administratieve luwte, (8) gefaseerde en ontwikkelingsgerichte aanpak, (9) evidence based practice en (10) groeps-en individuele therapie voor de revalidant en de context

³⁰ 10 succesfactoren visuele revalidatie: (1) psychosociale begeleiding, (2) kennis van andere financieringsbronnen, (3) flexibiliteit in functie van zorgverstrekking, (4) outreachend werken, (5) flexibiliteit in revalidatie-uren, (6) expertisedeling, (7) samenwerking met andere (zorg- en welzijns-)actoren, (8) communicatie naar de patiënt over zijn/haar traject en de betrokken actoren, (9) bekendheid van de werking en (10) duidelijke positionering in de sector.

overheid helder is, kunnen organisaties ten gronde aan de slag om hun eigen implementatieplan op te stellen.

2.2.14 Hardware, software en eHealth

Zorgverleners hechten zowel tijdens de intervisies als tijdens de focusgroepen veel belang aan het veilig kunnen raadplegen van gevoelige informatie, zoals minstens een deel van de informatie in BelRAI. Men wil hiervoor op één platform kunnen inloggen met een persoonlijke log-in. Telkens in een andere omgeving met de eID-kaart en e-ID lezer inloggen, is niet werkbaar. De praktische werkbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de software zijn essentieel voor een goede implementatie. De overheid is hiervoor verantwoordelijk volgens de deelnemers. Directieleden stellen zich vragen in welke mate volledige BelRAI Revalidatie instrumenten, items, resultaten, samenvattingen of het ICF-schema kunnen gekopieerd worden naar of geïmporteerd worden in het eigen dossier via software.

Elke voorziening zal voldoende hardware moeten voorzien om met de BelRAI Suite te kunnen werken. Tijdens het expertenpanel stelt men dat men wenst in overleg te gaan met de overheid over de financiering van de aankoop van hardware en software.

Een aantal voorzieningen plannen om of zijn al bezig met een vernieuwing van de software die zij gebruiken (EPD). De Vlaamse revalidatie verwijst naar het E-actieplan dat naast de implementatie van de BelRAI Suite, ook verwijst naar de implementatie van een EPD in alle instellingen (punt 4.9 cluster 4) (eGezondheid, 2019). Directieleden aanwezig tijdens het expertenpanel zouden proactief deze software compatibel willen maken met de BelRAI software. Deelnemers missen een definitieve keuze in het gezondheidszorgbeleid, specifiek wat betreft ICT. De BelRAI Suite, Vitalink, CoZo (Collaboratief Zorgplatform) ... en andere eHealth platforms zijn manieren om gestandaardiseerde en geüniformiseerde ICT-omgevingen te creëren. De ziekenhuisnetwerken hebben daarnaast hun eigen EPD en KWS-systemen. De voorzieningen stelt zich vragen over de compatibiliteit van BelRAI 2.0 met bestaande EPD-softwarepakketten zoals Obasi. De deelnemers vragen een eenduidig beleid waarbij de betrokken beleidsmakers over de clusters en actiepunten heen overleggen. Er wordt gevraagd om een informatiesessie te organiseren voor softwareontwikkelaars en directies van de revalidatievoorzieningen om de implementatie voor te bereiden.

Er zijn heel wat domeinen die doorheen de tijd stabiel zijn of geen probleem zijn (en normaal geen probleem vormen gedurende de revalidatie). De deelnemers aan de intervisies wensen dat de software omgeving toelaat dat secties worden overgenomen. Vervolgens zouden de deelnemers de laatste antwoordmogelijkheden al ingevuld willen zien, zodat men enkel de informatie die nieuw is, moet aanpassen.

Er kwam de suggestie in één focusgroep en tijdens het expertenpanel om de core set van BelRAI Suite apart in de software beschikbaar te stellen, in afwachting van de volledige uitrol van het BelRAI Revalidatie instrument. Men zou graag nu al starten met het ontvangen van een BelRAI core set scoring als opnamevoorwaarde of opstartvoorwaarde voor de revalidatie. Gezien de gehele gezondheidssector nog geen eigen instrument/template heeft, zou daarom de BelRAI core set apart beschikbaar moeten zijn.

2.2.15 Toegang en rechten in de software

De toegang tot en het invullen van BelRAI zou niet alleen op basis van KB 78 maar ook via het behalen van een BelRAI certificaat moeten kunnen gebeuren (indicatiesteller met diploma of opleiding na afleggen van een test), stelt iemand tijdens het expertenpanel. Voor het gebruik van specifieke modules dient men volgens de deelnemers deelcertificaten te kunnen krijgen. Het beheersen van de core set en een deelcertificaat zouden schrijfrechten in BelRAI 2.0 software moeten geven.

De kennis van de assessors en de kwaliteit van de assessments moeten op regelmatige basis worden gecheckt. Indien nodig, moeten ook opfrissingscursussen beschikbaar zijn. Dit wordt zowel tijdens een focusgroep als tijdens het expertenpanel geopperd.

2.2.16 Zorgtrajecten

Personen met een nood aan revalidatie doorlopen verschillende zorgtrajecten. In onderstaande figuur worden mogelijke trajecten die deze personen doorlopen doorheen de gezondheidszorg weergegeven. Dit overzicht is niet limitatief. Een aantal trajecten zijn ook weinig waarschijnlijk. Zo zal er bij beschikbaarheid van een vroeger ingevuld instrument in de praktijk waarschijnlijk geen aparte screening meer moeten gebeuren of is er meteen een volledig BelRAI assessment (in de vorm van een BelRAI Revalidatie, niet limitatief) aan de orde.

In de zorgketen zijn er twee belangrijke schakels die op dit moment volgens het expertenpanel niet voldoende betrokken zijn. De eerste schakel betreft de acute revalidatie waarvoor momenteel enkel het – weinig geïmplementeerde – interRAI Post-Acute Care instrument beschikbaar is. Het is ook niet zeker of dit PAC-instrument voldoet voor de acute revalidatie. Een andere optie is dat acute diensten kunnen aangeven dat een BelRAI assessment nodig en wenselijk is, maar dat dit door de hoge turnover nog niet is gebeurd. Bij een volledige implementatie zal hiervoor een oplossing voorhanden moeten zijn. De tweede schakel is een BelRAI Screener voor de revalidatie. De deelnemers uit de ambulante sector vragen tijdens een focusgroep ook naar een screeningsinstrument om bij eenvoudige hulpvragen niet een volledig BelRAI Revalidatie instrument in te moeten vullen.

Door de onduidelijkheden bij, onder meer, deze twee schakels, komt de continuïteit van zorg en bijgevolg de integratie van zorg volgens het expertenpanel in het gedrang (risico op fragmentatie en niet-geïntegreerde zorg). Bijgevolg bevat figuur 112 veronderstellingen over deze twee schakels en de implementatie: het gebruik van een BelRAI (revalidatie) acute instrument en een BelRAI Screener die het revalidatiepotentieel (bij voorkeur met een verschil tussen ambulante en residentiële zorg) ook screent naast de indicatie voor een volledig BelRAI instrument, beschikbaar voor alle doelgroepen van de Vlaamse revalidatie. De plaats van de huisarts in het hele verhaal en hoe deze aan de slag gaat met de BelRAI Suite, moeten ook worden verduidelijkt.

Welk traject een revalidant in de Vlaamse revalidatie aflegt, is afhankelijk van verschillende factoren: de mate van complexiteit van de revalidatiehulpvraag, de reeds eerder ingevulde BelRAI assessments, de aanwezigheid van acute hulpverlening die nodig is en de mate waarin er verdere opvolging nodig is. Men kan namelijk een verworven aandoening hebben die een revalidatienood veroorzaakt via acute zorgen. Een revalidant kan echter ook een chronische aandoening hebben die eerder op regelmatige basis ambulante of residentiële revalidatie vereist. Maar ook een persoon met een chronische aandoening kan een revalidatienood hebben na een acute opstoot (acute zorgen). Niet elke chronische aandoening of revalidatiehulpvraag impliceert een nood aan een volledig BelRAI assessment. Tot slot is het BelRAI Revalidatie instrument niet voor iedereen het meest passende instrument. Als de nadruk meer ligt op

ambulante thuiszorg of ondersteuning van een psychische kwetsbaarheid, zijn misschien het BelRAI HC of BelRAI (C)MH-instrument meer passend op dat punt in het zorgtraject.

De gehoorrevalidatie geeft aan dat cliënten vaak na hospitalisatie (operatie plaatsing CI) in het revalidatiecentrum starten. De overgang van ziekenhuis naar revalidatie zou in deze context bekeken moeten worden. Er wordt volgens hen best nagegaan of een BelRAI AC instrument op deze afdeling afgenomen kan worden of dat een toevoeging van enkele BelRAI Revalidatie items bij het BelRAI AC meer wenselijk is.

De zorgtrajecten die revalidanten of personen met een zorgnood doorlopen, vragen soms de invulling van items die nu verspreid staan over verschillende instrumenten. Het is dan ook sterk aanbevolen om de BelRAI Suite te laten evolueren naar een modulair systeem met de core set voor iedereen en instructies of richtlijnen voor de modules, aldus sommige deelnemers aan de focusgroepen. Dit modulair systeem sluit beter aan bij de holistische en revalidantgerichte aanpak die nodig is voor revalidanten met comorbiditeiten (supra).

Een van de voorwaarden om tot een goede implementatie van het BelRAI Revalidatie instrument te komen, is volgens het expertenpanel het voorzien in goed werkende informatiestromen. Het gebrek aan continuïteit in informatiestromen en aan communicatie kan een belangrijke belemmering zijn. De afwezigheid van een BelRAI instrument in een andere sector waarmee de Vlaamse revalidatie samenwerkt (bv. acute revalidatie, federaal, andere welzijnsactoren) is problematisch.

Revalidanten doorlopen bij voorkeur het meest efficiënte zorgpad doorheen de gezondheidszorg. Bijgevolg dient de BelRAI Suite, met het BelRAI Revalidatie instrument in bijzonder, volgens het expertenpanel bij te dragen aan een goede triage van de revalidanten in de Vlaamse revalidatie, wat in de conceptnota wordt bevestigd:

‘Op basis van een patiënten classificatie in combinatie met een diagnose wordt een zorgticket bepaald waarmee de revalidant zich kan aanbieden bij een revalidatievoorziening of revalidatieziekenhuis. De revalidatievoorziening kan zelf ook de indicatiestelling doen. De revalidant kan dit zorgticket gebruiken in verschillende erkende revalidatievoorzieningen. Het zorgticket wordt uitbetaald door de zorgkas aan de revalidatievoorziening/revalidatieziekenhuis. De voorziening bepaalt samen met de revalidant het al of niet starten van de revalidatie en het gekoppeld zorgverbruik. Er dient rekening gehouden met de eigenheid van de revalidatievoorzieningen en het gespecialiseerd zijn in specifieke behandelingen voor specifieke doelgroepen. De regie van de revalidant omtrent zijn zorg en ondersteuningsplan en doelstellingen, de revalideerbaarheid welke wordt afgeleid uit de BelRAI in combinatie met de diagnose en de kwaliteitsindicatoren en outcome-indicatoren spelen een rol in dit denkproces wat leidt tot de beslissing om al of niet te starten met de revalidatie.’ (Vlaamse Regering, 2019a, p. 22).

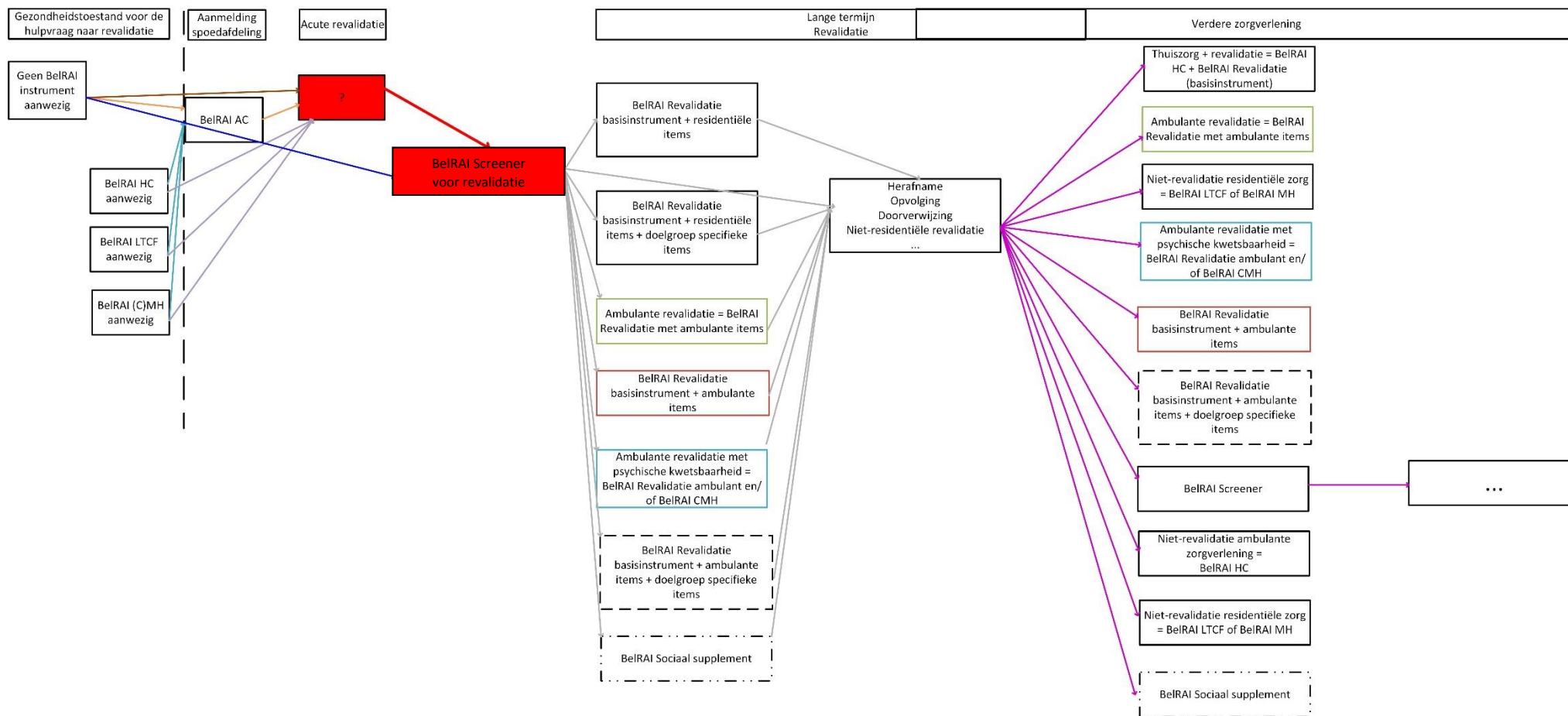
Het traject dat een revalidant door de gezondheidszorg doorloopt, varieert in functie van diens zorgvraag en zorgnood. Een revalidant die bijvoorbeeld een auto-ongeval meemaakte, krijgt eerst in een Vlaamse revalidatievoorziening hulp en vervolgens in de thuisomgeving door een privé kinesitherapeut. Dezelfde revalidant kan ook elders zorgen krijgen in verband met brandwonden die hij tijdens het ongeval heeft opgelopen, waarvoor een serie van chirurgische ingrepen wordt uitgevoerd. De revalidant komt hierdoor met veel verschillende diensten en afdelingen in contact. De revalidatiedienstverlening

en de gezondheidszorg in het algemeen worden meer en meer in zorgprogramma's³¹ en zorgpaden³² uitgewerkt. Het zorgprogramma is 'wat' er moet gebeuren en het zorgpad 'hoe' het moet gebeuren (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018c; Lysens & Peers, 2017; Ward et al., 2012). Dit moet mee in rekening worden gebracht bij het implementeren van BelRAI.

³¹ Zorgprogramma (ZP): "is een geheel van (multidisciplinaire) zorgprocessen gericht op een homogene doelgroep van revalidanten met als doel kwaliteit van zorg" (Lysens & Peers, 2017, p. 59).

³² Zorgpad: "is een 'complexe interventie' om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van revalidanten gedurende een gedefinieerd tijds kader" (Lysens & Peers, 2017, p. 61).

Het kwalitatief onderzoek: gebruiksmogelijkheden, implementatievoorwaarden en voorwaarden waaraan het instrument volgens de deelnemers aan het onderzoek moet voldoen



Figuur 98 Doorstroom van informatie door de gezondheidszorg (met de focus op revalidatie) via BelRAI Suite instrumenten

2.2.17 Administratieve vereenvoudiging

Om administratieve vereenvoudiging mogelijk te maken, moet BelRAI volgens de deelnemers van de focusgroepen en het expertenpanel in alle sectoren worden gebruikt, zelfs buiten de gezondheidszorg. De revalidant komt in contact met heel wat verschillende diensten zoals VDAB, CLB, verzekeringsartsen, OCMW en diensten voor toekenning van rechten en tegemoetkomingen. Voor integratie en administratieve vereenvoudiging krijgen deze diensten bij voorkeur toegang tot een deel van een BelRAI instrument. Hiervoor dienen duidelijke inhoudelijke afspraken en een juridisch kader te worden opgesteld. De deelnemers zijn zeker voorstander van samenwerking over de grenzen van organisaties en verantwoordelijke overheden heen.



Figuur 99 Partners in het Vlaams Zorglandschap (Dewolf, 2016, p. 7).

Het Regeerakkoord vermeldt eerste stappen die de overheid gaat ondernemen om de afstemming met het VAPH mogelijk te maken:

‘We brengen de financieringsstromen die het VAPH verstrekt in kaart en maken een beleidsprioriteit van zorg en ondersteuning op maat. Daarbij optimaliseren we de werking van het VAPH zelf. Het VAPH wordt een onderdeel van het intern verzelfstandigde agentschap rond Zorg, inclusief de Vlaamse sociale bescherming.’ (Vlaamse Regering, 2019b, p. 95).

‘We bestuderen de haalbaarheid van de invoering van BelRAI als inschalingsinstrument voor personen met een handicap. Dit moet het ook mogelijk maken om snel te schakelen binnen bv. gezinszorg of woonzorg. Personen met een handicap moeten net als iedereen de eigen keuze en regie kunnen behouden voor het invullen van de ondersteuningsvraag’ (Vlaamse Regering, 2019b, p. 96).

‘We evolueren naar een financiering van de ouderenzorg die gebaseerd wordt op het nieuwe inschalingsinstrument BelRAI. Hierdoor worden verbindingen met andere sectoren mogelijk en zetten we verdere stappen naar de afstemming van het woonzorgcentrum met andere sectoren (GGZ, VAPH, gezinszorg, revalidatie, enzovoort). We zetten een halt op de verkokering en gaan voor integrale samenwerking.’ (Vlaamse Regering, 2019b, p. 112).

De deelnemers van een focusgroep missen een overzicht van de Belgische eHealth applicaties en hoe het BelRAI Revalidatie instrument hierin past. De concrete uitwerking over de bevoegdheden heen in de dagelijkse werking is niet duidelijk.

2.2.18 Kwaliteitsbewaking en controle

De sterkte van de BelRAI Suite, die de deelnemers van het expertenpanel ook als positief ervaren, bestaat uit de wetenschappelijke onderbouwing en de objectivering van het functioneren. Dat impliceert wel dat de dataverzameling op een kwaliteitsvolle manier moet gebeuren. Om dit te garanderen verwacht het expertenpanel vanuit de overheid kwaliteitscontroles. De deelnemers zien de overheid als verantwoordelijk voor het aanbieden van tools zoals opleiding, up to date instrumenten en het systematisch ontvangen van feedback. Op basis van de ingevulde data zouden individuele organisaties of zorgverleners verplicht moeten worden om een opfrissingscursus te volgen om de standaardisatie te vrijwaren. De deelnemers vinden ook het certificeren van zorgverleners met een beperking in tijd noodzakelijk. De verwachtingen wat betreft de BelRAI Revalidatie opleiding en het handboek zijn heel hoog. Voor de deelnemers is dit de sleutel tot hoge kwaliteit van dataverzameling.

Om de kwaliteit te garanderen per item vragen de deelnemers bindende afspraken willen over welke disciplines welke sectie mogen invullen. Er is toch enige weerstand om te stellen dat elke zorgverlener even bekwaam is om elke sectie in te vullen. *“Niet iedereen is even bekwaam om gevoelige thema’s zoals incontinentie, seksualiteit, trauma’s, ... uit het verleden te bespreken met revalidanten. Anderzijds is niet iedereen even bekwaam in het hanteren van deze gevoelige informatie.”*

Er moet ook een kwaliteitsgarantie naar de revalidanten toe zijn: de informatie dient op een verantwoordelijke manier te worden gebruikt. Tijdens de BelRAI Revalidatie opleiding mag er meer tijd worden voorzien om ook deze competentie bij te schaven. De deelnemers hebben wantrouwen tegenover elkaar betreffende de bekwaamheid is om het instrument in te vullen en te interpreteren. Zorgverleners die het instrument invullen dienen ten gronde te beseffen dat het instrument met de nodige ernst ingevuld moet worden en levenslang geregistreerd wordt. Elke score moet nog meer dan anders een bewuste scoring zijn.

De BelRAI instrumenten zijn instrumenten die het perspectief van de zorgverlener weergeven. Dat blijkt ook uit het taalgebruik, dat soms moeilijk of zelfs confronterend is voor een revalidant. Daarom is het raadzaam volgens het expertenpanel om een versie of samenvatting voor de revalidant te voorzien.

Eén revalidatievoorziening gaf tijdens een intervisie aan de mogelijkheid te willen hebben om enkel de data ingeput (ruwe data) in de BelRAI 2.0 software te kunnen downloaden om intern kwaliteitscontroles en eigen analyses te kunnen uitvoeren alsook interne revalidant-profielen te kunnen destilleren.

2.2.19 Samenwerking en cultuurverandering in een multidisciplinair team

De deelnemers aan de focusgroepn kijken uit naar het kunnen gebruiken van het instrument intern en extern met collega’s. Zij benadrukken dat dit aspect in de praktijk het moeilijkste wordt om uit te rollen. Niet alle zorgverleners zijn even vaardig met de computer of nieuwe technologieën. Het is een cultuurverandering en het vraagt ook organisatieveranderingen om dubbele registratie te vermijden.

Om het BelRAI Revalidatie instrument in een multidisciplinaire context te laten werken, dient er aan de slag te worden gegaan met de algemene succesfactoren en barrières voor multidisciplinair handelen in de gezondheidszorg, samengevat in het acroniem TEAMWORK (Team, Enthusiasm, Accessibility, Motivation, Workplaces, Objectives, Role en Kinship) (Choi & Pak, 2008).

Tabel 48 Overzicht van succesfactoren, barrières en randvoorwaarden voor succesvol inter- en multidisciplinair werken in de gezondheidszorg (volgens Choi & Pak, 2008).

Succesfactoren	Barrières	Randvoorwaarden
Goede selectie van teamleden	Slechte selectie van disciplines en teamleden	Diversiteit van teamleden: zowel wat betreft discipline, cultuur en demografische eigenschappen als wat betreft probleemoplossende vaardigheden en creativiteit in beslissing nemen
Goede teamleiders	Een slecht functioneren van een team	Gedeeld gezondheidsdossier
Maturiteit en flexibility van de teamleden	De afwezigheid van of het niet lukken van interdisciplinair werken	Verbetering van communicatie tussen cliënt en arts
Persoonlijk engagement	Afwezigheid van richtlijnen voor auteursrechten in publicaties	Rol voor de cliënt
Fysieke nabijheid van de teamleden	Taalproblemen	Rol voor specialisten
Toegang tot internet en e-mail	Onvoldoende tijd	Consensus in het management
Aanmoediging	Onvoldoende financiën	Nabije coördinatie
Ondersteuning vanuit de organisatie via veranderingen in de werkplek	Beperkingen opgelegd door de organisatie	
Gemeenschappelijk doel en visie	Disciplineconflicten	
Duidelijkheid over rollen en rolveranderingen	Teamconflicten	
Communicatie tussen teamleden*	Afwezigheid van communicatie tussen disciplines	
Constructieve feedback tussen teamleden	Onevenwichtige inspraak van disciplines	

*Opvallend is dat taalonduidelijkheden in de gezondheidszorg niet ervaren worden als een probleem in de gezondheidszorg waardoor interventies gericht op gestandaardiseerde taal in de gezondheidszorg een grote kans op falen hebben. Er zijn nochtans voldoende bewijzen dat een gemeenschappelijke taal zeer relevant is voor kwaliteitsvolle zorgverlening (Stallinga et al., 2014).

Deelnemers die vanuit management en het artsenteam gesteund werden om deel te nemen aan de studie, toonden meer motivatie of een positievere attitude ten opzichte van het BelRAI Revalidatie instrument. Bij een effectieve uitrol is de steun van het middenkader en artsen essentieel. Dit wordt bevestigd door de deelnemers van het expertenpanel en in onderzoek naar implementatie van innovatie in de gezondheidszorg (Richard et al., 2013). Vervolgens zijn deelnemers van de focusgroepen voorstander van een sleutelfiguur of leidersfiguur per organisatie te voorzien die 'BelRAI Revalidatie expert' wordt.

2.2.20 Het BelRAI Revalidatie instrument als financieringstool in de toekomst: onderscheid tussen care en cure

Met de zesde staats hervorming zijn er nieuwe bevoegdheden naar de deelstaten overgeheveld, onder andere de eerstelijnsgezondheidszorg, de ouderenzorg, de psychiatrische verzorgingstehuizen, het beschut wonen en een aantal revalidatieovereenkomsten. Kort gesteld is de 'cure' (behandelen) vooral

federaal gebleven en kwam 'care', ook wel long term care genoemd, naar de deelstaten (Vandeurzen, 2015; Verschuere & Hermans, 2016).

Het BelRAI systeem is een communicatie- en zorgplanningstool. De deelnemers van het expertenpanel stippen aan dat deze doelstelling vooral bij *care*³³ ligt: het organiseren van formele en informele zorg voor een zorgbehoevende persoon. Revalidanten hebben ook en vooral noden aan *cure*³⁴ of het optimaliseren van hun functioneren. Wat men zelf terug kan of zou kunnen doen, wordt getraind. Voor het functioneren waar trainen of compenseren niet (zelfstandig) kan, wordt het netwerk ingeschakeld (verschuiving van *cure* naar *care* na revalidatie). De deelnemers hebben hun bezorgdheid geuit in welke mate de stakeholders vanuit het beleid zich bewust zijn van het verschil tussen *care* en *cure*. De conceptnota toont dit evenwel aan:

'Voor de zorgplanning van Vlaamse revalidatie (bepalen van het aantal uren zorg- revalidatie-verstrekking in functie van vooraf geformuleerde doelstellingen waarbij het maximale herstel wordt beoogd) moet wetenschappelijk onderzoek aantonen dat de BelRAI niet enkel voor basiszorg maar ook voor gespecialiseerde zorg kan gebruikt worden. Via CAP (clinical assesment protocols) komt men tot deze zorgplanning. Maar BelRAI is uiteraard geen zorgplan. Zorgdoelstellingen bepalen blijft het resultaat van overleg met de revalidant en tussen de verschillende zorgaanbieders met de input die geleverd wordt uit BELRAI en eventueel aanvullende instrumenten. Hier verwijzen we o.a. naar het element cure in de revalidatie terwijl voor de BelRAI care de focus is. Daarom zal wellicht de BelRAI module ook gecombineerd worden met een gecodeerde diagnose. De combinatie tussen een BelRAI score en een diagnose maken dat de revalideerbaarheid³⁵ kan ingeschat worden.' (Vlaamse Regering, 2019a, p. 16).

Therapietijd en zorgtijd zijn niet hetzelfde. Een functioneel profiel van een revalidant en een zorgprofiel zijn niet hetzelfde. Iemand met bv. een lichte hersenbloeding die terug wil gaan werken (nadruk cognitieve uitval met mogelijkheid tot herstel, omkeerbaar), zal veel therapietijd nodig hebben om dit doel te verwezenlijken, maar weinig tot geen verpleegkundige zorgen (*care*). Iemand met een zwaardere hersenbloeding die rolstoelgebonden is, incontinent, halfzijdig verlamd (nadruk fysieke uitval) zal net veel fysieke ondersteuning of verpleegkundige zorgen nodig hebben en mogelijk minder therapienoden (de fysieke beperking is misschien onomkeerbaar). Dit illustreert het verschil in noden en zorgzwaarte tussen revalidanten die diagnostisch 'hetzelfde' zijn (hersenbloeding).

Voor de zorgplanning en de communicatie tussen zorgverleners en de revalidant is het onderscheid tussen *care* en *cure* niet relevant. De nodige acties kunnen echter maar verwezenlijkt worden als daar de juiste financiering tegenover staat, zo stellen deelnemers aan het expertenpanel. In dat opzicht zijn de deelnemers vragende partij om onderzoek en overleg in een volgende fase te starten naar het BelRAI Revalidatie instrument als financieringsinstrument, maar enkel als dit de dagelijkse revalidatiewerking niet hindert. Er moet dan ook rekening worden gehouden met elementen die niet of te beperkt

33 Care: "de onderdelen van zorg voor personen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze – om welke reden dan ook – (dikwijls) gedurende een lange periode om de één of andere reden afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het inrichten van hun dagelijks leven en bij de uitvoering van diverse dagdagelijkse activiteiten" (Vandeurzen, 2015, p. 2).

34 Cure: "die onderdelen van de gezondheidszorg die grofweg met de behandeling van ziekten te maken hebben. Dikwijls is de interventie van tijdelijke aard en met als doelstelling om te komen tot genezing/bevordering van herstel, met de daarbij behorende verpleging en verzorging. De financiering hiervan vindt plaats via de federale ziekteverzekering." (Vandeurzen, 2015, p. 2).

35 In de conceptnota wordt revalideerbaarheid niet verder omschreven. Hiervoor wordt verwezen naar hoofdstuk 1.

in het instrument worden opgenomen, maar die in andere databronnen beschikbaar zijn en belangrijk zijn voor de financiering van zorgverleners en voorzieningen.

Hoofdstuk 5

Samenstelling van het BelRAI Revalidatie core instrument: criteria voor selectie van items

Voor de test beschreven in hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 was het al duidelijk dat het ontwikkelde instrument nog te uitgebreid was. Dat benadrukken de deelnemers ook tijdens de interviews en focusgroepen (hoofdstuk 4). Zorgverleners vinden het instrument te lang en beschouwen sommige stukken als irrelevant voor hun subsector of doelgroep, maar tegelijk vinden zij dat er items ontbreken voor hun specifieke doelgroep. Wat als overbodig of ontbrekend wordt beschouwd, verschilt tussen subsectoren. Met de input van de deelnemers konden de onderzoekers bijgevolg geen onderbouwde keuzes maken om het instrument in te korten en items te selecteren.

Daarom hebben de onderzoekers op basis van de literatuur en de ervaringen in de twee BelRAI Revalidatie projecten criteria ontwikkeld om een selectie te kunnen maken in de vele items die door de stakeholders waren naar voor geschoven. Deze criteria leiden tot een beperkter 'core instrument' dat voor iedereen moet worden ingevuld en modules die enkel worden ingevuld indien dit relevant is. Of een module moet worden ingevuld, hangt af van het antwoord op één of meerdere vragen in het 'core instrument'. Zo zal de module 'visus' niet opengaan voor iemand van wie in het core instrument wordt ingevuld dat er geen problemen met het zicht zijn. Het is zeer onwaarschijnlijk dat voor een persoon alle modules ingevuld moeten worden. Voor de meeste mensen zal dit een beperkt aantal zijn. In de praktijk zal het instrument per individuele persoon dus korter geworden zijn.

In dit hoofdstuk bespreken we de ontwikkelde criteria en de redenering erachter. In het volgende hoofdstuk worden de opbouw van het instrument en de output die op basis ervan kan worden berekend, beschreven. Het volledige instrument: core en modules, is terug te vinden in een aparte bijlage³⁶, met het handboek dat erbij hoort.

1 Selectiecriteria

1.1 Criteria voor het behoud van een item

Er werd rekening gehouden met (1) de feedback van de deelnemers (kwalitatieve data), (2) de verzamelde data (kwantitatieve data) en (3) de onderzoeksopdracht en het doel van het BelRAI Revalidatie instrument.

Het onderzoeksteam besliste om suggesties voor (1) aanpassingen of toevoegingen die niet direct bijdragen tot de omschrijving van het functioneren van een revalidant of (2) die niet toegelaten zijn door de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer³⁷ niet te weerhouden (zie ook Van Regenmortel et al., 2018).

³⁶ interRAI en BelRAI instrumenten mogen niet in het openbare domein worden gepubliceerd omwille van copyright. Bij interesse in het instrument kunt u de onderzoekers contacteren.

³⁷ Items rond bv. taal en religie van de persoon mogen niet van de Privacy commissie.

Het BelRAI Revalidatie instrument moet voldoen aan volgende inhoudelijke eisen:

1. toepasbaar zijn in de (Vlaamse) langetermijnrevalidatie,
2. toepasbaar zijn voor volwassenen (15-65 jaar),
3. de ICF-rehabilitatie core set bevatten,
4. de mogelijkheid bieden om de CAP's en schalen te berekenen,
5. zo veel mogelijk de interRAI core set bevatten om de link met andere sectoren te behouden en
6. de revalideerbaarheid weergeven.

De doelstelling is om het core instrument (de basis) in te korten tot ongeveer 300 core items. Daar komen nog extra items bij die niet voor elke doelgroep van toepassing zijn. Zo liet de revalidatiesector weten dat sommige items enkel in de ambulante zorg (revalidant overnacht niet in de voorziening) van toepassing zijn en andere enkel voor de residentiële revalidatie (revalidant overnacht in de voorziening). Een ander voorbeeld betreft het meer uitgebreid bevragen van gehoor- of zichtproblemen bij mensen die slechthorend of slechtziend zijn. In totaal komt dit overeen met de standaardlengte van een interRAI-instrument.

Er is door het onderzoeksteam met een open geest gekeken naar de interRAI core set op basis van opmerkingen geformuleerd door de deelnemers. Daarbij is wel steeds rekening gehouden met het feit dat het verwijderen van een core set item grote gevolgen heeft in de opvolging van een revalidant: de link met andere sectoren en de mogelijkheid om bepaalde CAP's en schalen te berekenen gaan mogelijks verloren.

Samengevat worden bij de weging van de items de eerdergenoemde zes criteria overwogen, vervolgens wordt de evaluatie van de deelnemers van het instrument meegenomen en tot slot wordt de mate van het gebruik van het item meegenomen (kwaliteit van invullen en gebruik) in de definitieve beslissing door het onderzoeksteam. Daarna wordt gekeken of deze informatie niet reeds elders voorhanden is en dus niet in het BelRAI instrument moet worden opgenomen. Er bestaan immers al medische dossiers en andere bronnen, waarin dezelfde of gelijkaardige informatie wordt verzameld.

De BelRAI Suite onderscheidt zich van het globaal medisch dossier (GMD)³⁸ doordat het functioneren van de revalidant centraal staat. BelRAI gaat niet over symptomatologie of medische diagnostiek (Belgische Federale overheidsdiensten, 2018; RIZIV, 2015). Het onderscheid met andere eHealth tools en dossiers moet dan ook duidelijk blijven.

De Vlibank (beheerd door het VAPH) is een online platform waarop hulpverleners en revalidanten op zoek kunnen gaan naar het best passende hulpmiddel of naar mobiliteitshulpmiddelen. De toekenning van een groot aantal mobiliteitshulpmiddelen is met de 6^{de} staatshervorming Vlaamse bevoegdheid geworden. De mobiliteitsaanvragen behoren tot de VSB (Vlaamse overheid, 2018; Vlaamse Regering, 2019a). De Vlibank zou omgebouwd of aangepast kunnen worden zodat men niet alleen technische informatie kan opzoeken over een hulpmiddel, maar ook kan aanduiden welke hulpmiddelen een

³⁸ Uw globaal medisch dossier (GMD) bevat al uw medische gegevens (operaties, chronische ziekten, lopende behandelingen, enz.) (RIZIV, 2015).

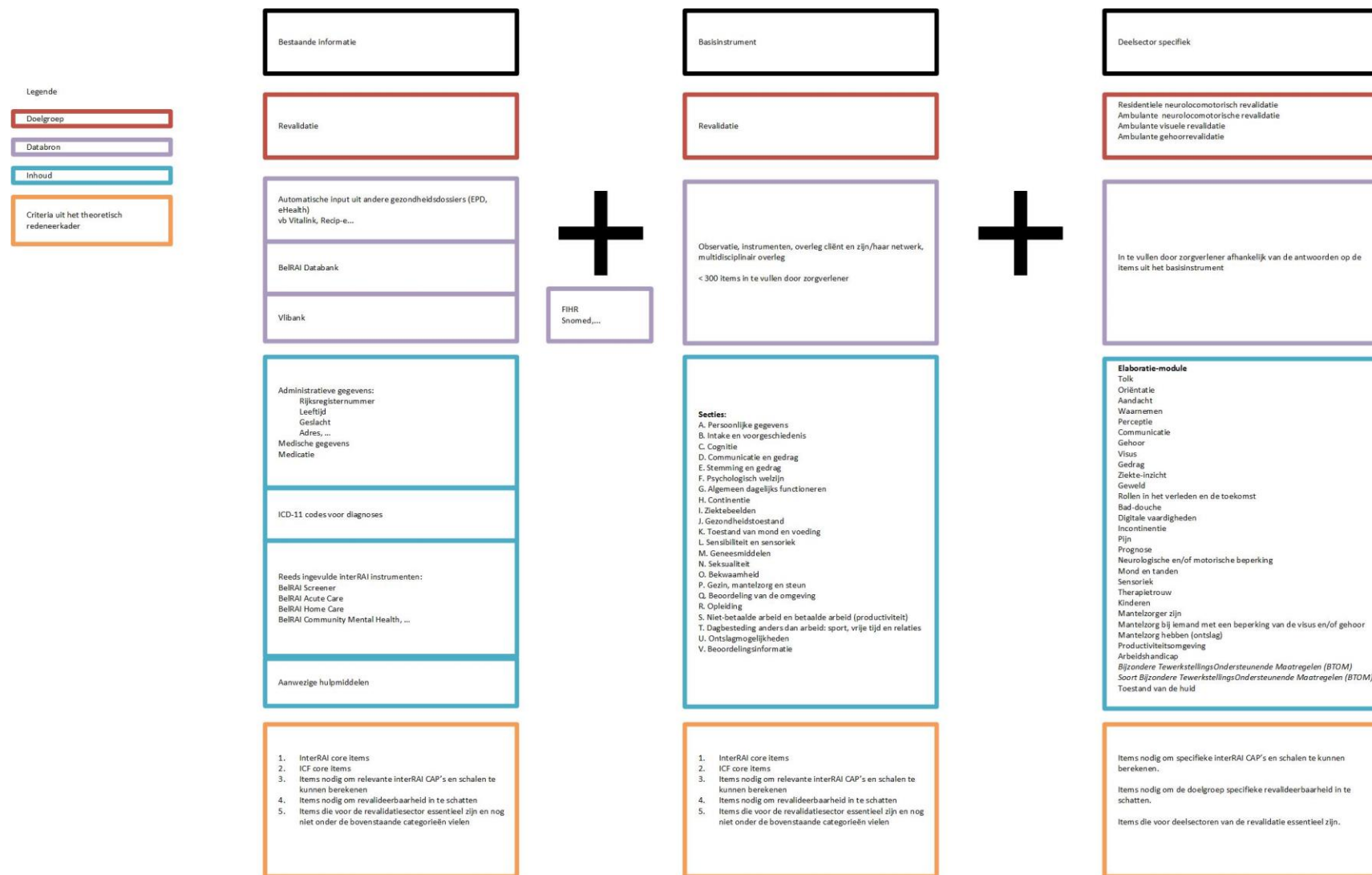
persoon gebruikt. Zo wordt een combinatie gemaakt tussen een databank met mogelijke hulpmiddelen en een gedeeld dossier over de gebruikte hulpmiddelen.

De combinatie van de zes genoemde voorwaarden en de mogelijkheid om informatie uit andere bronnen te halen maken dat men vijf types of vijf redenen (criteria) kan opstellen waarom een item zou moeten behouden blijven of opgenomen worden in het basisinstrument (versie 31-10-2019):

1. Het item is een core set interRAI item en daarom nodig voor informatie-uitwisseling met andere sectoren. Dit zijn basisvariabelen zoals ADL, IADL of cognitie. Wanneer een persoon uit een andere zorgvorm of sector naar de revalidatie komt en de persoon had daarvoor reeds een ingevuld BelRAI instrument, dan zijn deze items al ingevuld bij opname (enkel na te kijken ter controle). Wanneer de persoon de revalidatievoorziening verlaat, kunnen deze items overgenomen worden in het HC, LTCF, CMH of MH-instrument van de voorziening waar hij of zij naartoe gaat.
2. Een item dat wordt gebruikt voor de berekening van een voor de revalidatie nuttige bestaande interRAI CAP of schaal.
3. Een item uit de ICF rehabilitation core set (inclusief ICF-kader) en daarom nodig voor informatie-uitwisseling in de revalidatiesector.
4. Een item dat nodig is om zicht te krijgen op de revalideerbaarheid³⁹.
5. Items die in de loop van dit en het voorgaande BelRAI Revalidatie project door de deelnemers systematisch als zeer belangrijk of essentieel werden benoemd voor de gehele langetermijnrevalidatie (15-65 jaar) en die niet werden opgenomen op basis van de bovenstaande criteria.

Om tegemoet te komen aan specifieke noden van (deel)sectoren en doelgroepen in de revalidatie kan de basisset nog uitgebreid worden met deelsector specifieke items via elaboratiemodules.

³⁹ Renz (1991) in (Cunningham et al., 2000, p. 205): 'Een inschatting van iemands individuele capaciteit om samen te werken aan een revalidatieprogramma en meetbare functionele winst te maken'.



Figuur 100 Opbouw van de basisset (basisinstrument) en doelgroep of deelsector specifieke items (elaboratiemodules).

1.2 Volgorde van de secties

De deelnemers aan de focusgroepen en de interviews stelden de vraag of de sectievolgorde van de ICF kan worden gebruikt, namelijk van anatomische eigenschappen naar participatie of omgekeerd. Men wil ook graag eerst ADL en dan IADL scores.

Op deze suggestie wordt niet ingegaan. De volgorde van de secties wordt afgestemd met de andere instrumenten en in een sjabloon geplaatst. Voorzieningen zijn vrij om de volgorde van de secties in de eigen softwareomgeving anders te programmeren dan het aangeboden sjabloon. De zorgverleners zijn ook vrij om de invulling in een gekozen volgorde in te vullen. Niets weerhoudt de zorgverlener ervan om sectie E in te vullen voor sectie C of ADL voor IADL.

1.3 Premorbide functioneren

Tijdens de test is gevraagd om elk item vanaf sectie C (als het antwoordkader niet zwart was) te scoren op de volgende manier: *“Voor de volgende secties dient zowel de huidige status (laatste drie dagen of zoals omschreven) als de premorbide status (drie dagen voor het optreden van de opstoot (ziekte) of verworven beperking (ongeval)) dat de oorzaak was van de revalidatie, te worden gecodeerd.”*

Uit de test bleek dat het scoren van de premorbide toestand bijzonder moeilijk is. Zorgverleners hebben premorbide op verschillende manieren geïnterpreteerd, zowel binnen als tussen de instrumenten. Op de vraag van de onderzoekers om via een focusgroep samen de definitie te optimaliseren, kwam geen respons. Gezien de scoring moeilijk is, zijn de data niet betrouwbaar genoeg voor diepgaande analyse.

Bovendien kan, voor wie reeds eerder een BelRAI assessment werd afgenomen, informatie over de vroegere toestand in deze eerdere instrumenten worden gevonden. In de toekomst zullen er vaak al een of meerdere BelRAI Acute Care, Home Care of nog andere instrumenten ter beschikking zijn. Momenteel is het wel zo dat er nog geen implementatie van de BelRAI Acute Care instrumenten gaande is. Dit is evenwel geen reden om die items in het Revalidatie instrument op te nemen.

1.4 Medische informatie uit het EPD

Het BelRAI Revalidatie instrument is een weergave van iemands functioneren in een biopsychosociaal model. De biomedische informatie wordt hierbij tot een absoluut minimum herleidt. De echte ernst van bepaalde stoornissen en details naar persoonlijke oorzaken van functioneringsproblemen of participatieproblemen behoren tot een medisch-therapeutisch dossier en diagnostiek en niet tot de BelRAI Suite. Voorbeelden hiervan zijn agrafie, dyslexie ... en andere zuiver (neuropsychologische) stoornissen.

Indien de deelnemers nood hebben aan meer informatie op stoornisniveau, dient deze te worden gehaald uit een gedeeld medisch (eHealth) dossier bv. het GMD (70.1% van de Vlaamse bevolking heeft dit), Vitalink, SUMEHRS, Ook info over protheses en ortheses kan op die manier opgehaald worden.

Op dezelfde manier kan men ook gegevens over hulpmiddelengebruik elders halen. De deelnemers hebben tijdens de vele contacten een duidelijke vraag geformuleerd naar het includeren van de aanwezige hulpmiddelen in het BelRAI Revalidatie instrument, omdat het gebruik van deze middelen deel uitmaakt van de omgevingsfactoren of externe factoren in het ICF-model. Het is echter niet mogelijk in BelRAI een exhaustieve lijst te includeren van hulpmiddelen die door personen met nood aan revalidatie worden gebruikt.

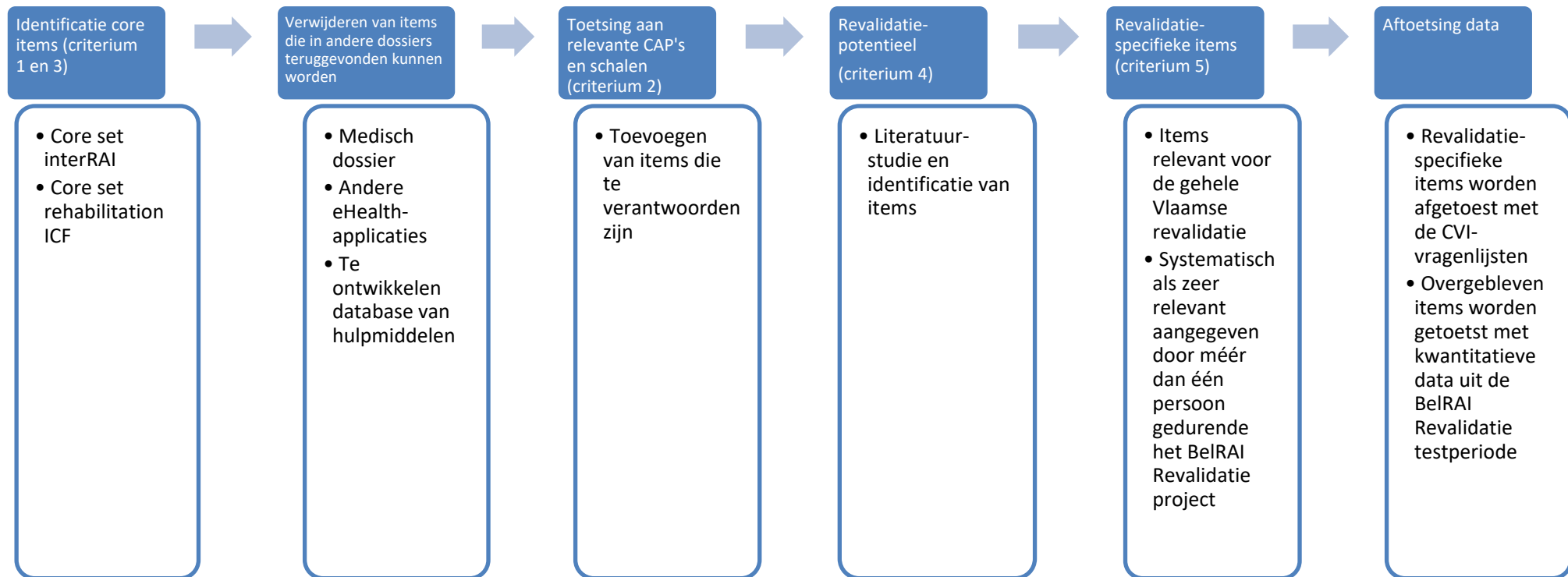
Het BelRAI Revalidatie instrument geeft weer in welke mate de revalidant functioneert in het dagelijks leven, al dan niet met behulp van een hulpmiddel of na een aanpassing in de omgeving. Het aantal beschikbare hulpmiddelen, aanpassingen en technologieën is erg groot en is continu in verandering. De Vlibank is een bestaande database met technische omschrijvingen van hulpmiddelen, die regelmatig wordt geüpdate. Mocht men in deze database ook kunnen aanduiden welke hulpmiddelen een persoon gebruikt, dan zou dit een dynamische databank opleveren die aan BelRAI kan worden gekoppeld.

We ontkennen met andere woorden zeker niet de nood aan gedeelde medische en andere gegevens maar stellen, dat het koppelen van bestaande databanken aan BelRAI een betere oplossing is dan (vergeefs) te pogen om alles in BelRAI op te nemen.

Het gaat vooral om medische gegevens zoals symptomen en diagnoses. In een latere fase, wanneer software wordt ontwikkeld, zullen zorgverleners deze gegevens niet moeten invullen, maar worden ze automatisch uit de andere elektronische dossiers gehaald. Op die manier kunnen we tot een haalbaar en gebruiksvriendelijk BelRAI Revalidatie instrument komen.

2 Werkwijze voor het ontwikkelen van een nieuwe versie van het BelRAI Revalidatie instrument

2.1 Overzicht van de ontwikkeling van het core instrument en de elaboratiemodules



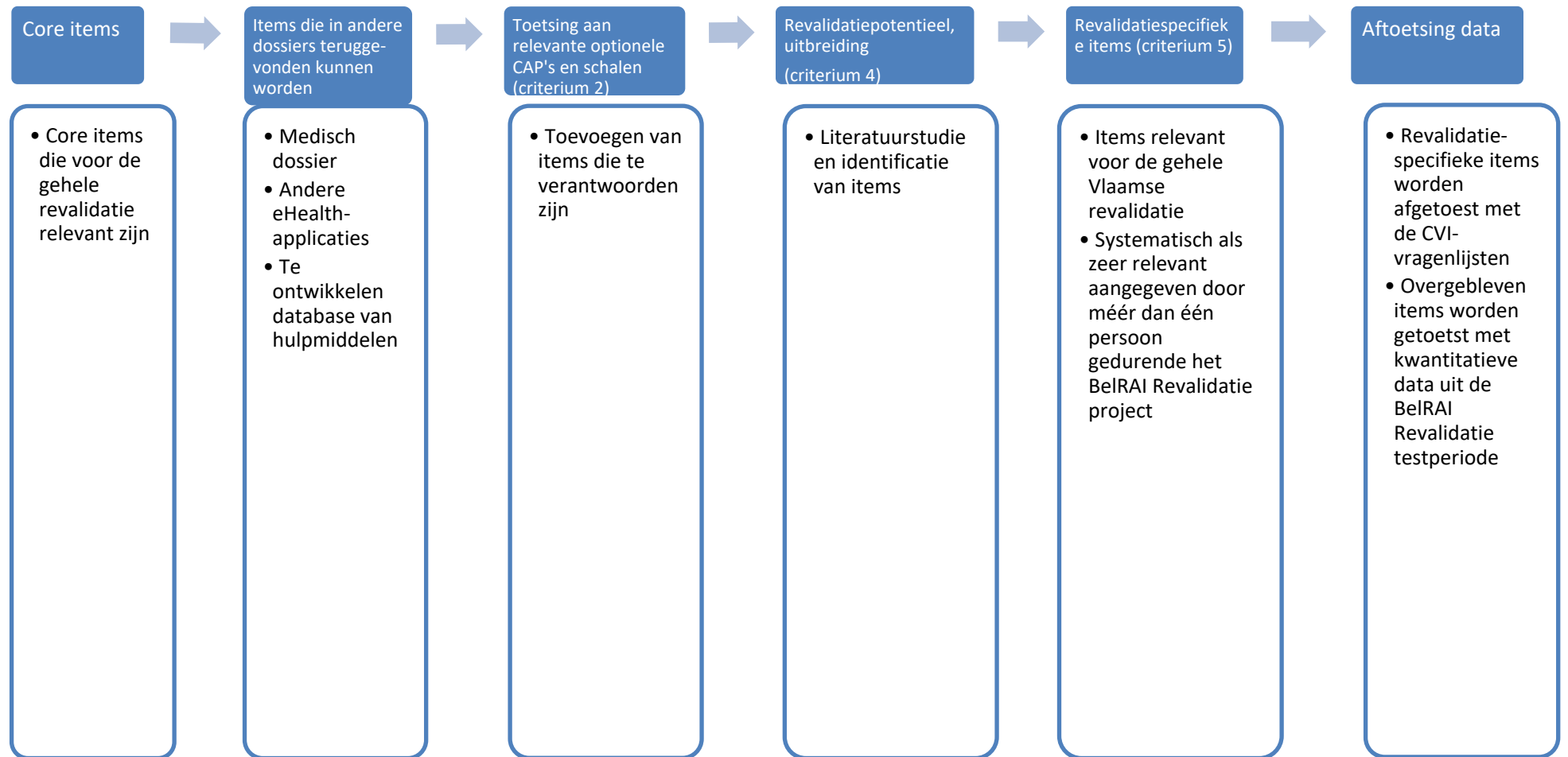
Figuur 101 Ontwikkeling van het core instrument

Om bij elk BelRAI Revalidatie assessment een aantal CAP's en schalen te kunnen berekenen, is er een overzicht van relevante CAP's en schalen gemaakt. In de toekomst zal het wellicht nodig zijn om nieuwe en specifieke schalen en CAP's te ontwikkelen voor de revalidatiesector (zie ook criterium 2).

Het is ook de bedoeling om het revalidatiepotentieel (zie ook criterium 4) te kunnen bepalen op basis van het BelRAI Revalidatie instrument. Daarom hebben de onderzoekers eerst een literatuurstudie uitgevoerd over hoe het revalidatiepotentieel kan worden gedefinieerd en op basis waarvan het kan worden gemeten (zie hoofdstuk 1). Een beperkt aantal items moet hiervoor worden toegevoegd.

Tot slot zijn er nog een aantal items die niet behoorden tot de interRAI of ICF core set en ook niet nodig zijn om het revalidatiepotentieel te bepalen (criterium 5). In de voorgaande stappen werden deze items echter door zeer veel of alle deelnemers aan het onderzoek als belangrijk en nodig bevonden.

Na het vastleggen van de samenstelling van de basisset van items, zijn ook elaboratie-items kritisch bekeken. Het keuzeprocess is op een gelijkaardige manier gebeurd als voor de basisset.



Figuur 102 Ontwikkeling van de elaboratiemodules

Een aantal interRAI core items zijn relevant, maar niet voor iedereen in de Vlaamse revalidatiesector. Bijgevolg zijn een aantal items uit de interRAI core set in een elaboratiemodule geplaatst en is er een nieuwe algemene 'openingsvraag voor een elaboratiemodule' uitgewerkt, bv. voor 'pijn'. Allereerst wordt er gevraagd of er pijn aanwezig is (elaboratiemodule opende nieuwe vraag) om vervolgens, bij een positief antwoord, de interRAI core items weer te geven. Bijgevolg zijn de CAP's Pijn en Pijnschaal van interRAI optioneel in het BelRAI Revalidatie instrument. Dit impliceert dat deze CAP's en schalen niet altijd berekend zullen worden.

Er zijn in de elaboratiemodules extra vragen toegevoegd om de berekening van een optionele CAP of schaal mogelijk te maken, zoals de *CAP Harm to others*. Om deze te kunnen berekenen, ontbrak één item in het geteste instrument. Dit item is in de elaboratiemodule toegevoegd.

Er zijn ook verschillen in de informatie die men nodig heeft over ambulante of residentiële revalidatienoden. Daarom zijn een aantal items specifiek voor ambulante of residentiële revalidatie geïdentificeerd en uitgewerkt in aparte modules.

Afwerking

- Toevoegen of koppelen van items aan een openingsvraag voor een elaboratiemodule
- Optionele CAP's en schalen identificeren
- Ambulante en residentiële items identificeren
- Uitwerking handboek

Figuur 103 Afwerking van het instrument

Na finaliseren van het gehele instrument, werd het handboek uitgewerkt. Tot slot is er opnieuw gekeken of er bepaalde CAP's en schalen alsnog extra konden berekend worden. In de volgende paragrafen wordt er dieper in gegaan op het gebruik van elk criterium.

2.2 Criterium 1: interRAI

InterRAI core items zijn items die in elk interRAI instrument, onafhankelijk van de doelgroep of de sector, voorkomen. Dit is beschreven in het eerste rapport (Van Regenmortel et al., 2018).

2.3 Criterium 2: items nodig voor de berekening van CAP's en schalen

Voor de toepassing van criterium 2 zijn de bestaande schalen en CAP's door het onderzoeksteam onderzocht en waar nodig zijn nieuwe items toegevoegd. De CAP's en schalen die effectief berekend kunnen worden verder (in hoofdstuk 6) opgelijst.

2.4 Criterium 3: ICF core set rehabilitation

De ICF core set rehabilitation is nagekeken. Alle ICF core items zijn opgenomen, maar b730 spiersterkte of spierkracht, b710 mobiliteit van de gewrichten en de verschillende items over 'd410 transfers' zijn

verplaatst van module 9 en 11 naar het basisinstrument. Hierdoor zijn 8 van de 30⁴⁰ ICF rehabilitation core items die in een module stonden, verhuisd naar het basisinstrument om de gehele ICF rehabilitation core set in de basisset te hebben.

Voor de toepassing van ICF zouden alle items die een d-code (component 'activiteiten en participatie') hebben of krijgen (zie linking), geoperationaliseerd moeten worden in *capacity score* en *performance score*. Bijgevolg zouden heel wat items in twee delen (capacity en performance) moeten opgesplitst worden, wat een significante verhoging van het aantal items met zich meebrengt. Er is focused coding toegepast waarbij een evenwicht is gezocht tussen de ICF-vereiste en de lengte van het instrument.

Tabel 49 ICF- en interRAI-items (versie 26-09-2018 en 31-10-2019) behorende tot het component 'activiteiten en/of participatie' van de ICF.

Activiteit en participatie	interRAI item in versie 26-09-2018	Situatie in versie 31-10-2019
d230 (G) Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen	C1 / iC1	Operationalisering niet volgens capacity en performance
d240 Omgaan met stress en andere mentale eisen	XLVIII (module 8)	Nieuw toegevoegd in de core set, operationalisering niet in capacity en performance
d410 Veranderen van basale lichaamshouding = apart	Toilettransfer + Bewegelijkheid in bed	Toegevoegd aan core set vanuit module 9, reeds in uitvoeren en mogelijkheden
d415 Handhaven van lichaamshouding	Aanwezig	Toegevoegd aan core set vanuit module 9, reeds in uitvoeren en mogelijkheden
d420 Uitvoeren van transfers	Aanwezig	Nieuwe items toegevoegd vanuit module 9, reeds in uitvoeren en mogelijkheden
d410 Autotransfer	/	Nieuw item, uitwerking in capacity en performance
d450 (G) Lopen	Wandelen	Operationalisering niet volgens capacity en performance
d455 (G) Zich verplaatsen	Trappen	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d465 Zich verplaatsen met speciale middelen	Zich verplaatsen	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d470 Gebruiken van vervoermiddel	Vervoer	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d510 Zich wassen	Persoonlijke hygiëne	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d520 Verzorgen van lichaamsdelen	Persoonlijke hygiëne	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden

⁴⁰ b640,b710, b730,d240,d410, d415, d420, d770

d530 Zorg dragen voor toiletgang	Toiletgebruik	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d540 Zich kleden	Kleden Boven/Onder	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d550 Eten	Eten	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d570 Zorg dragen voor eigen gezondheid	Geneesmiddelenbeheer	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d640 Huishouden doen	IADL	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d660 Assisteren van andere personen		Nieuw item in capacity en performance
d710 Basale tussenmenselijke interacties		Nieuw item in capacity en performance
d770 Intieme relaties	/	Nieuw item niet in capaciteit en performance
d850 (G) Betaald werk	G12 Werk	Operationalisering volgens uitvoeren en mogelijkheden
d920 Recreatie en vrije tijd		Nieuw item in capacity en performance

2.5 Criterium 4: Revalideerbaarheid en revalidatiepotentieel

De definitie van revalideerbaarheid is: *An 'estimate of the individual's capability of co-operating with a rehabilitation programme and making measured functional gains'* Rentz(1991)⁴¹ in (Cunningham et al., 2000, p. 205) (zie ook hoofdstuk 1), wat door de onderzoekers in het Nederlands vertaald is naar:

Revalideerbaarheid is een inschatting van iemands individuele capaciteit om samen te werken aan een revalidatieprogramma en meetbare functionele winst te maken'.

Bijna alle items om dit te meten, waren al aanwezig in het instrument. Indien een item niet terug te vinden was in de ICF of de interRAI items is een nieuw item ontwikkeld. Hierdoor zijn vier nieuwe items/thema's alsnog weerhouden en geoperationaliseerd: 'oriëntatie', 'rug wassen', 'baden en badtransfer' en 'toekomst'.

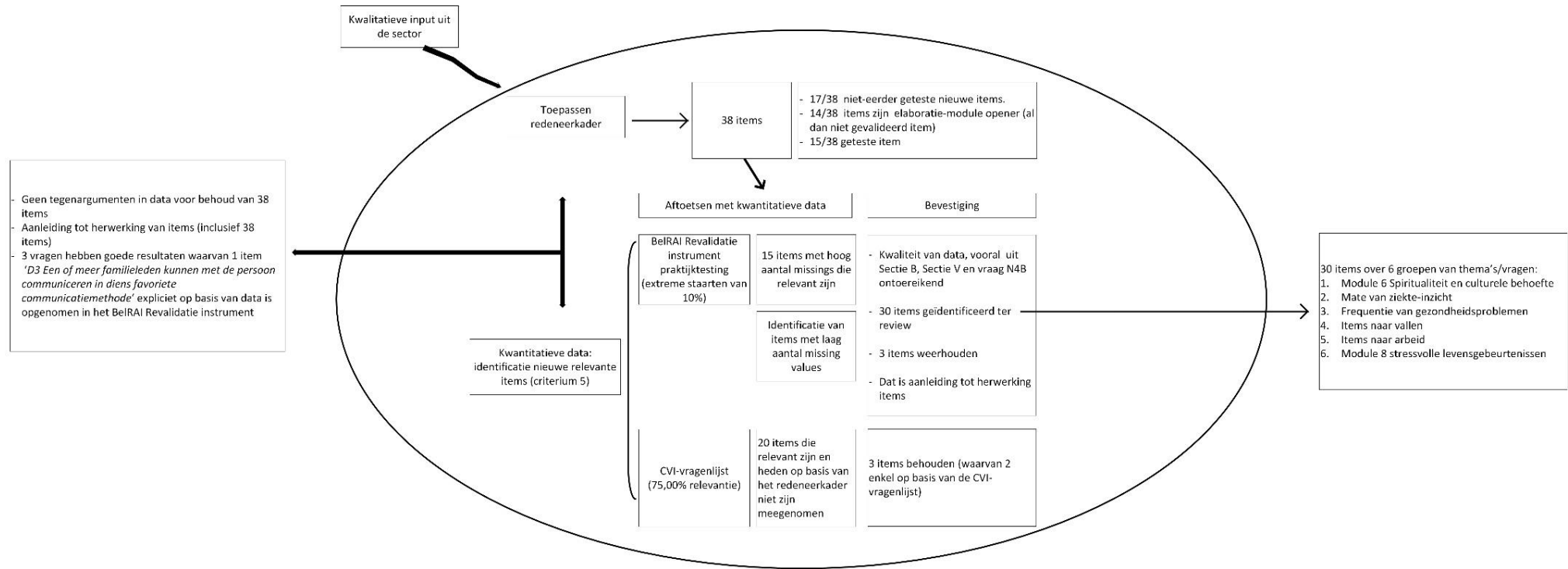
2.6 Criterium 5: Revalidatiespecifieke items

Om criterium vijf zo objectief mogelijk toe te passen is er een heen en weer methode toegepast waarbij het redeneerkader werd toegepast en afgetoetst met de data en omgekeerd. Alle mogelijke suggesties voor nieuwe items zijn besproken, waarbij items die uit een andere database kunnen gehaald worden, niet meegenomen worden in het BelRAI Revalidatie instrument. Nieuwe items zoals *beleving van de*

⁴¹ Rentz DM. *The assessment of rehabilitation potential: cognitive factors*. In: Hartke RJ ed. *Psychological aspects of geriatric rehabilitation*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1991.

zinnelijkheid van het leven en positieve kijk van de mantelzorger worden niet weerhouden voor criterium 5. *'Overdreven vrolijk zijn'* en *'teken van een laag zelfwaardegevoel'* zijn nieuw opgenomen items in de elaboratiemodule 'gedrag'. *'Doorzettingsvermogen'* is niet opgenomen door de subjectieve aard van het concept. Voor een nieuw item *'moeite doen bij IADL of ADL'* dient er verder onderzoek te gebeuren bij interRAI gezien de operationalisering niet via één item kan.

Heel wat nieuwe items zijn door de deelnemers naar voren gebracht als relevant en nodig. De items die behoren tot het medisch dossier worden niet verder besproken (zie Van Regenmortel et al., 2018), met uitzondering van één aangereikt item vanuit de deelnemers 'oriëntatie'. Dit item is op basis van *criterium 4 revalidatiepotentieel* wel in het BelRAI Revalidatie instrument opgenomen.



Figuur 104 Visuele voorstelling van het beslissingsproces om revalidatiespecifieke items te weerhouden

Om de items die voldoen aan criterium vijf zo objectief mogelijk te identificeren, is er vervolgens gekeken naar de inhoudelijke vereisten van het instrument, de input van de deelnemers doorheen het onderzoek (kwalitatieve data) en de kwantitatieve data uit de instrumenten en de CVI-vragenlijst.

Allereerst zijn de resultaten van de BelRAI Revalidatie instrumenten bekeken. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van die revalidatiespecifieke items die behouden zijn ondanks het hoge aantal missing values. De deelnemers lieten tijdens de focusgroepen en andere gesprekken weten dat die items toch belangrijk waren. Deze items zijn niet toevallig items uit sectie V (ontslag) of de elaboratiemodule mantelzorg.

Tabel 50 Overzicht van de 15 items met een hoog aantal missing values die alsnog worden weerhouden voor de BelRAI Revalidatie op basis van criterium 5, revalidatiespecifiek.

Item	% missing	
1. V3 Laatste dag van zorgverlening	51.43	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren
2. V11 Beslissing van ontslag is genomen	47.62	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren
3. V12 Persoon vertrok tegen medisch advies in	43.81	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren
4. Deur 1 - LXVIII Woonsituatie van de 2 mantelzorgers - MZ 2	40.95	Items over mantelzorg niet duidelijk
5. V5a en V5b Toestand van mantelzorger(s)	40	Items over mantelzorg niet duidelijk
6. V5c Toestand van mantelzorger(s)	39.05	Items over mantelzorg niet duidelijk
7. Deur 1 - LXX Leeftijd van de mantelzorger - MZ 2	38.10	Items over mantelzorg niet duidelijk
8. V4Ab Ontslagmogelijkheden - Steun en woonsituatie - Persoon krijgt steun van iemand die positief staat tegenover ontslag (lichtere zorgsetting) of zelfstandig wonen (thuisblijven)	38.10	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren
9. V5c Toestand van mantelzorger(s) - Familie of naaste vrienden geven aan erg van streek te zijn door de ziekte van de persoon	38.10	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren
10. V5e Toestand van mantelzorger(s) - Zorgverleners melden blijvende frustratie in omgang met de persoon 38.10%	38.10	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren
11. V8 Ontslag naar een andere organisatie	37.14	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren => V8 core item !
12. V4Ba Ontslagmogelijkheden	36.19%	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren
13. V10 Doorverwijzing naar palliatieve zorg	35.24	Sectie V niet kwaliteitsvol om op te baseren
14. Deur 2 - LXXIId Gebieden waarop hulp werd verleend - MZ 1 - Zorg voor de kinderen en voor andere gezinsleden	34.29	Items over mantelzorg niet duidelijk
15. Deur 2 - LXXIId Gebieden waarop hulp werd verleend - MZ 2 - Zorg voor de kinderen en voor andere gezinsleden	34.29	Items over mantelzorg niet duidelijk

Dertig items zijn expliciet door het onderzoeksteam bekeken en besproken. Op basis van deze besprekingen zijn **drie items** alsnog weerhouden (items in het vet in onderstaande tabel) voor het instrument. De items over 'te veel slaap' of 'doorslaapproblemen' zijn tevens weerhouden, maar wel grondig herwerkt.

Samengevat kunnen de 30 items gegroepeerd worden in zes groepen:

1. Spiritualiteit en culturele behoefte (herwerkt)
2. Mate van ziekte-inzicht (ingekort en herwerkt)
3. Frequentie van gezondheidsproblemen (wordt verwijderd, wordt idealiter automatisch ingevuld vanuit het medisch dossier)
4. Items over vallen (bij nood aan een CAP of schaal specifiek voor de revalidatie kunnen deze overwogen worden na herwerking)
5. Items over arbeid (verwijderd, items over arbeid herwerkt en tot een minimum herleid)
6. Stressvolle levensgebeurtenissen (op basis van het GGZ-instrument)

'A17 Tijd sinds laatste ziekenhuisverblijf', 'XXXVIe Mate van inzicht in de aandoening - Inzien van de noodzaak aan verandering' en 'Module 7 - XLVb Inschikkelijkheid' hebben een laag percentage (3.81%) aan missing values. A17 behoort tot het medisch dossier, items over mate van ziekte-inzicht zijn herwerkt en *inschikkelijkheid* is onderdeel van het item over 'veranderd van karakter en persoonlijkheid' en is dus niet weerhouden 'LXXVII Getraind dier' is behouden, maar herwerkt.

Tabel 51 Identificatie van items met het laag aantal missing die eerder op basis van het redeneerkader (criterium 1-4) niet weerhouden konden worden. Dertig items zijn specifieke verder onderzocht

	Reden voor verwijdering
Module 9 - LIc Transfers - Uitvoeren van transfers in zit – Uitvoeren	Transfers items herwerkt
Module 9 - LIId Transfers - Veranderen van stand naar een andere houding – Uitvoeren	Transfers items herwerkt
1. Module 6 - XXXIX Geestelijke en culturele behoeften	Verwijderd en herwerkt naar een nieuw item
2. Deur - XXXVIe Mate van inzicht in de aandoening - Stelt realistische doelen rekening houdend met de eigen mogelijkheden en beperkingen – Inschatting	Initieel verwijderd maar op basis van de data behouden
Module 2 - VII Gedocumenteerde ernst van de intellectuele beperking	Behoort tot het medisch dossier
Deur - Vast begin-/einduur	Verwijderd, benadering naar items over arbeid herwerkt en tot een minimum herleid. Informatie is terug te vinden in de CV van de revalidant (andere databron)
Deur - Wisselende uren / variabele uren	
Deur - Ploegensysteem	
Deur - Nachtwerk 0.95%	
Module 9 - LIe Transfers - Handhaving van zittende houding – Uitvoeren	Verwijderd en herwerkt naar een nieuw item
Module 9 - LIe Transfers - Actief houding corrigeren – Uitvoeren	
3. Module 6 - XL Zelfgemelde spiritualiteit - vindt steun in religie of spiritualiteit	Verwijderd en herwerkt naar een nieuw item
4. Module 6 - XLI Mogelijkheid hebben om met iemand in de gemeenschap te praten over spirituele, ethische of filosofische kwesties	
Deur F4Fd Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden – Woede 0.95%	Verwijderd. Rouw en coping horen bij omgaan met stressvolle gebeurtenissen (d240)
Deur F4Fe Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden – Vermoeidheid 0.95%	
Deur F4Ff Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden - Irritatie en ongeduld: prikkelbaarheid 0.95%	

Deur XXXVo - Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis – Hallucinaties	Verwijderd, zie GGZ-instrumenten
Deur XXXVr - Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis - Te veel slaap	Verwijderd, er is een nieuw item naar slaap ontwikkeld.
Module 1 - II Gebeurtenis die heeft geleid tot de opname Module 2 - VI Aanwezigheid van een IQ Test	Behoort tot het medisch dossier
5. Module 11 - LXIIIa Frequentie van gezondheidsproblemen – Toevallen 6. Module 11 - LXIIIb Frequentie van gezondheidsproblemen - Overmatig zweten 7. Module 11 - LXIIIc Frequentie van gezondheidsproblemen - Beperkingen in het bewegingsbereik (range of motion)	Verwijderd, gaat automatisch ingevuld worden en behoort tot het medisch dossier. Item naar slaap herwerkt.
8. Deur - LVIII Sinds beoordeling gevallen in het ziekenhuis	Te herwerken naar een revalidatie specifieke vorm
Deur F4Fa Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden - Shock Deur F4Fc Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden - Ontkenning en over-optimisme Deur F4Fg Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden – Frustratie Deur F4Fh Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden - Schuld en ambivalentie Deur F4Fi Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden - Gevoelens van wanhoop en hulpeloosheid	Verwijderd. Rouw en coping behoren tot omgaan met stressvolle gebeurtenissen (d240)
9. Deur - XXXVIh Mate van inzicht in de aandoening - De persoon zal alles in het werk stellen om derden...	Mate van ziekte-inzicht is herwerkt.
10. Deur - XXXVIa Mate van inzicht in de aandoening - Ziektebesef en ziekte-inzicht – Inschatting 11. Deur - XXXVI d Mate van inzicht in de aandoening - Aanpassing naar capaciteiten en beperking – Inschatting 12. Deur - XXXVI e Mate van inzicht in de aandoening - Inzien van de noodzaak aan verandering – Inschatting 13. Deur - XXXVI g Mate van inzicht in de aandoening - Mate van inzicht in psychisch gezondheidsprobleem- Inschatting	Mate van ziekte-inzicht is herwerkt.
14. Deur XXXVq - Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis – Hygiëne	Verwijderd, zie GGZ-instrumenten
E1b Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis - Deed positieve uitspraken	Verwijderd, zie GGZ-instrumenten
Deur - D5B Hoorhulpmiddel - B Gebruikt hoorhulpmiddel %	Verwijderd, zie Vlibank
15. Deur XCIIIa Soort werk – Loondienst	Verwijderd, benadering naar items over arbeid herwerkt en tot een minimum herleid. Informatie is terug te vinden in de CV van de revalidant (andere databron)
16. Deur - LXXXIXa Soort steun - Gewaarborgd loon 17. Deur - LXXXIXb Soort steun - Primaire arbeidsongeschiktheid/invaliditeit	Behoort niet tot het functioneren van de persoon (wel tot het revalidatiepotentieel)
18. Module 11- LXIIIc Frequentie van gezondheidsproblemen – Spierspasmen 19. Module 11 - LXIIId Frequentie van gezondheidsproblemen – Spieratrofie	Verwijderd, niet relevant voor de gehele revalidatiepopulatie en terug te vinden in het medisch dossier.

20. Module 11 - LXIII f Frequentie van gezondheidsproblemen - Spraak of taalstoornis (afasie)	Verwijderd, gaat automatisch ingevuld worden
21. Deur - LVII Gevallen 72 uur voor de opname	Te herwerken naar een revalidatie specifieke vorm
J4Da Frequentie van gezondheidsproblemen - Slaapproblemen- Inslaap - of doorslaapproblemen 2.86%	Verwijderd, er is een nieuw item naar slaap ontwikkeld.
22. Module 8 - XLVI e Stressvolle levensgebeurtenis - Immigratie, ook vluchtelingenstatus	Verwijderd, zie GGZ-instrumenten
23. Module 8 - XLVI g Stressvolle levensgebeurtenis - Slachtoffer van seksueel geweld of misbruik	
Deur F4Fb Verwerkingsproces en rouw van partner en/of gezinsleden – Angst 2.86%	Verwijderd. Rouw en coping behoren tot omgaan met stressvolle gebeurtenissen (d240)
24. Deur - XXXVI d Mate van inzicht in de aandoening - Aanpassing naar capaciteiten en beperking	Mate van ziekte-inzicht is herwerkt.
25. D3 Een of meer familieleden kunnen met de persoon communiceren in diens favoriete communicatiemethode	Behouden op basis van de data
Module 1 - III Acuut zorgverblijf	Behoort tot het medisch dossier
26. Module 18 CI Caii - Loondienst – Bediende	Verwijderd, benadering naar items over arbeid herwerkt en tot een minimum herleid. Informatie is terug te vinden in de CV van de revalidant (andere databron)
Deur - LXXVII Getraind dier	Behouden, maar herwerkt
27. Module 11 - LXIII g Frequentie van gezondheidsproblemen – Ataxie	Verwijderd, gaat automatisch ingevuld worden en behoort tot het medisch dossier
J4Db Frequentie van gezondheidsproblemen - Slaapproblemen- Te veel slaap	Verwijderd, gaat automatisch ingevuld worden en behoort tot het medisch dossier. Item naar slaap herwerkt.
J4C Frequentie van gezondheidsproblemen - Gastro-intestinaal - Toename of afname van normale eetlust	Verwijderd, gaat automatisch ingevuld worden en behoort tot het medisch dossier
J4Ea Frequentie van gezondheidsproblemen - Andere - Troebel zicht	
J4Ec Frequentie van gezondheidsproblemen - Andere – Omgevingsallergieën	
J4Ed Frequentie van gezondheidsproblemen - Andere – Voedingsallergieën	
I1b Neurologisch	Verwijderd, gaat automatisch ingevuld worden en behoort tot het medisch dossier
28. Module 8 - XLVI a Stressvolle levensgebeurtenis - Ernstig ongeval of lichamelijke beperking	Verwijderd, zie GGZ-instrumenten
29. Module 8 - XLVI f Stressvolle levensgebeurtenis - Slachtoffer van misdaad (uitgezonderd aanranding)	
30. Deur - XXXVI e Mate van inzicht in de aandoening - Inzien van de noodzaak aan verandering	Mate van ziekte-inzicht is herwerkt.

Vervolgens is er gekeken naar de resultaten uit de CVI-vragenlijst en meer specifiek naar items die op basis van het redeneerkader niet worden weerhouden, maar in 75% van de gevallen als relevant zijn bestempeld door de deelnemers. Een overzicht hiervan met de reden waarom deze items alsnog worden verwijderd of inderdaad behouden blijven, wordt weergegeven in de tabel hieronder.

Tabel 52 Items die 75% of hoger scoorden op de CVI-vragenlijst en die op basis van de ontwikkelde criteria toch niet weerhouden werden (kolom 1), behoud of niet van item en de eventuele reden voor verwijdering (kolom 2).

Items die hoog scoren, maar op basis van het redeneerkader moeilijk kunnen weerhouden worden	Behouden of niet behouden, indien niet behouden: reden.
P4 Woont in een appartement dat of een woning die (verblijfplaats) is aangepast voor zijn beperking	Vervangen door item uit het sociale supplement
LXXXVIII Uitkeringsgerechtigd (financiële en fiscale steun)	Behoort niet tot het functioneren
D3 Een of meer familieleden kunnen met de persoon communiceren in diens favoriete communicatiemethode	Behouden
D5 Hoorhulpmiddel	zie Vlibank
G7 Hoe beweegt u zich voornamelijk voort binnenshuis?	zie Vlibank
G13 Rijden – besturen	Herwerkt
G13B Rijden – besturen - Rijbewijs	Herwerkt
R1 Opleidingsniveau	Items over opleiding herwerkt en tot een minimum herleid. Informatie is terug te vinden in de CV van de revalidant (andere databron)
XCVIII Job beschikbaar (bij ontslag uit de revalidatie)	Items over arbeid herwerkt en tot een minimum herleid. Informatie is terug te vinden in de CV van de revalidant (andere databron)
XXXV Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (vervolg)	Selectief behouden en verwijderd
LXXXIX Soorten steun	Behoort niet tot het functioneren van de revalidant
B4E Activiteiten en doelen - Behandeldoelen volgens de persoon	Herwerkt
G13B Rijden – besturen - Rijgeschiktheidsattest	Herwerkt
M1 Allergie voor geneesmiddelen	Gaat automatisch ingevuld worden en behoort tot het medisch dossier
LXXII Gebieden waarop hulp werd verleend	Behouden
XXXVI Mate van inzicht in de aandoening	Herwerkt
F4 Rouw en verlies van functioneren	Behoort tot d240
LXXIV Aanwezigheid parkeervoorziening en sanitair	Behouden
Q1 Huidig gezin: samenstelling	Behoort niet tot het functioneren
XCV Sector	Items over arbeid herwerkt en tot een minimum herleid. Informatie is terug te vinden in de CV van de revalidant (andere databron)

Er zijn twee revalidatiespecifieke items op basis van de CVI-vragenlijst alsnog behouden in het BelRAI Revalidatie instrument, namelijk *Aanwezigheid van parkeerverzorging en sanitair* en *'Gebieden waarop hulp werd verleend'*.

Wanneer we kijken naar de resultaten van het aantal missing values (extreme staarten, data van het BelRAI Revalidatie instrument) én de CVI-vragenlijst (combinatie van data) zijn er drie vragen die overlappen:

- D3 Een of meer familieleden kunnen met de persoon communiceren in diens favoriete communicatiemethode
- XXXV Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (vervolg)⁴²
- LXXXIX Soorten steun (behoort niet tot het functioneren van de revalidant)

Enkel *D3 Een of meer familieleden kunnen met de persoon communiceren in diens favoriete communicatiemethode* wordt expliciet weerhouden op basis van de kwantitatieve data uit de CVI-vragenlijst en op basis van het aantal missing values.

Op basis van welk criterium of criteria (1-5) een item is weerhouden, wordt in bijlage 6 weergegeven. Het volledige BelRAI Revalidatie instrument dat op basis van de criteria werd ontwikkeld en het bijhorende gebruikshandboek zijn in aparte bijlagen⁴³ toegevoegd.

⁴² Selectie van items opgenomen

⁴³ interRAI en BelRAI instrumenten mogen niet in het openbare domein worden gepubliceerd omwille van copyright. Bij interesse in het instrument kunt u de onderzoekers contacteren

Hoofdstuk 6

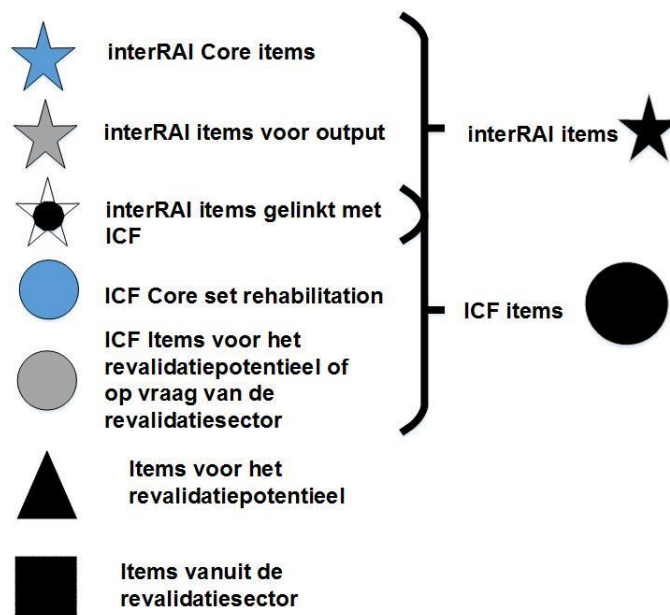
De nieuwe versie van het instrument: opbouw en output

1.1 Schematische weergave

Het instrument is dus uitgewerkt aan de hand van vijf criteria:

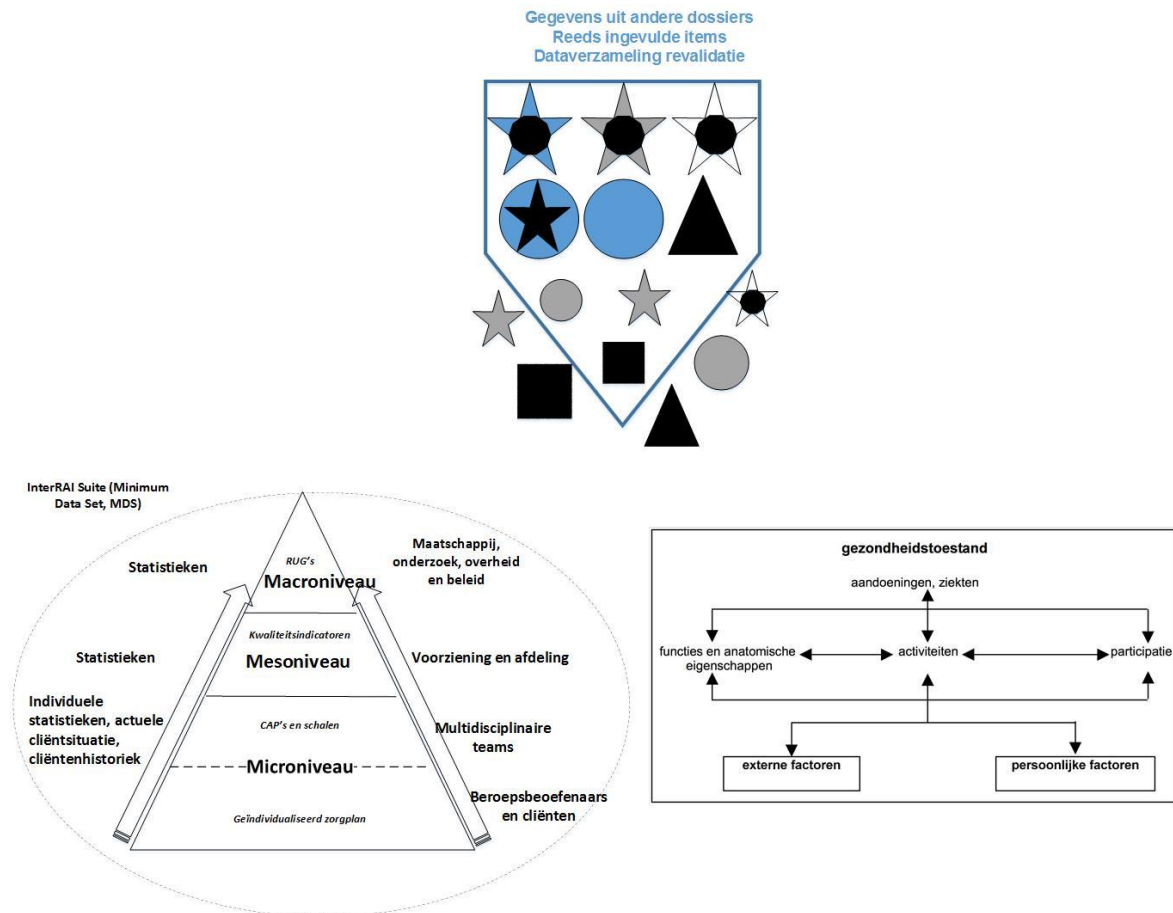
- (1) interRAI items (blauwe ster),
- (2) gevalideerde interRAI items relevant voor het berekenen van specifieke interRAI outcome zijnde CAP's en schalen (grijze ster)
- (3) ICF (core) items (cirkel)
- (4) item voor het revalidatiepotentieel (driehoek)
- (5) item vanuit de revalidatiesector (vierkant)

Een item kan op zijn beurt een interRAI item zijn dat gelinkt is aan de ICF (cirkel in ster) of een ICF-item zijn dat gelinkt is aan een interRAI item (ster in cirkel).



Figuur 105 Types BelRAI Revalidatie items op basis van de vijf ontwikkelde criteria

Al deze types van BelRAI Revalidatie items vormen samen het instrument. Via het instrument kan er specifieke BelRAI Revalidatie output worden berekend. De informatie kan uit verschillende bronnen komen). Niet elk item van het BelRAI Revalidatie instrument is verplicht in te vullen of leidt tot output, daarom bevinden niet alle items zich in de trechter in de volgende figuur.



Figuur 106 Schematische weergave van de trechter waardoor de informatie via de BelRAI Revalidatie naar BelRAI Revalidatie output vloeit

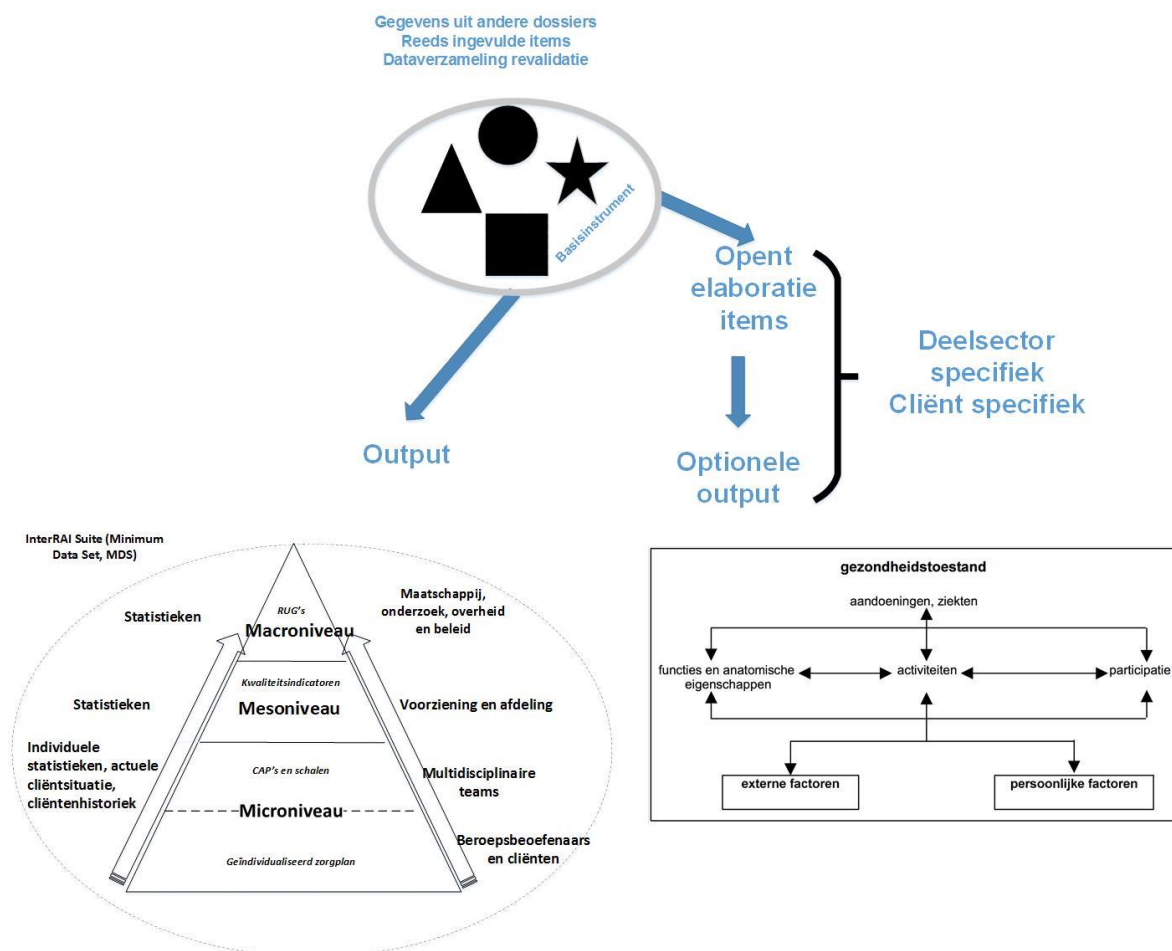
Naast het genereren van output via algoritmes hebben de deelnemers een uitdrukkelijke vraag gesteld om aandacht te besteden aan doelgroepsspecifieke zorgmethodieken. Bij de samenvatting, CAP's of schalen zou er ook aandacht moeten zijn voor tips en aandachtspunten eigen aan de doelgroep. Voor een persoon met gehoorproblemen kan dit bv. zijn (Agha vzw, 2017; British Cochlear Implant Group, 2014):

- Articuleer duidelijk zodat ik kan spraakfzien (liplezen)
- Raak mij aan om mijn aandacht te trekken
-

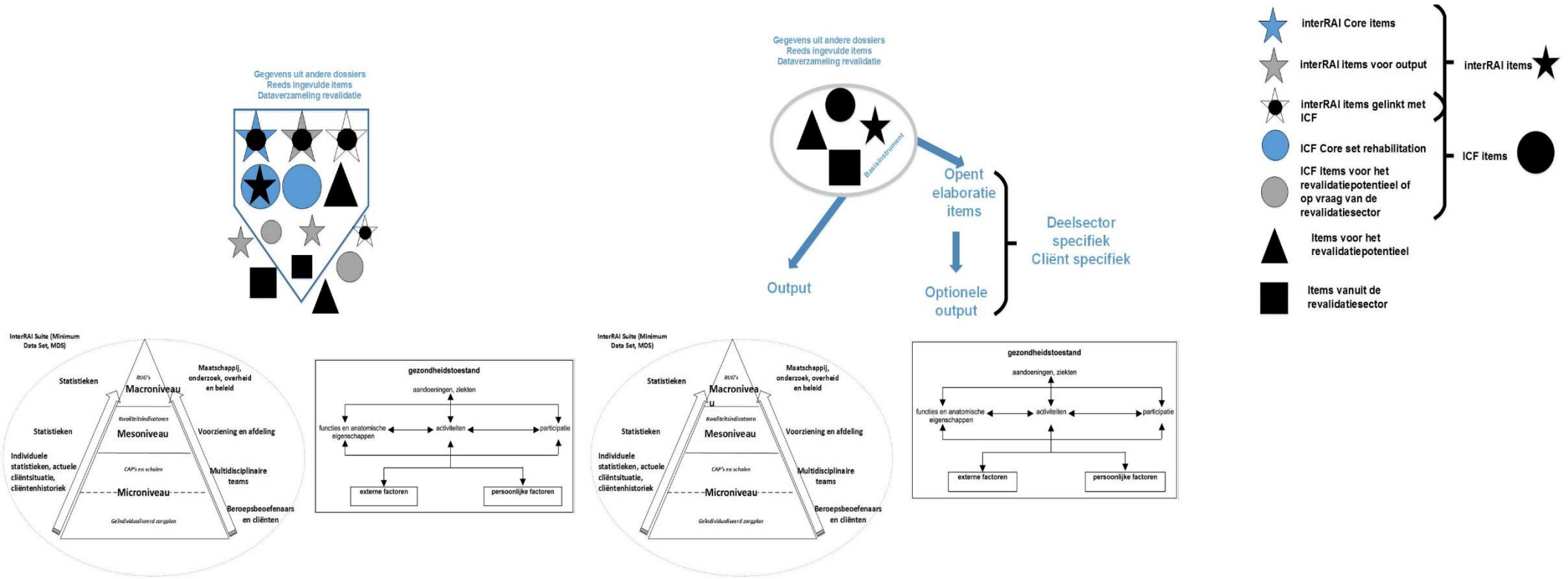
De inhoud van de output dient verder met de revalidatiesector te worden getest, aangevuld en bijgestuurd in een vervolgstudie. Het is zeker een meerwaarde om deze aandachtspunten op te nemen in het kader van een kwaliteitsvolle zorgplanning en revalidantgerichte zorg. Hierbij dient een onderscheid te worden gemaakt met medische instructies of aandachtspunten die gericht zijn naar de medische opvolging. De aandachtspunten of tips moeten zich richten tot het functioneren van de revalidant zoals de doelstelling van het BelRAI Revalidatie instrument vereist.

Op papier is voor de deelnemers het onderscheid tussen secties, modules en elaboratiemodules niet altijd duidelijk. De deelnemers geven zelf aan dat er duidelijke richtlijnen moeten zijn voor wanneer een module ingevuld moet worden. Bijgevolg zijn de modules herwerkt en is de opbouw van het instrument aangepast.

Het instrument bestaat uit twee grote delen: het basisinstrument en de elaboratiemodules. Het basisinstrument dient iedereen in te vullen. Indien het antwoord op een specifiek core item positief is of er is aan een bepaalde voorwaarde voldaan (uit het basisinstrument), worden er bijkomende vragen zichtbaar in de vorm van een elaboratiemodule. Deze elaboratiemodule richt zich naar specifieke deelsectoren of doelgroepen in de Vlaamse revalidatie. Zo is er aandacht voor specifieke doelgroepen in de Vlaamse revalidatie zonder dat iedereen meer items moet invullen. Bijgevolg wordt er ook een onderscheid gemaakt tussen output die voor iedereen kan berekend worden en output voor specifieke doelgroepen.



Figuur 107 Schematische weergave van de opbouw van het instrument.



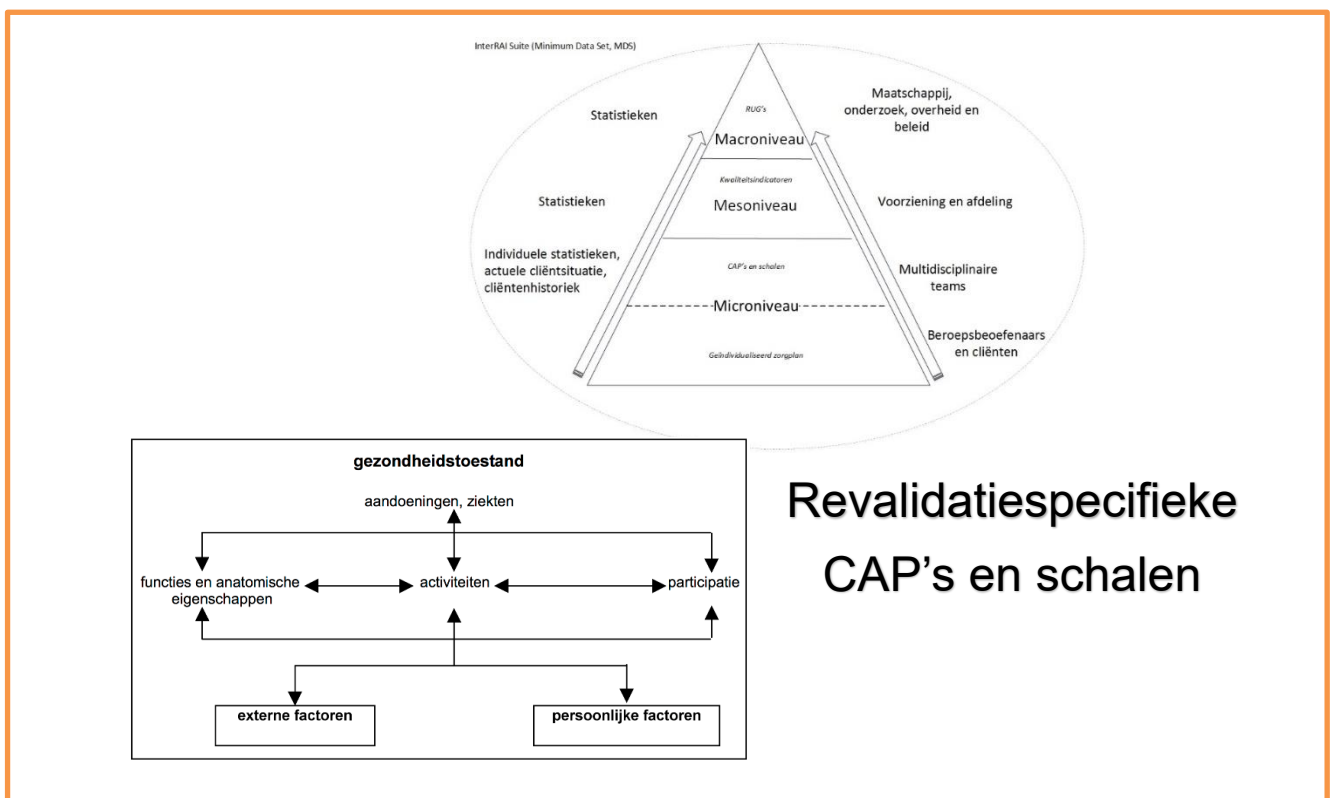
Figuur 108 Samenvattende figuur van de gehele opbouw van het BelRAI Revalidatie instrument (versie 31-10-2019)

1.2 Output: CAP's en schalen

Het instrument moet het volgende kunnen bewerkstellen of ondersteunen in de revalidatiezorgverlening:

1. preventie van verlies van functioneren,
2. vertragen van de hoeveelheid aan verlies van functioneren,
3. verbeteren of herwinnen van functioneren,
4. zorgplanning naar de compensatie van verloren functionaliteit bewerkstellen en
5. zorgplanning naar het behouden van het huidig functioneren ondersteunen
6. de revalideerbaarheid kunnen bepalen (Van Regenmortel et al., 2018, p. 85).

Hiervoor zijn revalidatiespecifieke outputs nodig. Er zijn drie grote types van BelRAI Revalidatie output: (1) de reeds gevalideerde interRAI CAP's en schalen die in andere instrumenten worden gebruikt en die ook relevant zijn voor de revalidatie, (2) de revalidatiespecifieke CAP's en schalen (nog te ontwikkelen in de toekomst) en (3) het overzicht van de items in het ICF-schema.



Figuur 109 De BelRAI Revalidatie output met de BelRAI outputpiramide⁴⁴

⁴⁴ Figuur mede naar (1) Bronfenbrenner ecological model (Bronfenbrenner, 1977) in (Christiansen, Baum, Carolyn, & Haugen, 2005), (2) Conceptual framework for integrated people-centred health services (WHO, 2015) in (Vandeuren, 2015) en (3) Ecologische systeemmodellen in ergotherapie (Howe & Briggs, 1982).

Schalen en CAP's die berekend worden enkel op basis van items uit het basisinstrument kunnen voor elke revalidant berekend worden. Schalen en CAP's die geheel of gedeeltelijk berekend worden met items uit de elaboratiemodules kunnen alleen voor die personen worden berekend, voor wie de elaboratiemodule(s) in kwestie is (zijn) geopend en ingevuld.

Tabel 53 CAP's die berekend kunnen worden met het BelRAI Revalidatie instrument

Basisinstrument	CAP via elaboratiemodules	CAP via items uit het basisinstrument en elaboratiemodules (optionele CAP)
<ul style="list-style-type: none"> • Activiteiten van het dagelijkse leven • Instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven • Communicatie • Mantelzorg • Stemming • Bevordering van de lichaamsbeweging • Sociale relaties • Gebruik van tabak en alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Pijn • Doorligwonde 	<ul style="list-style-type: none"> • Financieel beheer • Dehydration • Urine incontinentie

Tabel 54 Schalen die berekend kunnen worden met het BelRAI Revalidatie instrument (versie 31-10-2019)

Basisinstrument	Schaal via elaboratiemodules	Schaal via items uit het basisinstrument en elaboratiemodules (optionele CAP)
<ul style="list-style-type: none"> • ADL Hierarchy • ADL Scale – Long form • IADL capacity hierarchy scale (nodig voor Functional Hierarchy Scale) • Body Mass Index • Cognitive Performance Scale 2 • Communication • Deafblind Severity Index • Depression Rating Scale • Functional Hierarchy • Revised Index of Social Engagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Pain Scale – Revised 	<ul style="list-style-type: none"> • Pressure Ulcer Rating Scale

Er zijn ook verschillende CAP's en schalen die relevant zijn voor de revalidatie, maar aangepast zouden moeten worden voor deze doelgroep. interRAI werkt evenwel aan een update van alle schalen en CAP's voor de thuiszorg en de residentiële zorg. Herwerkingen worden best op deze versies geënt.

Tabel 55 Overzicht van CAP's en schalen die aangepast moeten worden aan de revalidatiesector
Bestaande CAP's aan te passen naar de revalidatie Bestaande schalen aan te passen voor de revalidatie

Bestaande CAP's aan te passen naar de revalidatie	Bestaande schalen aan te passen voor de revalidatie
<ul style="list-style-type: none"> • Falls ICF-Items opnemen over transfer (triggers) • Home Environment Optimization • Gedrag CAP te veel gericht naar ouderen met dementie • Institutional Risk Te veel op ouderen gericht, meer bepaald het risico voor een opname in een woonzorgcentrum • Sleep Disturbance Momenteel te veel op GGZ gericht • Dyspneu Te veel op de palliatieve zorg gericht 	<ul style="list-style-type: none"> • Falls Algorithm Transfer items meenemen als trigger • Arbeid Te veel op GGZ gericht • CHESS • Rehabilitation Algorithm (Identificatie van revalidanten met mogelijkheid tot verbetering via revalidatie) Meer triggers nodig o.a. vanuit de ICF en het revalidatiepotentieel

Er zijn bestaande interRAI algoritmes die niet letterlijk overgenomen kunnen worden. Zo identificeert het Rehabilitation Algorithm slechts drie personen met revalidatienoden in de steekproef. Ook al is de steekproef niet representatief, het aantal personen met revalidatienoden ligt toch hoger dan drie.

De CAP Dyspneu richt zich enkel tot palliatieve personen met de core vraag 'Kortademigheid'. Vanuit de feedback van de deelnemers kan gesteld worden dat het ontwikkelen van CAP Dyspneu voor de revalidanten, met meer triggers, relevant is voor revalidanten met een risico op cardiovasculaire overbelasting of kortademigheid.

Woningaanpassingen en hulpmiddelenadvies zijn vaak voorkomende revalidatiehulpvragen. Bijgevolg dient er sterk te worden overwogen om hiervoor een passende CAP en/of schaal te ontwikkelen.

Tabel 56 Voorstellen voor nieuw te ontwikkelen schalen en CAP's (niet exhaustief)

Schaal	CAP
<ul style="list-style-type: none"> • Revalideerbaarheid • Transfers • Nood aan toezicht • Mate waarin de persoon nachts alleen kan blijven • Veilig gebruik van loophulpmiddelen • Veilig gebruik van hulpmiddelen • Kans om terug aan het werk te kunnen • Risico hartfalen – hart en vaatproblemen – cardiovasculaire klachten – verminderde inspanningscapaciteiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nood aan een Functional Capacity Evaluation(FCE) ▪ Arbeidsre-integratie/arbeidsparticipatie ▪ Sociale re-integratie ▪ Mantelzorg(over)belasting ⁴⁵ ▪ Revalidatiepotentieel ▪ Zelfstandig wonen? ▪ Mate van toezicht? ▪ Gezichtsmoeheid ▪ Gehoormoeheid ▪ Communicatie specifiek voor personen met sensoriele beperking ▪ Verwaarlozing/mishandeling ▪ Leefomgeving, nood aan aanpassingen: ▪ Sociale isolatie of sociale re-integratie ▪ Rijgeschiktheid/rijbekwaamheid of besturen van vervoersmiddelen ▪ Verbetering van vrije tijd en participatie ▪ Valrisico bij rolstoelgebruikers ▪ Risico op overbelasting aanwezige ledematen

Voor bijna alle ICF core set thema's wordt er een CAP of schaal berekend, met uitzondering voor het thema mobiliteit ('locomotion' in interRAI). Het is dan ook sterk te overwegen om hiervoor in de toekomst een CAP uit te werken. Toevoegen van ICF-variabelen aan de triggers bij bestaande CAP's en schalen is tevens sterk te overwegen.

⁴⁵ Het ontwikkelen van een CAP mantelzorgbelasting in interRAI wordt ook aanbevolen in ander interRAI onderzoek (de Almeida Mello et al., 2018)

Tabel 57 Overzicht van ICF core thema's waarvoor een interRAI CAP of schaal kan berekend worden.
(G): generieke set

ICF-thema	CAP / Schaal in interRAI
1. b130 Energie en driften (G)	CAP Vermoeidheid, CAP Cardiorespiratory Conditions
2. b134 Slaap	CAP Vermoeidheid, CAP Slaap, CAP Sleep Disturbance
3. b152 Stemming (G)	CAP stemmingsstoornissen, Depression Rating Scale, CAP Gedrag
4. b280 Pijngewaarwording (G)	CAP Pijn, Pijnschaal
5. b455 Inspanningstolerantie	CAP Dyspneu
6. b620 Functies gerelateerd aan urinelozing	CAP Incontinentie
7. b640 Seksuele functies	(CAP Sexual Behavior – CYMH)
8. b710 Mobiliteit van gewrichten	/
9. b730 Spiersterkte	/
10. d230 Uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen(G)	IADL en ADL Hierarchy Scales
11. d240 Omgaan met stress en andere mentale eisen	/
12. d410 Veranderen van basale lichaamshouding	(IADL en ADL Hierarchy Scales)
13. d415 Handhaven van lichaamshouding	(IADL en ADL Hierarchy Scales)
14. d420 Uitvoeren van transfers	(IADL en ADL Hierarchy Scales)
15. d450 Lopen(G)	/
16. d455 Zich verplaatsen(G)	/
17. d465 Zich verplaatsen met speciale middelen	/
18. d470 Gebruiken van vervoermiddel	/
19. d510 Zich wassen	IADL en ADL Hierarchy Scales
20. d520 Verzorgen van lichaamsdelen	IADL en ADL Hierarchy Scales
21. d530 Zorg dragen voor toiletgang	IADL en ADL Hierarchy Scales
22. d540 Zich kleden	IADL en ADL Hierarchy Scales
23. d550 Eten	IADL en ADL Hierarchy Scales
24. d570 Zorg dragen voor eigen gezondheid	IADL en ADL Hierarchy Scales CAP Medication Management and Adherence
25. d640 Huishouden doen	IADL en ADL Hierarchy Scales
26. d660 Assisteren van andere personen	IADL en ADL Hierarchy Scales
27. d710 Basale tussenmenselijke interacties	IADL en ADL Hierarchy Scales
28. d770 Intieme relaties	(CAP Interpersonal Conflict) (CAP Social Relationships)
29. d850 Betaald werk(G)	CAP Education and Employment
30. d920 Recreatie en vrije tijd	CAP Meaningful Activities

2 Andere output: samenvattingen, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaarte-indicatoren

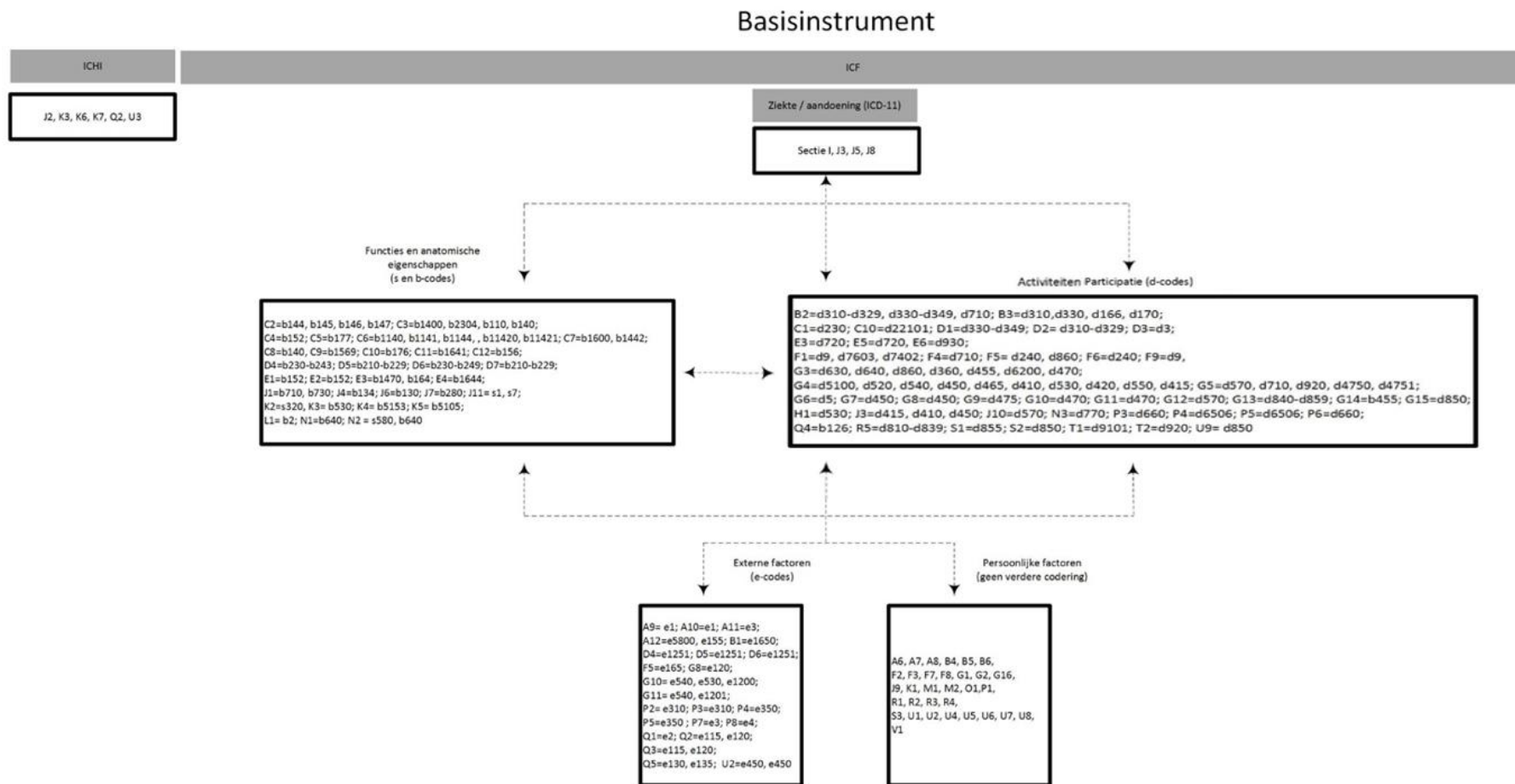
Een volledig ontwikkeld interRAI-instrument biedt ook output in de vorm van kwaliteitsindicatoren, samenvattingen op maat van verschillende zorgverleners en van de revalidant zelf en zorgzwaarte-indicatoren die in een latere fase kunnen worden gebruikt voor het ontwikkelen van een case-mix systeem.

Om deze types van output te ontwikkelen, moet het instrument gebruikt worden, liefst ook in andere landen worden getest en vooral moet er voldoende data (ook hier liefst, maar niet noodzakelijk, in verschillende landen) worden verzameld.

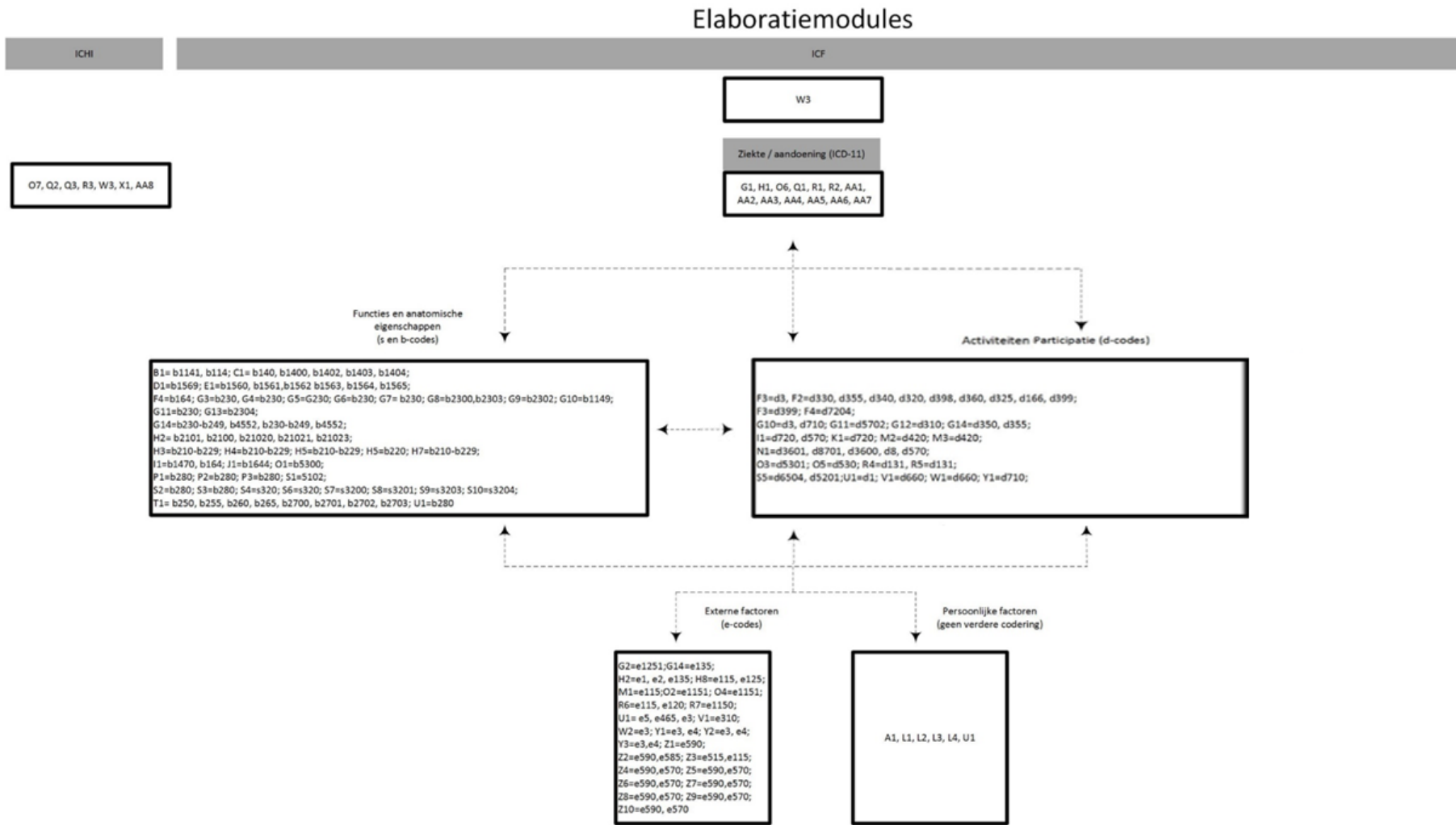
3 BelRAI Revalidatie ICF-schema

ICF en het ICF-denken zijn erg ingeburgerd in de revalidatiesector. De deelnemers aan het onderzoek lieten herhaaldelijk weten dat een ICF-schema, waarin de items van het BelRAI Revalidatie instrument zijn opgenomen in de juiste categorieën, erg helpend zou zijn.

Hieronder worden de items uit respectievelijk het basisinstrument en de elaboratiemodules in twee ICF-schema's weergegeven.



Figuur 110 ICF-schema met de items uit het basisinstrument van het BelRAI Revalidatie instrument



Figuur 111 ICF-schema met de items uit de elaboratiemodules van het BelRAI Revalidatie instrument

Hoofdstuk 7

Besluiten en Beleidsaanbevelingen

1 Besluit

In dit onderzoek werd het BelRAI Revalidatie instrument ontwikkeld voor personen die na een acute en post-acute fase in de langetermijnrevalidatie terechtkomen. Dit wil zeggen dat dit instrument kan ingezet worden bij personen voor wie verdere revalidatie nodig is omwille van een functionele beperking en problemen bij de maatschappelijke participatie. De medische diagnose is hierdoor op zich ondergeschikt aan de functionele beperkingen, maar in concreto spreken we hier over de doelgroep van personen met cardiopulmonaire aandoeningen (zoals bvb. COPD), neurologische aandoeningen (zoals bvb. NAH, CVA, MS, ALS), poly-trauma (zoals na verkeersongeval, arbeidsongeval) en zeldzame aandoeningen (zoals EDS, ziekte van Duchenne), enz.

Bij het begin van het onderzoek zijn de volgende *onderzoeksvragen* vooropgesteld:

1. In hoeverre is het BelRAI Revalidatie instrument praktisch toepasbaar en inhoudsvalide in de dagelijkse praktijk? Gezien het instrument nog te lang is: welke items kunnen worden geschrapt?
2. Hoe staan de verschillende groepen van stakeholders in de fysieke revalidatie ten opzichte van het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument in Vlaanderen?
3. Welke gebruiksmogelijkheden en beperkingen biedt, volgens de zorgverleners, de directie, de revalidanten en de beleidsmakers, het BelRAI Revalidatie instrument?
4. In welke mate kunnen de items uit de ICF opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument de ICF vervangen volgens de zorgverleners en de directie? Met andere woorden: in welke mate zijn het BelRAI Revalidatie instrument items een correcte weergave van het theoretische bio-psycho sociale kader van de ICF.
5. Wat zijn de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie?

We bespreken achtereenvolgens de antwoorden op de vijf vragen.

1.1 Vraag 1: In hoeverre is het BelRAI Revalidatie instrument praktisch toepasbaar en inhoudsvalide in de dagelijkse praktijk?

Met betrekking tot de eerste vraag kwam uit alle verzamelde data (hoofdstukken 3 en 4) naar voor dat het instrument zoals het werd ontwikkeld tijdens het eerste project (Van Regenmortel et al., 2018) en verfijnd en getest tijdens het voorliggend project, veel te lang was.

Dat bleek ook uit de verzameling van de BelRAI-data over de cliënten. Door de lengte van het instrument duurde het uiteraard ook lang om het in te vullen. Het feit dat er op papier en niet met software werd gewerkt, maakte ook dat het niet voor iedereen duidelijk was dat niet alle secties voor iedereen moesten worden ingevuld. Uit de test bleek dat de langere versie onwerkbaar was en dat de deelnemers daardoor ook geneigd waren een selectie te maken van revalidanten met weinig complexe problemen. Bijgevolg vulden de deelnemers niet alleen minder assessments in, ze selecteerden ook vooral patiënten met een minder complexe problematiek, die mondig waren en aan wie ze dus gemakkelijk veel vragen konden stellen. De hoeveelheid data is daardoor minder dan verwacht en bovendien is de steekproef scheef,

met een oververtegenwoordiging van weinig complexe cases (hoofdstuk 3). Dat had tot gevolg dat er niet genoeg data was om de nieuwe items grondig te valideren en om de meeste robuuste methodologie te gebruiken voor de ICF-linking.

Maar terwijl de deelnemers het unaniem eens waren met de vaststelling dat het instrument te lang was en dat dit een grote hypotheek legde op de bruik- en haalbaarheid van het instrument, deden zij toch veel voorstellen voor toevoegingen en gaven ze aan dat meer items moesten worden toegevoegd voor specifieke doelgroepen.

Om tot een oplossing te komen hebben de onderzoekers een stap teruggezet (hoofdstuk 5). Er werd opnieuw gekeken naar de voorwaarden waaraan het instrument moet voldoen. Deze zijn:

- toepasbaar zijn in de (Vlaamse) langetermijnrevalidatie,
- toepasbaar zijn voor volwassenen (15-65 jaar),
- de ICF-rehabilitatie core set bevatten,
- mogelijkheid bieden om de CAP's en schalen te berekenen,
- zo veel mogelijk de interRAI core set bevatten om de link met andere sectoren te behouden en
- de revalideerbaarheid weergeven.

Op basis van literatuuronderzoek en van de ervaringen uit het project (de data verzameld tijdens de interviews, het expertenpanel en de focusgroepen) zijn vervolgens vijf criteria ontwikkeld voor het selecteren van items die in het BelRAI Revalidatie instrument opgenomen mochten worden. Deze vijf criteria zijn:

1. Het item is een core set interRAI item en daarom nodig voor informatie-uitwisseling met andere sectoren. Dit zijn basisvariabelen zoals ADL, IADL of cognitie. Wanneer een persoon uit een andere zorgvorm of sector naar de revalidatie komt en de persoon had daarvoor reeds een ingevuld BelRAI instrument, dan zijn deze items al ingevuld bij opname (enkel na te kijken ter controle). Wanneer de persoon de revalidatievoorziening verlaat, kunnen deze items overgenomen worden in het HC, LTCF, CMH of MH instrument van de voorziening waar hij of zij naartoe gaat.
2. Een item dat wordt gebruikt voor de berekening van een voor de revalidatie nuttige bestaande interRAI CAP of schaal.
3. Een item uit de ICF rehabilitation core set (inclusief ICF-kader) en daarom nodig voor informatie-uitwisseling in de revalidatiesector.
4. Een item dat nodig is om zicht te krijgen op de revalideerbaarheid
5. Items die in de loop van dit en het voorgaande BelRAI Revalidatie project door de deelnemers systematisch als zeer belangrijk of essentieel werden benoemd voor de gehele langetermijnrevalidatie (15-65 jaar) en die niet werden opgenomen op basis van de bovenstaande criteria.

Om tegemoet te komen aan specifieke noden van (deel)sectoren en doelgroepen in de revalidatie kan de basisset nog uitgebreid worden met deelsector specifieke items via elaboratiemodules. Het geheel vormt een haalbaar instrument dat voor een specifieke persoon qua lengte overeenstemt met andere instrumenten uit de BelRAI Suite, zoals het Home Care of het Long Term Care Facilities instrument. Het totale aantal items (core plus elaboratiemodules) is nog steeds erg groot, maar door het modulaire systeem moeten nooit alle items worden ingevuld. Enkel de relevante modules gaan immers open. Op

een terugkoppelmoment voor de deelnemers en andere geïnteresseerden uit de sector in oktober 2019 werden deze criteria, maar nog niet het ontwikkelde instrument voorgesteld. De reacties waren over het algemeen positief.

1.2 Vraag 2: Hoe staan de verschillende groepen van stakeholders in de fysieke revalidatie ten opzichte van het gebruik van het BelRAI Revalidatie instrument in Vlaanderen?

Om deze vraag te beantwoorden is op verschillende momenten in het onderzoek een attitudevragenlijst afgenomen bij stakeholders. In deze attitudevragenlijst werd de houding over zes thema's bevraagd: (1) Het doel, de inhoud en het gebruik van het instrument; (2) De ondersteuning van de communicatie en de integratie van zorg(planning); (3) Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaarte-categorieën; (4) Software en dossiergebruik in organisaties en over organisaties heen; (5) evidence based practice en onderzoek met BelRAI (Revalidatie); en (6) ICF.

Doorheen de tijd stellen we een evolutie naar een meer positieve - of minstens meer neutrale - houding vast, met her en der ook meer extreme scores in beide richtingen. De deelnemers bleven vragen te hebben wat betreft de link tussen ICF en BelRAI. De attitudes zijn evenwel niet meer bevraagd na de voorstelling van het nieuwe instrument en ook de ICF-schema's zijn pas op het terugkoppelmoment gepresenteerd. Daar werden de schema's als positief ervaren.

De attitude van de zorgverleners werd dus positiever doorheen de tijd, maar er was wel een dip waar te nemen bij attitudemetingen kort na de vrijgave van de Vlaamse Conceptnota revalidatie. Daarin werd expliciet de link gelegd tussen het toekomstig gebruik van een BelRAI Revalidatie instrument en financiering, wat wellicht voor ongerustheid heeft gezorgd. De betrokken sectoren hebben zeker nog bedenkingen bij en zelfs angst voor het gebruik van het instrument voor financiering.

1.3 Vraag 3: Welke gebruiksmogelijkheden en beperkingen biedt, volgens de zorgverleners, de directie, de revalidanten en de beleidsmakers, het BelRAI Revalidatie instrument?

Deze vraag werd hierboven al gedeeltelijk beantwoord, op basis van de attitudeschalen. Ook de kwalitatieve data verzameld op andere momenten wijst uit dat men grote verwachtingen heeft van het BelRAI Revalidatie instrument voor zorgplanning, voor het delen van informatie binnen de revalidatiesector en met andere sectoren zoals de thuiszorg. Men is vragende partij naar een gestructureerd instrument dat toelaat op een objectieve manier informatie te verzamelen.

Waar beleidsmakers ook de nadruk leggen op financiering via het instrument, zijn vooral de directies wat dat betreft veel meer terughoudend. Er wordt niet echt 'neen' gezegd, maar men heeft nog veel vragen en bezorgdheden.

1.4 Vraag 4: In welke mate kunnen de items uit de ICF opgenomen in het BelRAI Revalidatie instrument de ICF vervangen volgens de zorgverleners en de directie? Met andere woorden: in welke mate zijn de BelRAI Revalidatie instrument items een correcte weergave van het theoretische biopsychosociale kader van de ICF.

In de loop van het project bleken de deelnemers aan het onderzoek nog twijfels te hebben over de haalbaarheid (niet over de wenselijkheid) van de integratie van ICF en BelRAI. Alle items van het nieuwe, verkorte instrument hebben sindsdien evenwel zowel een interRAI iCode als een ICF-code gekregen (linking) en aan de BelRAI output is ook een ICF-schema toegevoegd, waarin elk item uit het basisinstrument en uit de elaboratiemodules een plaats heeft gekregen. Gezien er werd gewerkt met de ICF-revalidatie core set die als algemene standaard wordt beschouwd in de revalidatiesector, kan gegarandeerd worden dat de items een realistische weergave zijn van het theoretische biopsychosociale kader.

1.5 Vraag 5: Wat zijn de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie?

De deelnemers van het expertenpanel, de focusgroepen en de interviews (hoofdstuk 4) somden heel wat randvoorwaarden op, die evenwel voor het grootste deel niet afwijken van de algemene randvoorwaarden voor BelRAI, die ook voor andere instrumenten en sectoren gelden. Zo benadrukt men (1) het belang van een goed handboek (dat volledig werd herwerkt op basis van het verkorte instrument) en een wiki-site, (2) de beschikbaarheid van output (die deels beschikbaar is onder de vorm van reeds gevalideerde CAP's en schalen en het ICF-schema, maar ook nog deels ontwikkeld moet worden), (3) de beschikbaarheid van een goede en gestandaardiseerde opleiding en van kwaliteitscontrole van de assessments, (4) het respect voor de privacy en de veiligheid en de nood aan goede en duidelijke informatie daarover voor de revalidanten, (5) het respect voor de therapeutische relatie en de opbouw van vertrouwen voor men sommige items in moet vullen, (6) het voorzien in materiële en financiële middelen (door de overheid) om het gebruik van BelRAI mogelijk te maken, (7) het leggen van linken met andere initiatieven en projecten, (8) een duidelijk implementatieplan, (9) het kunnen volgen van zorgtrajecten met het instrument en ten slotte (10) de administratieve vereenvoudiging en het verminderen van administratieve overlast.

Meer specifieke vereisten voor de revalidatiesector zijn de vragen naar een screener voor de revalidatie, voor minder complexe zorg en de vraag naar aanpassingen of items in het instrument die verschillend zijn voor de ambulante en de residentiële sector (wat door verschillende elaboratiemodules zou moeten opgelost zijn).

Ten slotte kwam er een bedenking die wellicht voor meerdere sectoren geldt, maar niet eerder in een BelRAI onderzoek naar voor kwam. Deze bedenking betreft het feit dat assessments ook verwachtingen creëren bij personen over oplossingen voor de problemen die in het assessment naar boven komen, terwijl die oplossingen niet altijd gegeven kunnen worden door de organisatie die het assessment afneemt.

2 Beleidsaanbevelingen

2.1 Het uitwerken van een concreet en gedetailleerd implementatieplan

Bij het expertenpanel is er vraag naar en nood aan een duidelijk en concreet implementatieplan dat door de overheid ter beschikking gesteld zou moeten worden. Daarin zouden de visie, de doelen, de middelen die ter beschikking worden gesteld en de timing duidelijk beschreven moeten worden. Op basis daarvan kunnen de organisaties op hun beurt starten met de uitwerking van hun individueel implementatieplan. De deelnemers aan het onderzoek haalden (onder meer) volgende punten of thema's aan voor een dergelijk plan:

- software, inclusief integratie van eHealth-applicaties (integratie bestaande systemen) en uitwisseling met het EPD en een nieuwe hulpmiddelendatabank op basis van de Vlibank;
- ICT omkadering in de residentiële en ambulante revalidatiesector;
- administratieve uitwisseling van BelRAI data mogelijk maken met actoren die meer gericht zijn op het bepalen van rechten, zoals de VDAB of het VAPH;
- het aftoetsen met de met de revalidatievoorzieningen die onder federale bevoegdheid vallen. Deze revalidatievoorzieningen zijn als partner meegenomen in de co-creatie van het instrument om de link en de communicatie onderling te kunnen faciliteren. Gezien in deze ziekenhuizen vooral de nadruk gelegd wordt op de acute revalidatie is het ontwikkelde instrument niet geschikt voor deze settings. Dit omdat de focus (zeker bij aanvang) sterk ligt op herstel van fysieke en cognitieve functies eerder dan op de functionaliteit en de participatie in het maatschappelijke leven. Bij ontslag echter zal de functionele toestand van de persoon steeds beter gaan matchen met de items van de BelRAI omdat de persoon zich dan in de overgang bevindt van het korte termijn revalidatie naar een lange termijn revalidatie. Een goede afstemming tussen de voorzieningen die onder Vlaamse en Federale bevoegdheid vallen is dus aangewezen;
- hoe en wanneer andere instrumenten, zoals voor kinderen en ouderen met een revalidatienood en voor de (post-)acute revalidatie ter beschikking zullen worden gesteld;
- hoe er bijkomende, revalidatiespecifieke output zal worden ontwikkeld;
- welke financiering zal worden voorzien;
- de link tussen BelRAI en ICF blijven bewaken en operationeel maken.

2.2 Volledige implementatie van de BelRAI Suite in de gezondheidszorg

De deelnemers aan het expertenpanel benadrukten het belang van een implementatie van de BelRAI Suite over alle sectoren, omdat dat de implementatie in hun eigen sector en organisatie zou vergemakkelijken en bevorderen. In de langetermijnrevalidatie heeft men nood aan en ziet men het nut van het kunnen ontvangen van eerder ingevulde BelRAI revalidatie instrumenten en BelRAI data in het algemeen uit andere organisaties en sectoren, en in de eerste plaats uit de (post-)acute ziekenhuiszorg waar de revalidant vandaan komt. Bij een volledige uitrol van de BelRAI Suite en van het BelRAI Revalidatie instrument in bijzonder, dient er aandacht te zijn voor de verschillende zorgtrajecten die revalidanten afleggen.

2.3 Vervolgonderzoek met een representatieve steekproef

Er is een verkort instrument ontwikkeld, maar dit moet wel nog worden getest. Die test gebeurt het best bij een representatief staal van revalidanten in een representatief staal van revalidatievoorzieningen. Tevens is het belangrijk dat de test gebeurt met software (eventueel de onderzoekssoftware Qualtrix) en met de mogelijkheid om de reeds beschikbare output te berekenen en te gebruiken. De data die zo worden verzameld, kunnen ook worden gebruikt om te starten met het ontwikkelen van bijkomende output. Opleiding, handboeken en dergelijke kunnen worden geoptimaliseerd.

Bibliografie

- Ahosa vzw. (2017). Sensibilisatie. Goedhorend? Slechthorend? Folder met communicatietips. Retrieved March 21, 2018, from http://www.ahosa.be/sensibilisatie.php?DOC_INST=6
- American Heritage. (2009). *The American Heritage Dictionary of the English Language*. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin Harcourt.
- Belgisch Staatsblad. (2014). Wet betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat.
- Belgische Federale overheidsdiensten. (2018). Globaal Medisch Dossier (GMD). Retrieved May 1, 2018, from https://www.belgium.be/nl/gezondheid/medische_kosten/globaal_medisch_dossier
- Berg, K, Sherwood, S., Murphy, K., Carpenter, G. I., Gilgen, R., & Phillips, C. D. (1997). Rehabilitation in nursing homes: a cross-national comparison of recipients. *Age and Ageing*, 26(Suppl 2), 37–42.
- Berg, Katherine, Arino-Blasco, S., Boscart, veronique M., Gray, L., Hirdes, J. P., Jonsson, P. V., ... Wheeler, L. (2017). *interRAI Post-Acute Care and Rehabilitation (PAC-Rehab). Assesment Form an User's Manual Version 9.3*. Washington: interRAI.
- British Cochlear Implant Group. (2014). *Recommended Guidelines on Saftely For Cochlear Implant Users*. Retrieved from <https://www.cmft.nhs.uk/media/1238562/bcig.pdf>
- Brofenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Burton, C. R., Horne, M., Woodward-Nutt, K., Bowen, A., & Tyrrell, P. (2015). What is rehabilitation potential? Development of a theoretical model through the accounts of healthcare professionals working in stroke rehabilitation services. *Disability and Rehabilitation*, 37(21), 1955–1960. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.991454>
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2008). Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline. *Clinical and Investigative Medicine*, 31(1), 224–232. <https://doi.org/10.1002/eji.201090065>
- Christiansen, C. H., Baum, Carolyn, M., & Haugen, J. B. (2005). Chapter 3: Occupational Development. In *Occupational Therapy: Performance Participation and Well-Being* (pp. 42–69). Thorofare: Slack Inc.
- Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J. E., & Prodinge, B. (2016). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 1–10. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258>
- Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J. E., & Prodinge, B. (2019). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 41(5), 574–583. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258>
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B., & Stucki, G. (2005). ICF linking rules: An update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(4), 212–218. <https://doi.org/10.1080/16501970510040263>
- Cunningham, C., Horgan, F., & O'Neill, D. (2000). Clinical assessment of rehabilitation potential of the older patient: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 14(2), 205–207. <https://doi.org/10.1191/026921500668895760>
- Cup, E., Kinébanian, A., & Heerkens, Y. (2017). 6. Internationale classificaties in de gezondheidszorg. (M. Le Granse, M. van Hartingsveld, & A. Kinebanian, Eds.), *Grondslagen van de Ergotherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- de Almeida Mello, J., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2018). *The use of the interRAI Home Care instrument in the evaluation of care for frail older people: a follow-up study*. KU Leuven.

- Declercq, A. (2010). BelRAI. Stand van zaken in 2010. Nota in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Brussel.
- Declercq, A., Flamaing, J., Gosset, C., Milisen, K., Moons, P., Collard, J., ... Wellens, N. (2011). *BelRAI VI: Wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de pilootprojecten voor het transmuraal gebruik van het BelRAI instrument*.
- Declercq, A., Gosset, C., de Almeida Mello, J., Detroyer, E., Spruytte, N., Vanneste, D., ... Van Audenhove, C. (2010). *BelRAI IV: "Actie-onderzoek ter voorbereiding van de implementatie van de RAI-methode in België" Eindrapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*. Brussel.
- Declercq, A., Gosset, C., Milisen, K., Moons, P., Flamaing, J., Vesentini, L., ... Collard, J. (2010). *BelRAI 2010 - Tussentijds rapport. Rapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*. Brussel.
- Declercq, A., Gosset, C., Paepen, B., de Almeida Mello, J., Vanneste, D., Detroyer, E., ... Van Audenhove, C. (2009). *Actieproject BelRAI III: Haalbaarheid van de RAI-methode in België. Eindrapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*. Brussel.
- Declercq, A., Gosset, C., Wellens, N., Collard, J., Filee, D., Londot, A., ... Van Audenhove, C. (2007). *Actie-onderzoek naar het gebruik van het RAI-instrument in de geriatrische dagziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, de dagcentra en de geïntegreerde diensten voor de thuiszorg. Eindrapport*. Brussel.
- Declercq, A., Paepen, B., De Almeida Mello, J., Vanneste, D., Detroyer, E., Moons, P., ... Van Audenhove, C. (2008). *Actieproject BelRAI II: Haalbaarheid van de Rai-Methode in België. Eindrapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*. Brussel.
- Desomer, A., Eyssen, M., Mistiaen, P., & Eyssen, M. (2016). *KCE 262: BelRAI suite of instruments: an exploratory study on applicability for individual care planning and budget allocation in rehabilitation care 2016*. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Dewolf, D. (2016). Presentatie: naar een Vlaams Revalidatiebeleid. Agentschap Zorg en Gezondheid. Retrieved from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/communicatiemoment-sector-revalidatie>
- eGezondheid. (2019). Actieplan 2019-2021.
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018a). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), 156–165. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05144-4>
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018b). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 2. Why rehabilitation is needed by individual and society. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), 166–176. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05145-6>
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018c). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 5. The PRM organizations in Europe: structure and activities. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), 198–213. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05149-3>
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018d). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), 230–260. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05151-1>
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018e). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 8. The PRM specialty in the healthcare system and society. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), 261–278. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05152-3>

- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018f). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introductions, Executive Summary, and Methodology. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), 125–155. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05143-2>
- Eurostat. (2007). *Living Conditions in Europe. The effects of brief mindfulness intervention on acute pain experience: An examination of individual difference* (Vol. 1).
- Fawcett, A. L. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapist and physiotherapist - Theory, Skills and Application*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2016). Ziekenhuisdiensten en zorgprogramma's. Retrieved March 21, 2018, from <https://www.health.belgium.be/nl/ziekenhuisdiensten-en-zorgprogrammas>
- Foebel, A. D., Hirdes, J. P., Heckman, G. A., Kergoat, M. J., Patten, S., & Marrie, R. A. (2013). Diagnostic data for neurological conditions in interRAI assessments in home care, nursing home and mental health care settings: A validity study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-457>
- Frans, E., & Oosterlinck, T. (2016). PPT: Overzicht van de conventies onder de Vlaamse overheid ressorterend: psychosociale revalidatie en verslavingszorg.
- Frontera, W. R., Bean, J. F., Damiano, D., Ehrlich-, L., Fried-oken, M., Jette, A., ... Mueller, M. J. (2017). Rehabilitation research at the National Institutes of Health : Moving the field forward (Executive Summary). *Assistive Technology*, 29(2), 110–119. <https://doi.org/10.1080/10400435.2017.1306412>
- Glotov, A. V., Fedorova, T. N., & Demchenko, V. G. (2008). [Clinical aspects of rehabilitation potential in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Terapevticheskii arkhiv*, 80(3), 33–38.
- Gutenbrunner, C., Ward, A. B., & Chamberlain, M. A. (2007). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe: 2th edition. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(suppl 45), 1–48. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05144-4>
- Health.belgium.be. (n.d.). Woordenlijst Belgische Nationaal Contactpunt voor Grensoverschrijdende Gezondheidszorg. Retrieved May 1, 2018, from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19089700/GLOSSAIRE NL.pdf
- Heckman, G., Gray, L., & Hirdes, J. (2013). Addressing health care needs for frail seniors in Canada: the role of interRAI instruments. *Canadian Geriatrics Journal*, 3(1), 8–16. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/f747/3c0663f6a9b4a2273ea428768578e198af61.pdf>
- Hermans, K. (2017). *The interRAI Palliative Care Instrument: Better Informed palliative care in nursing homes?*
- Hermans, K., Cohen, J., Spruytte, N., Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2016). Palliative care needs and symptoms of nursing home residents with and without dementia: A cross-sectional study. *Geriatrics & Gerontology International*. <https://doi.org/10.1111/ggi.12903>
- Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D. H., Finne Soveri, H., Gray, L., ... Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: A 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Services Research*, 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-277>
- Hirshon, J. M., Nicholas, R., Calvello, E. J., de Ramirez, S. S., Narayan, M., Theodosis, C., ... the Acute Care Research Collaborative at the University of Maryland Global Health Initiative. (2012). Health systems and services: the role of acute care. *Bull World Health Organ*, 91(January), 386–388. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.112664>
- Hopfe, M., Proding, B., Bickenbach, J. E., & Stucki, G. (2018). Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. *Disability and Rehabilitation*, 40(19), 2325–2330. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1334234>
- Hopfe, M., Stucki, G., Marshall, R., Twomey, C. D., Üstün, T. B., & Proding, B. (2016). Capturing patients' needs in casemix: A systematic literature review on the value of adding functioning information in reimbursement systems Utilization, expenditure, economics and financing systems. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1277-x>

- Howe, M. C., & Briggs, A. K. (1982). Ecological Systems Model for Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 36(5), 322–327.
- Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Online)*, 343(7817), 1–3. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- ICF Research Branch. (2012). *ICF Core Sets: Manual for Clinical Practice*. (J. Bickenback, A. Cieza, A. Rauch, & G. Stucki, Eds.). Hogrefe.
- In voor zorg! (2015). Lezing Machteld Huber: Een nieuw concept voor gezondheid. Retrieved April 13, 2018, from <http://www.invoorzorg.nl/ivz/verslag-Lezing-Machteld-Huber-Een-nieuw-concept-voor-gezondheid.html>
- Kiekens, C., Van Rie, K., Leys, M., Cleemput, I., Smet, M., Kesteloot, K., ... Eyssen, M. (2007). *KCE 57A: Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). <https://doi.org/D2007/10.273/18>
- KMSL. (2009). Historiek KMSL. Retrieved March 27, 2018, from <http://www.kmsl.be/file.php?afd=Administrators&file=geschiedenis>
- Kulagina, I. Y., & Senkevich, L. (2015). Rehabilitation Potential of Personality in Various Chronic Conditions. *Kulturno-Istoricheskaya Psikhologiya-Cultural-Historical Psychology*, 11(1), 50–60.
- Lam, P., Shun, W., Bottari, C., Ogourtsova, T., Lam Wai Shun, P., Bottari, C., ... Swaine, B. (2017). Exploring factors influencing occupational therapists' perception of patients' rehabilitation potential after acquired brain injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(2), 149–158. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12327>
- Lambrecht, W., & Hermans, N. (2018). *Breinzicht toegepaste neuropsychologie bij niet-aangeboren hersenletsel* (3de druk). Academia Press.
- Lannoo, E., Brusselmans, W., Van Eynde, L., Van Laere, M., & Stevens, J. (2004). Epidemiology of acquired brain injury (ABI) in adults: Prevalence of long-term disabilities and the resulting needs for ongoing care in the region of Flanders, Belgium. *Brain Injury*, 18(2), 203–211. <https://doi.org/10.1080/02699050310001596905>
- Lannoo, E., Larmusseau, D., Van Hoorde, W., Ackaert, K., Lona, M., Leys, M., ... Eyssen, M. (2007). *KCE 51A: Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar*. Retrieved from <https://kce.fgov.be/nl/chronische-zorgbehoeften-bij-personen-met-een-niet-aangeboren-hersenletsel-nah-tussen-18-en-65-jaar>
- Lawshe, C. H. (1975). A Quantitative Approach To Content Validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563–575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Leclercq, A., De Gauquier, K., Ceuppens, A., Boly, J., Van Den Steen, D., Paulus, D., ... Paulus, D. (2008). *KCE 87A: Het gebruik van kinesitherapie en van fysieke geneeskunde en revalidatie in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027354.pdf
- Lynn, M. R. (1986). Determination and Quantification Of Content Validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–386. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Lysens, R., & Peers, K. (2017). *Fysische geneeskunde en revalidatie - musculoskeletale revalidatie*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Maas, A. I. R., Menon, D. K., Adelson, P. D., Andelic, N., Bell, M. J., Belli, A., ... Zumbo, F. (2017). Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 4422(17). [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30371-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30371-X)
- Makhov, A. S., & Medvedev, I. N. (2018). Rehabilitation Potential Of Adaptive Physical Education In People With Hearing Impairment. *Makhov. Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences Rehabilitation*, 9(6 (November-December)), 519–524.
- Mancini, M., El-Gohary, M., Pearson, S., McNamers, J., Schlueter, H., Nutt, J. G., ... Horak, F. B. (2015). Continuous monitoring of turning in Parkinson's disease: Rehabilitation potential. *NeuroRehabilitation*, 37(1), 3–10. <https://doi.org/10.3233/NRE-151236>

- Maritz, R., Aronsky, D., & Proding, B. (2017). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Electronic Health Records. *Applied Clinical Informatics*, 8(3), 964–980. <https://doi.org/10.4338/ACI2017050078>
- Milani, R. V., & Lavie, C. J. (2015). Health Care 2020 : Reengineering Health Care Delivery to Combat Chronic Disease. *The American Journal of Medicine*, 128(4), 337–343. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.10.047>
- Mitra, S., & Sambamoorthi, U. (2014). Disability prevalence among adults: Estimates for 54 countries and progress toward a global estimate. *Disability and Rehabilitation*, 36(11), 940–947. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.825333>
- Mosqueda, L. A. (1993). Assessment of rehabilitation potential. *Clinics in Geriatric Medicine*, 9(4), 689–703.
- Nolis, I. (2015). *Vlaamse revalidatieziekenhuizen portfolio Zorgnet-Icuro*. Retrieved from http://www.zorgnet-icuro.be/sites/default/files/2015_Cahier_Portfolio_Revalidatieziekenhuizen_def.pdf
- Nolis, I., Vanhaute, O., & De Nutte, H. (2016). *Musculoskeletale en neurologische revalidatiegeneeskunde in Vlaanderen*. Zorgnet-Icuro.
- Noro, A., Poss, J. W., Hirdes, J. P., Finne-Soveri, H., Ljunggren, G., Björnsson, J., ... Jonsson, P. V. (2011). Method for Assigning Priority Levels in Acute Care (MAPLe-AC) predicts outcomes of acute hospital care of older persons - A cross-national validation. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 11(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-11-39>
- Parsons, J. G. M., Jacobs, S., & Parsons, M. J. G. (2014). The use of goals as a focus for services for community dwelling older people. In R. J. Siger & W. Levack (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Goal Setting*. San Francisco: CRC Press/Taylor & Francis.
- Peel, R., Jones, S., Miller, C., Gibson, J., Peel, R., Jones, S., ... Gibson, J. (2019). Great expectations? A qualitative study of health professionals' perspectives on breaking bad news about rehabilitation potential after traumatic brain injury or spinal injury. *Disability and Rehabilitation*, 0(0), 1–6. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1589586>
- Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J., Norton, M., & Beurskens, A. J. (2014). Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clinical Rehabilitation*, 28(3), 211–220. <https://doi.org/10.1177/0269215513499029>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(4), 489–497.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Focus on Research Methods Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459–467.
- Popa, R. F., Popa, C., & House, L. P. (2009). Speranta de viata, calitatea vietii si potentialul de reabilitare la pacientii amputati [Life expectation, quality of life and rehabilitation potential of amputee's patients]. *Revista De Cercetare Si Interventie Sociala*, 24, 87–94.
- Proding, B., Rastall, P., Kalra, D., Wooldridge, D., & Carpenter, I. (2018). Documenting routinely what matters to people: Standardized headings for health records of patients with chronic health conditions. *Applied Clinical Informatics*, 9(2), 348–365. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649488>
- Proding, B., Stucki, G., Coenen, M., & Tennant, A. (2019). The measurement of functioning using the International Classification of Functioning, Disability and Health: comparing qualifier ratings with existing health status instruments. *Disability and Rehabilitation*, 41(5), 541–548. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1381186>
- Proding, B., Tennant, A., & Stucki, G. (2018). Standardized reporting of functioning information on ICF-based common metrics. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, (February). <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04784-0>
- Richard, G., Michel Wensing, Eccles, M., & David, D. (2013). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2nd Editio). Wiley-Blackwell.
- RIZIV. (2012). Overeenkomst met de Centra voor Ambulante Revalidatie (C.A.R.) van diverse taal-, spraak- en

- stemstoornissen, mentale stoornissen en gedragsstoornissen. Retrieved March 26, 2018, from http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_centrum_ambulante_revalidatie.pdf
- RIZIV. (2015). Globaal Medisch Dossier. Retrieved May 1, 2018, from <http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx#.WtzUcY9OKM8>
- RIZIV. (2016). Mentale stoornissen, gehoor-, stem- en spraakstoornissen, neurologische stoornissen: tegemoetkoming in de kosten van de behandeling door centra voor ambulante revalidatie (CAR). Retrieved June 22, 2017, from <http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/mentale-neurologische-stoornissen/Paginas/mentale-stoornissen-gehoor-stem-spraakstoornissen-neurologische-stoornissen-tegemoetkoming-kosten-behandeling-centra-ambula.aspx#.WrvGGq5I9yw>
- Scheiris, J., Pieters, S., De Block, K., De Graeve, D., Eyssens, M., Van Erdeghem, S., ... Roeyers, H. (2008). *KCE 97A: NOK / PSY revalidatiecentra : doelgroepen , wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie* .
- Stallinga, H. A., ten Napel, H., Jansen, G. J., Geertzen, J. H., de Vries Robbé, P. F., & Roodbol, P. F. (2014). Does language ambiguity in clinical practice justify the introduction of standard terminology? An integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 24*(3–4), 344–352. <https://doi.org/10.1111/jocn.12624>
- SWVG. (2018). SWVG 3: onderzoeksprogramma. Retrieved March 30, 2018, from <https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma>
- Van Cranenburgh, B. (2016). *Deel 2: Neuropsychologie - over de gevolgen van hersenbeschadiging* (vierde, on). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van de Velde, D., Bracke, P., Van Hove, G., Josephsson, S., & Vanderstraeten, G. (2010). Perceived participation, experiences from persons with spinal cord injury in their transition period from hospital to home. *International Journal of Rehabilitation Research, 33*(4), 346–355. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32833cdf2a>
- Van de Velde, D., Coussens, M., Baets, S., Sabbe, L., Vanderstraeten, G., Vlerick, P., ... De Vriendt, P. (2018). Application of participation in clinical practice: Key issues. *Journal of Rehabilitation Medicine, 50*(8), 679–695. <https://doi.org/10.2340/16501977-2363>
- Van Eenoo, L., De Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2017). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van de interRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen*. Leuven.
- Van Eenoo, L., van der Roest, H., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolova, V., Jonsson, P. V., ... Declercq, A. (2018). Organizational home care models across Europe: a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 77*(September 2017), 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.013>
- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Habets, P., Van Eenoo, L., Jeandarme, I., Declercq, A., Van Audenhove, C. (2019). Tussentijds rapport BelRAI GGZ studies: Resultaten van een participatief traject ter voorbereiding van de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-pilotstudie.
- Van Regenmortel, J., Declercq, A., & Van de Velde, D. (2018). BelRAI Revalidatie: Evaluatie van interRAI-instrumenten revalidatie voor toepassing in de revalidatie in Vlaanderen. Leuven: SWVG- Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vandenbroeck, P., Christiaens, W., Dauvrin, M., Wickert, Ra., Becher, K., Hendrickx, E., ... Eyssens, M. (2018). *KCE 299A: Een evaluatieprotocol voor riziv conventies 2018*.
- Vandermeulen, J. A. M., Derix, M. M. A., Avezaat, C. J. J., Mulder, T. W., & van Strien, J. W. (2016). *Niet-aangeboren hersenlesel bij volwassenden* (derde onge). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vandeurzen, J. (2015). Conceptnota betreft Vlaamse sociale bescherming (VSB). De Vlaamse Regering: De Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Retrieved from http://jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/conceptnota_VSB_0.pdf
- Vanneste, D., & Declercq, A. (2014). The development of BelRAI, a web application for sharing assessment data on frail older people in home care, nursing homes and hospitals. In I. Meyer, S. Müller, & L. Kubitschke (Eds.), *Achieving Effective Integrated E-Care Beyond the Silos* (Vol. i, pp. 1–366). Hersey:

- Medical Information Science Reference - An Imprint of IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-6138-7>
- VAZG. (2016). Communicatiemoment sector revalidatie. Retrieved May 1, 2018, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/communicatiemoment-sector-revalidatie>
- VAZG. (2018a). Revalidatieovereenkomsten voor Centra Ambulante Revalidatie. Retrieved March 28, 2018, from <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/revalidatie-overeenkomsten-voor-centra-ambulante-revalidatie>
- VAZG. (2018b). Thuiszorg. Retrieved from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg>
- Vermeire, T. (2017). Presentatie conferentie eerstelijns: gedeeld digitaal zorg en ondersteuningsplan. Retrieved April 26, 2019, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Parallelsessie Gegevensdeling.pdf>
- Vermeulen, B., Van Eenoo, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). *Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven.
- Verschuere, B., & Hermans, K. (2016). *Welzijn in Vlaanderen/ Beleid, bestuurlijke organisatie en uitdagingen* (Vierde edi). De Keure - Professional Publishing.
- Verté, E., Gemmel, P., & Van de Velde, D. (2019). *Een verkennend onderzoek naar de noden van het aanbod in Vlaamse revalidatieconventies*. Leuven. Retrieved from <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/swvg-rapport-ef23-revalidatieconventies>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017). Intern document: verdeling SP bedden binnen het Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2018). Overnamedecreet van 6 juli 2018 en uitvoeringsbesluit met bijlagen. Retrieved June 26, 2019, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overnamedecreet-van-6-juli-2018-en-uitvoeringsbesluit-met-bijlagen>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019). Kwaliteitsindicatoren voor algemene ziekenhuizen. Retrieved October 28, 2019, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-algemene-ziekenhuizen>
- Vlaams Parlement. (2018). Ontwerp decreet betreffende de Vlaams Sociale Bescherming (1474 (2017-2018) – Nr. 1). Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Retrieved from <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1376580>
- Vlaamse overheid. (n.d.). Vragen over kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen: Vlaams indicatoren project. Retrieved from <https://www.zorgkwaliteit.be/vragen/wat-zijn-kwaliteitsindicatoren>
- Vlaamse overheid. (2018). Decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming. Retrieved July 24, 2019, from <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1376580.p.122%0A>
- Vlaamse Regering. (2015). Conceptnota Vlaamse Sociale Bescherming (VSB), 1–20. Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/publicaties/vlaamse-sociale-bescherming-vs-b-conceptnota>
- Vlaamse Regering. (2019a). Conceptnota: De Vlaamse revalidatie: op weg naar een gestroomlijnd, geïntegreerd Vlaams revalidatiebeleid. Brussel: De Vlaamse Regering: De Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/nbwa-news-message-document/document/0901355780274a52>
- Vlaamse Regering. (2019b). *Vlaamse Regering 2019-2024: regeerakkoord*. Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/nieuwsberichten/vlaams-regeerakkoord-2019-2024>
- Vlaanderen.be. (2009). Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. Vlaamse Codex. Retrieved from <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1018609¶m=inhoud&ref=search&AVIDS=1146396,1146631,1146632,1146633,1146634,1146635,1146639,1165790,1204744,1205745,1205746,1206220,1314536,1354075>
- Wade, D. (2015a). Rehabilitation – a new approach . Overview and Part One: the problems. *Clinical*

- Rehabilitation*, 29(11), 1041–1050. <https://doi.org/10.1177/0269215515601174>
- Wade, D. (2015b). Rehabilitation – a new approach . Part two: the underlying theories. *Clinical Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1177/0269215515601175>
- Wade, D. (2016a). Rehabilitation – a new approach . Part four: a new paradigm , and its implications. *Clinical Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1177/0269215515601177>
- Wade, D. (2016b). Rehabilitation – a new approach . Part three: the implications of the theories. *Clinical Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1177/0269215515601176>
- Ward, A. B., Gutenbrunner, C., Giustini, A., Delarque, A., Fialka-Moser, V., Kiekens, C., ... Christodoulou, N. (2012). A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings - Union of European Medical Specialists section of Physical & Rehabilitation Medicine (In conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(4), 289–298. <https://doi.org/10.2340/16501977-0960>
- Wellens, N. I. H., Milisen, K., Flamaing, J., & Moons, P. (2012a). Methods to assess the reliability of the interRAI Acute Care: a framework to guide clinimetric testing. Part II. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(4), 822–827. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01685.x>
- Wellens, N. I. H., Milisen, K., Flamaing, J., & Moons, P. (2012b). Methods to assess the validity of the interRAI Acute Care: a framework to guide clinimetric testing. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 296–306. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01571.x>
- WHO. (2001a). *Compilatie: Nederlandse vertaling van de "International Classification of Functioning, Disability and Health."* Nederlandse vertaling van de *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- WHO. (2001b). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Nederlandse vertaling van de *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- WHO. (2008). Technical Brief No 1 - 2008: Integrated health services - What and Why? Retrieved May 1, 2018, from http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
- WHO. (2011). *World report on disability 2011*. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
- WHO. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services-interim report. Service Delivery and Safety*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf%0Ahttp://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/
- WHO. (2017). Rehabilitation: key for health in the 21st century. (Key messages Rehabilitation 2030 a call for action), 1–6.
- WHO. (2018a). Disability and Health: key facts. Retrieved August 9, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- WHO. (2018b). Frequently asked questions: “what is the WHO definition of health?” Retrieved March 30, 2018, from <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
- WHO. (2018c). *Health topics: Noncommunicable diseases*. Retrieved from http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/
- WHO. (2018d). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved March 30, 2018, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WHO. (2019). Disabilities. Retrieved August 9, 2019, from <https://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- William M.K. Trochim. (n.d.). Research methods knowledge base Measurement Validity Types. Retrieved March 23, 2018, from <http://www.socialresearchmethods.net/kb/measval.php>
- Witteveen, E., Admiraal, L., Visser, H., & Wilken, J.-P. (2010). *Communicatie bij hersenletsel - Begrijpen we elkaar?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

World Health Organization (WHO). (2015). *WHO Global Disability Action Plan 2014-2021: Better Health For All People With Disability*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/9789241509619_eng.pdf;jsessionid=A13612830EA2E2195219612A13324276?sequence=1