

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra:  
Opvolging van de kwaliteitsindicatoren  
en aandacht voor personen met cognitieve problemen**

Dr. Anja Daems  
Dr. Aline Sevenants  
Dr. Inge Neyens  
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



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



Publicatie nr. 2020/19

SWVG-Rapport 70

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra: Opvolging van de kwaliteitsindicatoren en aandacht voor personen met cognitieve problemen

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Copromotoren: Dr. Aline Sevenants, dr. Inge Neyens

Onderzoekers: Dr. Anja Daems

Allen LUCAS KU Leuven

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>	
<b>KU Leuven</b>	
· 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
· Leuven Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Centrum voor Statistiek	
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Faculteit Mens en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

## Rapport 70

Mei 2020

### Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra: Opvolging van de kwaliteitsindicatoren en aandacht voor personen met cognitieve problemen

Onderzoeker: Dr. Anja Daems  
Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove  
Copromotoren: Dr. Aline Sevenants, dr. Inge Neyens  
Allen LUCAS KU Leuven

#### Samenvatting

Het monitoren van de kwaliteit van leven en de kwaliteit van de zorg in de woonzorgcentra is de centrale doelstelling van het Vlaams indicatorenproject. Nadat in eerdere studies reeds een inhoudelijk kader en een aantal indicatoren zijn beschreven, ligt nu de focus op indicatoren met betrekking tot personen met cognitieve problemen of dementie.

De centrale doelstellingen van dit onderzoek zijn:

1. Het ontwikkelen en uittesten van een beperkt aantal indicatoren van kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg voor personen met dementie
2. Het ontwikkelen van een strategie om naasten uit te nodigen voor de bevraging via het interRAI-Quality of life instrument
3. De herwerking van de indicator G die betrekking heeft op "langdurig gebruik van medicatie met systemische effecten".

Om de indicatoren te ontwikkelen (doelstelling 1) organiseerden de onderzoekers een "huiswerkronde", een expertpanel en een piloottest in negen woonzorgcentra. Daarnaast werd er ook een bevraging uitgevoerd om het vormingsplan af te toetsen.

Als resultaat stellen de onderzoekers volgende drie grotendeels uitgewerkte kwaliteitsindicatoren voor.

#### Indicator 1: Registratie van persoonlijk informatie

Het aantal bewoners met dementie waarbij men in een gesprek met de bewoner en/of zijn mantelzorgers bij het begin van het verblijf relevante persoonlijke informatie bevrage over het levensverhaal en toekomstwensen.

#### Indicator 2: Multidisciplinair overleg

Het aantal bewoners met dementie dat regelmatig besproken wordt in een multidisciplinair overleg. Dit overleg betreft verschillende disciplines zoals de huisarts, de zorgverleners die de persoon dagelijks ondersteunen en minstens twee andere disciplines. De thema's die aan bod komen handelen onder meer over geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, onbegrepen gedrag.

Bijlage 7 bevat een handleiding voor indicatoren 1 en 2 en een stappenplan voor de verdere implementatie.

**Indicator 3: Vormingsplan**

Deze indicator zal samengesteld worden uit verschillende aspecten. De exacte samenstelling dient nog bepaald te worden.

Voor het bepalen van de noemers van indicator 2 en 3 is het voorstel om de groep van personen met dementie af te bakenen op basis van forfait D of Cd en/of de aanwezigheid van een gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier.

Over het betrekken van de naasten (doelstelling 2) is de sector bevraagd via een elektronische vragenlijst. Op basis van hun respons is het voorstel om de mantelzorgers van alle bewoners met dementie te bevragen via email. Mantelzorgers zonder emailadres krijgen de vragenlijst via de post toegestuurd.

Met betrekking tot het chronisch medicatiegebruik (doelstelling 3) is de aanbeveling om af te stemmen met de resultaten uit het onderzoek over psychofarmacagebruik door het Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg.

# Inhoud

<b>Lijst tabellen</b>	<b>6</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>Hoofdstuk 1      Onderzoeksluik 1: Zorg voor personen met cognitieve problemen in woonzorgcentra</b>	<b>9</b>
1      Onderzoeksvraag 1: Kwaliteitsindicatoren van zorg voor personen met dementie	9
1.1      Conceptueel kader	9
1.2      Ontwikkelingsproces	9
1.3      Huiswerkronde	10
1.4      Panelgesprekken	13
1.5      Piloottest	14
1.7      Definities, werkwijze en vervolgstappen	36
1.8      Besluit	43
2      Onderzoeksvraag 2: Aanpak voor het rekruteren van mantelzorgers voor een bevraging naar de kwaliteit van leven van hun familielid met cognitieve problemen	44
2.1      Expertpanel	44
2.2      Schriftelijke bevragingsronde	46
2.3      Voorgestelde werkwijze	48
2.4      Besluit	50
<b>Hoofdstuk 2      Onderzoeksluik 2: Opvolging van de objectieve indicatoren VIP WZC</b>	<b>51</b>
1      Herwerking van indicator G: 'Chronisch medicatiegebruik met systemisch effect'	51
1.1      Activiteitenoverzicht	52
1.2      Besluit	53
<b>Algemeen besluit</b>	<b>55</b>
<b>Referentielijst</b>	<b>57</b>
<b>Lijst van bijlagen</b>	<b>59</b>

## Lijst tabellen

Tabel 1	Overzicht resultaten huiswerkronde	12
Tabel 2	Aantal personen met een diagnostisch bilan en D/Cd-forfait op 1/9/2019	18
Tabel 3	Afbakening van de noemers aan de hand van D/Cd-forfait in de piloottest	19
Tabel 4	Aantal bewoners waarvoor gegevens werden verzameld in de piloottest	21
Tabel 5	Tijdstip van het gesprek voor registratie van persoonlijke informatie	21
Tabel 6	Aantal gespreksthema's in het gesprek voor registratie van persoonlijke informatie	21
Tabel 7	Score op indicator 1 (1 thema m.b.t. levensverhaal, 1 thema m.b.t. toekomstwensen)	22
Tabel 8	Totaalscore op indicator 1 in functie van de norm m.b.t. het aantal thema's	23
Tabel 9	Score op indicator 1 (3 thema's m.b.t. levensverhaal, 3 thema's m.b.t. toekomstwensen)	23
Tabel 10	Overzichtstabel MDO en bewoners met dementie	27
Tabel 11	Percentage MDO's voor tien bewoners per woonzorgcentrum die voldoen aan de verschillende vereisten met betrekking tot betrokkenheid en aanwezigheid van disciplines	28
Tabel 12	Percentage MDO voor 10 bewoners per woonzorgcentrum waarin de vooropgestelde thema's aan bod kwamen.	28
Tabel 13	Totaalscore op indicator 2 in functie van frequentievereisten en besproken thema's	29
Tabel 14	Scores op indicator 2 in functie van frequentievereisten (zonder thema-voorwaarden)	29
Tabel 15a-b	Thema's in het vormingsplan	32
Tabel 16	Doelgroepen van vorming	32
Tabel 17	Vormingstypes	33
Tabel 18	Benaderende berekening van een samengestelde voorbeeldindicator 'vormingsplan'	34
Tabel 19	Ingeschatte haalbaarheid qua werklust per scenario	47

## Inleiding

In opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid meet het Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven in de Vlaamse woonzorgcentra. Na de inhoudelijke opbouw en implementatie van dit kwaliteitsmonitoring project (2011-2016), staat LUCAS KU Leuven verder in voor de nauwgezette wetenschappelijke opvolging van de definities en meet-procedures van de kwaliteitsindicatoren en voor de ondersteuning en versterking van de woonzorgcentra in hun kwaliteitsverbetertrajecten.

Voor het werkjaar 2019 vertaalde deze opvolging zich in drie onderzoeksvragen binnen twee onderzoeksluiken.

Het eerste onderzoeksluik richt zich op personen met cognitieve problemen binnen woonzorgcentra. Het tweede onderzoeksluik betreft de opvolging van de verschillende objectieve kwaliteitsindicatoren voor de woonzorgcentra.

Het eerste onderzoeksluik 'personen met cognitieve problemen in woonzorgcentra' bestaat uit twee onderzoeksdoelstellingen:

1. Het ontwikkelen en uittesten van indicatoren rond aandacht voor dementie in woonzorgcentra
2. Het uitwerken van een nieuwe aanpak om familieleden te rekruteren voor een bevraging met het interRAI-Quality of life instrument

In het tweede onderzoeksluik ligt de klemtoon op de herwerking van indicator G 'chronisch medicatiegebruik met systemisch effect'. De volgende hoofddoelstellingen van het VIP WZC blijven eveneens van belang:

- Woonzorgcentra helpen om zichzelf te evalueren en hun kwaliteitsbeleid te verbeteren
- Bewoners of het brede publiek informeren
- Gebruik van de resultaten bij inspecties en erkenningsbeslissingen door de overheid
- Vergelijking van voorzieningen met elkaar (benchmarking)

Hierbij telkens rekening houdend met twee achterliggende doelstellingen:

- Bewaken van het evenwicht tussen relevantie en haalbaarheid van de indicatoren;
- Bewaken van een goede samenwerking tussen overheid en werkveld.





# Hoofdstuk 1

## Onderzoeksluik 1: Zorg voor personen met cognitieve problemen in woonzorgcentra

### 1 Onderzoeksvraag 1: Kwaliteitsindicatoren van zorg voor personen met dementie

Sinds 2013 meet het Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra (VIP WZC) de kwaliteit van zorg in de woonzorgcentra aan de hand van een set van objectieve kwaliteitsindicatoren. In 2019 ontwikkelt LUCAS KU Leuven in opdracht van het Agentschap Zorg & Gezondheid een beperkt aantal bijkomende indicatoren die de aandacht voor personen met cognitieve problemen in woonzorgcentra visualiseren.

#### 1.1 Conceptueel kader

Dit luik van het VIP WZC spitst zich toe op de kwaliteit van leven en zorg voor personen met cognitieve problemen (vnl. dementie) die verblijven in woonzorgcentra (zie Van Ingelgom, e.a., 2017 voor een overzicht van relevante kaders en literatuur).

Uitgangspunt bij de formulering van de kwaliteitsindicatoren is een psychosociale, persoonsgerichte benadering van zorg voor personen met dementie (Kitwood, 1997), waarbij de zorgrelatie centraal staat (referentiekader dementie, Dely e.a. 2018). In deze zorgrelatie moeten zes fundamentele aspecten aanwezig zijn om van goede zorg te kunnen spreken:

- Beeldvorming, waarbij de mens achter de aandoening op de eerste plaats komt
- Normalisatie of 'zo gewoon mogelijk' (qua omgeving, dagindeling, dagelijkse activiteiten, enz.)
- Autonomie en betrokkenheid bij beslissingen (waar mogelijk), in geborgenheid (waar nodig)
- Afgestemde zorg, ook bij moeilijk hanteerbaar gedrag, vertaald in een zorgplan op maat op basis van dossiervorming met persoonsgerichte informatie (sociaal-culturele gewoontes en achtergrond, wensen en verlangens)
- Samenwerking met naasten en mantelzorgers
- Professionele zorgverleners met dementiespecifieke kennis en vaardigheden en een authentieke en persoonsgerichte aanpak

Binnen dit kader is het de verantwoordelijkheid van leidinggevenden om ervoor te zorgen dat de structuren en processen in de woonzorgcentra de relationele en persoonsgerichte aspecten van de zorg voor personen met dementie zoveel mogelijk faciliteren. Deze structuren en processen kunnen gevat worden in enkele goed gekozen structuur- en/of procesindicatoren, die het mogelijk maken om de kwaliteit van zorg voor personen met dementie te visualiseren en op te volgen.

#### 1.2 Ontwikkelingsproces

Kwaliteitsindicatoren zijn goed gedefinieerde en meetbare aspecten van zorg. Hierbij is het niet de bedoeling de kwaliteit van de zorg voor individuele bewoners te meten, maar een maat te ontwikkelen voor monitoring van de kwaliteit van zorg voor een afgebakende groep van personen binnen een bepaalde setting (i.c. personen met een diagnose dementie in de woonzorgcentra).

De selectie en ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren in het huidige onderzoek verliep in verschillende fasen. In de eerste 2 fasen werd uit een longlist van potentiële indicatoren een shortlist van (2 à 3) haalbare en valide indicatoren geselecteerd.

Fase 1: Huiswerkronde waarin een lijst met potentiële indicatoren gescoord wordt op relevantie en praktische haalbaarheid door experts

Fase 2: Panelgesprek waarin experts in discussie gaan om consensus te bereiken over een selectie van uit te werken indicatoren.

Fase 3: Piloottest waarin de weerhouden indicatoren uitgetest worden bij een beperkt aantal woonzorgcentra.

### 1.3 Huiswerkronde

In de huiswerkronde werd een longlist van potentiële indicatoren ter beoordeling voorgelegd aan experts in het domein van (zorg voor) personen met dementie (in woonzorgcentra) via een elektronische bevraging.

#### 1.3.1 Longlist

De kwaliteitsindicatoren voor de huiswerkronde werden voorgesteld door het INTERDEM Consortium. In dit Europese onderzoek ontwikkelden Vasse e.a. (2012) 12 kwaliteitsindicatoren om de kwaliteit van persoonsgerichte, psychosociale zorg bij dementie te meten en verbeteren. De indicatoren werden in 2017 eveneens uitgetest in Australië en Zuidoost-Azië (Jeon, e.a.). Op basis van beide publicaties werden 11 indicatorfiches opgesteld. De twaalfde indicator (interventies op maat voor informele zorgdragers) werd niet van toepassing geacht in residentiële settings.

Aanvullend op de Europese literatuur werd de Amerikaanse literatuur geconsulteerd (American Medical Association e.a., 2016). Enkele van de in deze publicatie voorgestelde indicatoren passen binnen een psychosociale benadering van zorg voor personen met dementie en zijn toepasbaar op residentiële settings. Voor deze indicatoren werden 4 bijkomende indicatorfiches opgesteld.

In bijlage 1 wordt een overzicht gegeven van de opgestelde indicatorfiches, onderverdeeld in vier domeinen: diagnose en assessment, zorgplan en behandeling, moeilijk hanteerbaar gedrag en zorgverleners. De fiches bevatten: titel van de indicator, korte omschrijving, type indicator, domein, korte motivering voor geschiktheid van de indicator voor kwaliteit van zorg voor personen met dementie vanuit een psychosociale, persoonsgerichte benadering, teller, noemer (met eventuele correcties) en bron van de indicator.

#### 1.3.2 Bevraging

In de elektronische bevraging werden de indicatoren voorgesteld aan de hand van titel, teller en noemer, waarna telkens gepeild werd naar relevantie en haalbaarheid van de indicator door middel van twee beoordelingsschalen, gevolgd door een open tekstveld voor opmerkingen:

Hoe <b>relevant</b> acht u deze indicator voor het meten van de kwaliteit van zorg voor personen met dementie in woonzorgcentra?					
Niet relevant	Eerder niet relevant	Tussenin	Eerder relevant	Relevant	Geen mening
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoe <b>haalbaar</b> acht u het voor woonzorgcentra om de gegevens voor deze indicator aan te leveren? Denk hierbij aan tijdsinvestering, kwaliteit van dossiervorming (accuraatheid, volledigheid, enz.)					
Niet haalbaar	Eerder niet haalbaar	Tussenin	Eerder haalbaar	Haalbaar	Geen mening
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Na beoordeling van alle indicatoren afzonderlijk kon aangegeven worden welke drie indicatoren het meest geschikt geacht werden voor het meten van de kwaliteit van zorg voor personen met dementie in woonzorgcentra (top 3 vraag). Er was eveneens een open tekstveld voorzien voor suggesties voor bijkomende indicatoren.

### 1.3.3 Deelnemers

De elektronische bevraging in de huiswerkronde werd ingevuld door 16 experten:

- Twaalf experten uit 10 verschillende woonzorgcentra (waarvan 8 uit de gebruikersgroep van het VIP WZC);
- Vier inhoudelijke experten.

### 1.3.4 Resultaten

Per indicator werd berekend:

- De gemiddelde relevantie en haalbaarheid (en standaarddeviatie);
- Het percentage beoordelaars die de indicator zowel (eerder) relevant als (eerder) haalbaar scoorden;
- Het percentage beoordelaars die de indicator wel (eerder) relevant, maar (eerder) niet haalbaar scoorden;
- De gewogen rangscore op basis van de top 3 vraag (*aantal eerste plaats antwoorden\*3 + aantal tweede plaats antwoorden\*2 + aantal derde plaats antwoorden*).

Op basis van deze resultaten werden de indicatoren verdeeld in 4 groepen (zie Tabel 1). De eerste groep bestaat uit de indicatoren 15 en 3 (groen aangeduid). Beide indicatoren werden consistent als relevant en haalbaar gescoord en door meerdere experts als meest geschikt aangeduid. Voor de indicatoren aangeduid met geel (>50% relevant en haalbaar) en oranje (<50% relevant en haalbaar) was de consensus minder groot, vooral wat haalbaarheid betreft ( $SD > 1$ ). Deze indicatoren werden evenwel door minstens één expert in de top drie gezet. Dit laatste was niet het geval voor de drie indicatoren in het rode gedeelte, die bovendien door minder dan de helft van de experts als relevant én haalbaar gescoord werden.

Tabel 1 Overzicht resultaten huiswerkronde

	RELEVANTIE		HAALBAARHEID		Relevant en haalbaar	Relevant en niet haalbaar	TOP 3
	Gemiddelde	SD	Gemiddelde	SD	%	%	Gewogen rang
KI 15: Opleiding zorgpersoneel	4,8	0,40	4,9	0,34	100%	0%	21
KI 3: Registratie van persoonlijke informatie	4,8	0,40	4,4	0,81	81%	0%	12
KI 5: Beoordeling van pijn (en afgestemde zorg)	4,4	1,12	3,7	1,33	57%	21%	9
KI 4: Beoordeling van fysiek en cognitief functioneren	4,2	1,31	4,1	1,21	64%	0%	5
KI 9: Persoonlijk zorgplan	4,1	1,30	3,4	1,35	53%	7%	16
KI 12: Zorgplan op maat voor moeilijk hanteerbaar gedrag	4,6	0,63	3,7	1,40	60%	20%	6
KI 10: Activiteiten in het persoonlijk zorgplan	4,3	1,18	4,3	1,22	73%	7%	2
KI 8: Psychosociale interventies op maat	4,6	0,83	3,3	1,29	40%	20%	5
KI 13: Psychosociale interventies (voor medicatie) bij moeilijk hanteerbaar gedrag	4,1	1,31	3,3	1,40	38%	13%	5
KI 2: Beoordeling van depressie en angst	4,1	1,25	3,3	1,44	33%	27%	2
KI 1: Bespreking diagnose met bewoner	3,3	1,45	3,4	1,59	31%	6%	3
KI 14: Gemoedstoestand en coping van zorgverleners	3,8	1,42	3,2	1,57	50%	14%	4
KI 6: Beoordeling van gedrags- en psychiatrische problemen (en afgestemde zorg)	4,1	1,28	3,3	1,35	40%	20%	0
KI 7: Beoordeling van risico voor zichzelf en anderen (en afgestemde zorg)	3,9	1,28	3,6	1,30	33%	7%	0
KI 11: Zorgcoördinator	2,9	1,45	3,5	1,55	27%	7%	0

De open commentaren en opmerkingen van de experts werden per indicator kort samengevat (zie [bijlage 2](#) en naast eerder geformuleerde aandachtspunten vanuit de literatuur geplaatst (Vasse e.a., 2012; Jeon, e.a., 2017).

Door een aantal experts werd bijkomend gesuggereerd om (aspecten van) indicatoren samen te voegen tot nieuwe indicatoren, bijvoorbeeld rond multidisciplinair overleg, acties, enz. Een indicator m.b.t. het thema mantelzorg(er)s werd eveneens als ontbrekend ervaren. Tot slot werd ook de afbakening van de noemer als aandachtspunt vermeld.

## **1.4 Panelgesprekken**

De cijfergegevens en de bijkomende opmerkingen en suggesties uit de huiswerkronde werden samengevat en als input gebruikt voor twee panelgesprekken met de experts die hieraan wensten deel te nemen. Bedoeling van de panelgesprekken was consensus te bereiken over een shortlist van twee tot drie indicatoren.

### **1.4.1 Deelnemers**

Zowel aan het eerste (29 maart 2019) als het tweede panelgesprek (3 mei 2019) namen drie inhoudelijke experts en zes experts uit vijf woonzorgcentra deel.

### **1.4.2 Verloop**

#### **1.4.2.1 Panelgesprek 1**

Voor de indicatoren die de experts consistent als relevant en haalbaar scoorden in de huiswerkronde (3 en 15, groen in tabel 1) werd in het eerste panelgesprek vooral ingegaan op haalbaarheid en praktische uitwerking.

De indicatoren die door geen enkele expert als meest geschikt aangeduid werden en door minder dan de helft als relevant en haalbaar beschouwd werden (6, 7 en 11, rood in tabel 1) kwamen niet aan bod in het panelgesprek.

De overige indicatoren (geel en oranje in tabel 1) werden kort gepresenteerd, waarbij de nadruk gelegd werd op enkele aandachtspunten (zie ook [bijlage 2](#)).

Het eerste panelgesprek leidde tot de voorlopige uitwerking van de noemer, indicator 3 in tabel 1 (registratie van persoonlijke informatie) en een bijkomende indicator multidisciplinair overleg die een aantal aspecten van verschillende voorgestelde indicatoren bundelt. Voor de uitwerking van indicator 15 in tabel 1 (vorming) werd geen consensus bereikt. Tot slot werden enkele suggesties genoteerd met betrekking tot de eventuele uitwerking van een specifieke indicator rond pijn en een indicator rond zorgplan en betrokkenheid van naaste(n) en mantelzorg(er)s.

Een eerste stap in de uitwerking van mogelijke indicatoren op basis van het eerste panelgesprek is terug te vinden in [bijlage 3](#).

#### 1.4.2.2 *Panelgesprek 2*

Een voorstel voor de indicatoren 'Registratie van persoonlijke informatie' en 'Multidisciplinair overleg' op basis van panelgesprek 1 werd gepresenteerd en verder besproken aan de hand van enkele vragen naar concretisering. Daarnaast werd dieper ingegaan op de noemer en een mogelijke uitwerking voor de indicatoren rond opleiding en vorming, pijn, zorgplan en mantelzorger(s).

Een verdere uitwerking van de indicatoren op basis van het tweede panelgesprek is terug te vinden in [bijlage 4](#).

#### 1.4.3 Resultaten

De panelgesprekken leidden tot consensus met betrekking tot de afbakening van de groep van personen met dementie binnen de woonzorgcentra en de uitwerking van twee indicatoren: Registratie van persoonlijke informatie en multidisciplinair overleg. Ook voor een derde indicator rond vorming werd een eerste aanzet voor uitwerking gegeven.

Er werd beslist om voorlopig geen andere indicatoren uit te werken. De bedoeling is evenwel om de thema's zorgplan en mantelzorger(s) in een volgende fase opnieuw onder de aandacht te brengen.

### 1.5 **Piloottest**

#### 1.5.1 Opzet

Het opzet van de piloottest was driedelig:

- Aan de hand van een eerste meting van de twee uitgewerkte indicatoren in een selectie van woonzorgcentra voor een beperkt aantal bewoners met dementie zicht krijgen op de haalbaarheid van de meting. De klemtoon ligt hierbij op tijdsinvestering en moeilijkheid van de gegevensverzameling.
- Door middel van bijkomende informatie vragen de definiëring van teller en noemer van de indicatoren (verder) op punt stellen (bv. wat betreft minimale vereisten voor inclusie)
- Uittekenen van een goede werkmethode, met aandacht voor de ontwikkeling van eventuele hulpmiddelen voor registratie van informatie voor de indicatoren.

#### 1.5.2 Afbakening van de groep van personen met dementie binnen de woonzorgcentra

Gezien het belang van zorgvuldige diagnosestelling werd voorgesteld de groep van personen met dementie af te bakenen aan de hand van aanwezigheid van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie in het medisch dossier.

Kanttekening hierbij is dat niet alle personen met dementie in de woonzorgcentra een diagnose dementie kregen. Vooral zwaar zorgafhankelijke personen die dementie ontwikkelen tijdens hun verblijf in het woonzorgcentrum worden vaak niet doorverwezen voor diagnosestelling. Zorgvuldigheid betekent in dit verband ook het herkennen van situaties waarin doorgedreven diagnose niet meer aangewezen is.

In de piloottest werd nagegaan hoeveel en welke personen met dementie al dan niet geïncludeerd zijn bij gebruik van het diagnostisch bilan als inclusie criterium. Daartoe werden bijkomende informatie vragen geformuleerd die o.a. peilen naar het aantal bewoners in het woonzorgcentrum met een D of

Cd-forfait, het aantal bewoners die verblijven in een afdeling voor personen met dementie, gebruik van de BELRAI, enz.

### 1.5.3 Indicatoren

De indicatoren 'registratie van persoonlijke informatie' en 'multidisciplinair overleg' die uitgewerkt werden op basis van de panelgesprekken zijn procesindicatoren en kaderen binnen een psychosociale en persoonsgerichte benadering van zorg voor personen met dementie. Doel is hierbij om belangrijke processen die aan de basis liggen van kwaliteitsvolle persoonsgerichte zorg in woonzorgcentra zichtbaar te maken en op te volgen.

Aan de hand van een beperkte meting in de piloottest werd de haalbaarheid van beide indicatoren onderzocht. Bijkomend werd gepeild naar mogelijkheden voor uitwerking van een derde indicator m.b.t. aanwezigheid van een vormingsplan.

#### 1.5.3.1 Indicator 1: Registratie van persoonlijke informatie

Teller:

Aantal bewoners met dementie waarbij op basis van een gesprek met de bewoner en/of zijn mantelzorger(s) voor aanvang of tijdens de eerste maand van het verblijf relevante persoonlijke informatie geregistreerd werd over minimaal twee verschillende thema's, waaronder 1 thema m.b.t. levensverhaal en identiteit en 1 thema m.b.t. (toekomst)wensen

Noemer:

Totaal aantal bewoners met dementie die minstens 1 maand en hoogstens 1 jaar (en 1 maand) in het woonzorgcentrum verblijven en reeds leden aan dementie bij aanvang van hun verblijf

De indicator 'Registratie van persoonlijke informatie' geeft een indicatie van de aandacht die in het woonzorgcentrum besteed wordt aan persoonlijke informatie die afgestemde zorg voor een bewoner met dementie mogelijk maakt.

De motivering voor en gedetailleerde uitwerking van deze indicator op basis van literatuur, huiswerkronde en panelgesprekken is beschreven in [bijlage 4](#). De indicator is uitgewerkt als een evolutieve indicator. Dit betekent dat de lat in eerste instantie niet te hoog gelegd wordt (met het oog op benchmarking en publiksrapportering). Gaandeweg wordt de indicator aangescherpt op basis van gedetailleerde meting voor alle vooropgestelde thema's. Deze thema's zijn:

- Levensverhaal en identiteit: Persoonlijkheid/waarden, familiale achtergrond, relaties, seksualiteit, gewoontes, werk, tijdsbesteding/hobby's, geloof/spiritualiteit;
- Toekomstwensen: Wensen op vlak van persoonlijke waarden, wensen op vlak van familie en relaties, wensen op vlak van intimiteit en seksualiteit, wensen op vlak van gewoontes, wensen op vlak van tijdsbesteding, wensen op vlak van geloof en spiritualiteit, wensen met betrekking tot levenseinde.

Een belangrijke bekommernis in verband met de haalbaarheid m.b.t. de meting van deze indicator is de mogelijk verdeelde registratie van persoonlijke informatie in het bewonersdossier. Gevreesd wordt dat dit voor sommige woonzorgcentra zeer tijdsintensief manueel werk impliceert. De beperking tot de geregistreeerde informatie op basis van het gesprek met de bewoner en/of zijn mantelzorger(s) en de exclusie van bewoners die langer dan de meetperiode van 1 jaar in het woonzorgcentrum verblijven,

houdt de werklust mogelijk toch binnen de perken. Om de haalbaarheid van meting van de indicator te bevorderen is het van belang dat de geregistreerde persoonlijke informatie bij voorkeur op één plaats in het bewonersdossier terechtkomt.

Aanvullend op een eerste meting van de indicator bij een beperkt aantal bewoners, werd in de piloottest onderzocht hoe en waar de persoonlijke informatie terechtkomt in het bewonersdossier.

### 1.5.3.2 Indicator 2: Multidisciplinair overleg

Teller:

Aantal bewoners met dementie die in de afgelopen 6 maanden minstens 5 maal besproken werden in een multidisciplinair overleg waarbij vertegenwoordigers van minstens 3 disciplines aanwezig waren, waaronder de zorgverlener die de persoon dagelijks ondersteunt (verpleeg- of zorgkundige), waarbij er minimaal betrokkenheid was van de huisarts, en waarin minimaal de volgende thema's onder de aandacht gebracht werden: geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, onbegrepen gedrag.

Noemer:

Totaal aantal bewoners met dementie die minstens 6 maanden in het woonzorgcentrum verblijven en gedurende deze volledige periode leden aan dementie

Persoonsgerichte zorg voor bewoners met dementie in woonzorgcentra vereist een professionele, geïntegreerde benadering van een complexe problematiek die zich uit in verschillende levensdomeinen. Om deze geïntegreerde benadering mogelijk te maken is multidisciplinair of interdisciplinair teamwork essentieel (Schols & Kardol, 2017). Een multidisciplinair overleg kan worden gedefinieerd als een reflectiemoment waarbij kennis en deskundigheid vanuit meerdere disciplines of beroepsgroepen gecombineerd ingezet wordt met het oog op geïntegreerde zorgplanning en optimale afstemming van zorg op de noden van een bewoner met dementie.

De motivering voor en gedetailleerde uitwerking van deze indicator op basis van literatuur, huiswerkronde en panelgesprekken werd beschreven in [bijlage 4](#). De inclusievereisten qua frequentie, betrokkenheid van disciplines en thema's werden in de piloottest onderzocht aan de hand van een eerste meting bij een beperkt aantal bewoners. Hierbij werd aandacht besteed aan:

- De wijze waarop het multidisciplinair overleg georganiseerd werd. Wanneer dit niet met een vaste kalender, maar meer op maat van de bewoners gebeurt, kan het moeilijker zijn om aan een minimale frequentienorm te voldoen;
- De minimumvereiste m.b.t. betrokkenheid van de huisarts. Als gevolg van de vrije keuze van huisarts is het mogelijk dat een woonzorgcentrum met een groot aantal huisartsen werkt. Hierbij mag evenwel niet uit het oog verloren worden dat het belangrijk is om te vertrekken vanuit de vraag naar goede kwaliteit van zorg, waarvan een goed medisch beleid een essentieel onderdeel is.

Bijkomende informatievragen peilden naar het gangbare verloop en de neerslag van multidisciplinaire overlegmomenten.



### 1.5.3.3 *Indicator 3: Vormingsplan*

Deze indicator meet niet rechtstreeks de kwaliteit van zorg voor personen met dementie, maar moet weergeven in welke mate een dynamiek aanwezig is om te investeren in werken rond thema's die een groot verschil betekenen in de zorg voor personen met dementie. Voorlopig werd voorgesteld de indicator uit te werken in de vorm van een stappenplan. In een eerste stap wordt de klemtoon gelegd op de aanwezigheid van een vormingsplan omtrent zorg voor bewoners met dementie, met minimale vereisten qua inhoud (thema's, doelgroepen, vormingstypes, afstemming op noden, enz.). In een volgende stap worden deze vereisten aangescherpt. Meting van de mate van realisatie van het vormingsplan kan een laatste stap vormen.

In de piloottest werden informatievragen gesteld over aanwezigheid en inhoud van vormingsplannen. Op basis van de verzamelde informatie werd beslist of en hoe de indicator verder kon worden uitgewerkt.

### 1.5.4 Steekproef

Via de koepels ouderenzorg werd medewerking gevraagd van negen woonzorgcentra (drie per koepel). Bij de selectie van aangemelde WZC werd vooral rekening gehouden met schaalgrootte (erkende capaciteit), gebruikte software voor het elektronisch bewonersdossier en locatie. Dit leidde tot een steekproef van drie kleinere woonzorgcentra (capaciteit < 90), vijf grote woonzorgcentra (capaciteit van 90 tot 180) en één zeer groot woonzorgcentrum (capaciteit > 180) met vier gebruikers van het softwarepakket GERACC, drie gebruikers van Care Solutions en twee gebruikers van CEVI. De steekproef bestond uit drie West-Vlaamse woonzorgcentra, twee woonzorgcentra uit de provincies Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant en één uit de provincies Antwerpen en Limburg.

### 1.5.5 Werkwijze

In de piloottest lag de klemtoon op onderzoek naar de gangbare werkwijze qua dossiervorming in de woonzorgcentra: Waar bevindt zich de informatie die verzameld moet worden voor de voorgestelde indicatoren en hoe moeilijk en tijdsintensief is het om deze informatie aan te leveren?

De meting en bijkomende vragen werden aan de deelnemende woonzorgcentra voorgelegd in de vorm van een excel-registratieformulier (zie [bijlage 5](#)).

Verwacht werd dat de moeilijkheidsgraad en tijdsinvestering voor meting van de voorgestelde indicatoren behoorlijk hoog liggen in de meeste woonzorgcentra. Als gevolg daarvan werd de eigenlijke meting beperkt tot tien willekeurig gekozen bewoners met dementie per woonzorgcentrum. De werkwijze voor selectie van deze bewoners was indicatorafhankelijk en werd duidelijk omschreven in het excel-registratieformulier.

De vooropgestelde referentiedatum voor meting van de indicatoren in de acht geselecteerde woonzorgcentra was 1 september 2019. Voor indicator 'Registratie van persoonlijke informatie' werd gevraagd tien bewoners met dementie te selecteren uit de groep van bewoners die minstens 1 maand en hoogstens 13 maanden in het woonzorgcentrum verbleven op de referentiedatum. Voor indicator 'Multidisciplinair overleg' werd gevraagd te selecteren uit de groep bewoners die op deze datum minstens 6 maanden in het woonzorgcentrum verbleven.

De woonzorgcentra ontvingen het excel-registratieformulier begin september 2019 en hadden 5 weken de tijd om de gegevens aan te leveren.

Na verwerking van de ingevulde registratieformulieren werden de woonzorgcentra die deelnamen aan de piloottest samen met de woonzorgcentra die deelnamen aan het expertenpanel uitgenodigd voor een terugkoppelingsmoment, waarin de resultaten van de piloottest voorgesteld en besproken werden.

## 1.5.6 Resultaten

### 1.5.6.1 Afbakening van de groep van personen met dementie in de piloottest

#### *Inhoudelijk*

Zoals blijkt uit Tabel 2 hebben het grootste deel van de personen met een D of Cd-forfait een Cd-forfait (91%). In de meeste woonzorgcentra heeft slechts een minderheid van de bewoners met Cd-forfait een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie in het medisch dossier (0% tot 38,6%), met uitzondering van één woonzorgcentrum (100%). Anderzijds geeft één woonzorgcentrum aan dat een aantal bewoners met een gespecialiseerd diagnostisch bilan forfait B hebben, omdat bij deze bewoners de fysieke zorgafhankelijkheid een minder grote rol speelt. Bovendien geven vrijwel alle woonzorgcentra aan dat er bijkomend (een aanzienlijk aantal) bewoners met (een vermoeden van) dementie in het woonzorgcentrum verblijven met een ander forfait dan D of Cd, veelal B. Schattingen variëren van 6 tot 25 bewoners.

Tabel 2 Aantal personen met een diagnostisch bilan en D/Cd-forfait op 1/9/2019

WZC	Bilan	D of Cd forfait	D forfait	Cd forfait	% bilan/Cd
1	2	18	0	18	0,0%
2	34	48	4	44	38,6%
3	2	58	2	56	0,0%
4	11	71	10	61	0,0%
5	9	35	3	32	28,1%
6	9	38	3	35	17,1%
7	1	27	0	27	3,7%
8		32	5	27	18,5%
9	91	77	9	68	100,0%
Totaal	159	404	36	368	28,8%

Geen enkel woonzorgcentrum in de piloottest maakt gebruik van de BELRAI. (Vermoeden van) dementie wordt gestaafd door MMSE (aangehaald door 5 woonzorgcentra), een KATZ-score van 3/3 of 4/4 voor oriëntatie in tijd en ruimte (aangehaald door 3 woonzorgcentra) en gerichte observatie (aangehaald door 3 woonzorgcentra). Eén woonzorgcentrum geeft aan bewoners soms door te sturen voor een gespecialiseerd diagnostisch bilan. Een ander woonzorgcentrum geeft aan dat dit weinig gebeurt. In sommige woonzorgcentra worden veel bewoners opgenomen vanuit een algemeen ziekenhuis. Vaak hebben ze dan reeds een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie. In andere gevallen wordt alleen verwezen naar een dementieproblematiek in een begeleidend verslag door een geneesheerspecialist. Het is van belang om duidelijk te omschrijven in de handleiding wat het gespecialiseerd diagnostisch bilan precies inhoudt.

*Administratief*

Voor indicator 1 'registratie van persoonlijke informatie' werden in de piloottest gegevens verzameld voor bewoners die opgenomen werden in het woonzorgcentrum in de periode tussen 1 augustus 2018 en 1 augustus 2019. Uit Tabel 3 blijkt dat het aantal nieuwe D/Cd opnames per jaar vrij beperkt is (3 tot 18 bewoners). Wat het aantal betreft, lijkt de registratielast voor deze indicator dus haalbaar.

Eén woonzorgcentrum geeft aan dat een aantal bewoners bij opname een D of Cd-forfait hadden, maar dit werd gewijzigd in de eerste maanden na opname van het verblijf (3 op 11 nieuw opgenomen bewoners). Een ander woonzorgcentrum geeft aan dat een aantal bewoners bij opname een ander forfait hadden en slechts na enige tijd overgingen naar een D of Cd-forfait (4 op 9 nieuw opgenomen bewoners). Tenslotte wordt melding gemaakt van nieuw opgenomen bewoners die reeds gestorven zijn op de datum van meting.

Twee woonzorgcentra (met respectievelijk CEVI en GERACC software) geven aan dat de selectie van nieuwe opnames met D/Cd-forfait administratief niet eenvoudig is. In het zorgdossier van GERACC kan het aantal bewoners met een bepaald forfait over een bepaalde periode of het originele startforfait niet opgevraagd worden. Men kan alleen het forfait op één welbepaalde datum opvragen.

Tabel 3 Afbakening van de noemers aan de hand van D/Cd-forfait in de piloottest

WZC	D/Cd 1/9/19	D/Cd nieuw 1/8/18-1/8/19	D/Cd verblijf 1/3-1/9/19	Software
1	18	3	16	GERACC
2	48	8	50	
3	58	9	75	
4	71	8	71	
5	35	5	35	Care Solutions
6	38	8		
7	27	8	29	
8	32	11	56	CEVI
9	77	18	96	

Voor indicator 2 'multidisciplinair overleg' werden gegevens verzameld voor bewoners die in het woonzorgcentrum verbleven in de volledige periode tussen 1 maart en 1 september 2019. Het aantal bewoners met D/Cd-forfait gedurende deze periode is in sommige woonzorgcentra een behoorlijk grote groep (van 16 tot 96 bewoners). De registratielast voor deze indicator kan bijgevolg vrij groot worden.

In sommige gevallen is de selectiegroep waarschijnlijk een overschatting: Vijf woonzorgcentra geven bij de selectie voor indicator 2 (bewoners met dementie met een forfait D/Cd gedurende de volledige periode van 1/3/2019 tot 1/9/2019) immers een groter getal op dan voor het aantal bewoners met forfait D/Cd op 1/9/2019 (*schuin* aangeduid in Tabel 3). In drie woonzorgcentra (met CEVI en GERACC software) gaat het om een aanzienlijk verschil (tot 24 bewoners). Dit kan niet correct zijn.

Eén mogelijke verklaring hiervoor is de volgende: In het GERACC elektronisch dossier is het niet mogelijk om het aantal forfaits over een bepaalde periode te bepalen, maar slechts op één welbepaalde datum.

Het woonzorgcentrum dat deze verklaring aanreikt heeft de startdatum van de registratieperiode gekozen, wat in dit geval leidde tot 2 bewoners meer dan op 1/9/2019.

### *Voorlopige besluiten aangaande de afbakening van bewoners met dementie in woonzorgcentra op basis van de piloottest*

Op basis van de resultaten van de piloottest, lijkt het niet aangewezen om de groep van personen met dementie in het woonzorgcentrum af te bakenen op basis van aanwezigheid van een gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier. Het aantal bewoners met een bilan is immers beperkt. Anderzijds is afbakening op basis van D/Cd-forfait evenmin toereikend.

Derhalve wordt de groep van personen met dementie bij voorkeur afgebakend op basis van een combinatie van beide criteria. Dan nog zal de selectie niet alle bewoners met dementie of cognitieve problemen omvatten. In de meeste woonzorgcentra zijn nog andere bewoners aanwezig met een vermoeden van dementie en een minimale KATZ-score van 3/3 op oriëntatie in tijd en ruimte.

Voor selectie van bewoners met dementie op basis van het diagnostisch bilan is het nodig een duidelijke omschrijving hiervan in de handleiding toe te voegen.

Voor afbakening van de noemer van indicator 1 moet beslist worden welke bewoners meegenomen worden. Exclusie van bewoners die van D/Cd naar een ander forfait wijzigden kan bereikt worden door uit te gaan van de lijst van bewoners met D/Cd op de einddatum van de registratieperiode. Implicatie hiervan is dat ook bewoners die overleden voor de einddatum uitgesloten zijn. Voor exclusie van bewoners die van een ander forfait naar D/Cd overgingen, moet bijkomend het forfait bij opname in rekening gebracht worden.

Voor afbakening van de noemer van indicator 2 moet de lijst van bewoners met D/Cd-forfait zowel op de begindatum als de einddatum van de registratieperiode getrokken worden. Bewoners die op beide lijsten voorkomen worden geselecteerd voor meting van de indicator.

Uitbreiding van beide noemers met bewoners met een gespecialiseerd diagnostisch bilan impliceert een extra stap. De complexiteit en werklast van deze extra stap moet nog onderzocht worden.

### *1.5.6.2 Indicator 1 'registratie van persoonlijke informatie' in de piloottest*

#### *Inhoudelijk*

In totaal werden voor deze indicator gegevens verzameld voor 71 bewoners met D/Cd-forfait (Tabel 4). In één woonzorgcentrum vielen twee bewoners strikt genomen niet binnen de criteria voor afbakening van de steekproef. Beide bewoners waren opgenomen in het woonzorgcentrum in september 2019. Aangezien het gesprek voor registratie van persoonlijke informatie met beide bewoners gevoerd werd voor afsluiting van de piloottest, werden de gegevens van deze bewoners meegenomen in de verdere verwerking van de resultaten.

Tabel 4 Aantal bewoners waarvoor gegevens werden verzameld in de piloottest

WZC	Aantal	%
1	3	4,2
2	8	11,3
3	9	12,7
4	8	11,3
5	5	7,0
6	8	11,3
7	*10	14,1
8	10	14,1
9	10	14,1
Totaal	71	100,0

\* 2 van deze bewoners werden opgenomen na de registratieperiode (september 2019)

Voor elk van de 71 nieuwe bewoners in de steekproef vond een gesprek plaats met het oog op registratie van persoonlijke informatie. In één woonzorgcentrum werd hiervoor geen exacte datum opgegeven maar vonden alle gesprekken plaats voor opname. Zoals blijkt uit tabel 5 vond slechts 14% van de gesprekken plaats in de maand na opname. Alle andere gesprekken werden gevoerd op de opnamedag of voordien. In één woonzorgcentrum was het gesprek voor twee bewoners meer dan een jaar voordien. Het betreft bewoners die overgingen van kortverblijf of niet-erkend herstelverblijf naar permanent verblijf, waarbij het gesprek niet opnieuw gevoerd werd bij de overgang van statuut.

Tabel 5 Tijdstip van het gesprek voor registratie van persoonlijke informatie

Tijdstip gesprek	Aantal	%
voor opname	*48	67,6
opnamedag	13	18,3
na opname	10	14,1
Total	71	100,0

\* voor 2 bewoners > jaar voordien

Gemiddeld wordt per gesprek informatie geregistreerd over 5,8 thema's m.b.t. levensverhaal en identiteit (op een totaal van 8 mogelijke thema's) en 4,1 thema's m.b.t. toekomstwensen (op een totaal van 7 mogelijke thema's).

Tabel 6 Aantal gespreksthemas in het gesprek voor registratie van persoonlijke informatie

Gespreksthemas	Gemiddeld aantal*	Totaal aantal	Minimum aantal	Maximum aantal
Levensverhaal-identiteit	5,8	8	2	7
Toekomstwensen	4,1	7	0	7

Drie woonzorgcentra geven aan dat voor elke nieuwe bewoner een afzonderlijk vroegtijdig zorgplanningsgesprek voorzien is waarin de wensen met betrekking tot levenseinde aan bod komen. Deze

gesprekken vallen buiten de registratieperiode (bv. zes weken en drie maanden na opname). In twee van deze woonzorgcentra werden wensen met betrekking tot levenseinde bij sommige bewoners wel reeds aangehaald in het opnamegesprek. In het andere woonzorgcentrum, waarin het afzonderlijk gesprek zes weken na opname plaatsvindt, was dit niet het geval.

Eén woonzorgcentrum geeft aan dat gegevens over achtergrond en identiteit niet altijd te onderscheiden zijn van gegevens m.b.t. toekomstwensen (bv. gewoontes vroeger en wensen met betrekking tot deze gewoontes).

Vaak worden de gesprekken met het oog op verzameling van persoonlijke informatie met familie gevoerd. In gesprekken met familie zijn sommige thema's minder evident (bv. wensen met betrekking tot intimiteit en seksualiteit). Wanneer er geen familie meer is en de bewoner zelf het gesprek niet meer kan voeren, is het soms moeilijk om persoonlijke informatie te weten te komen.

De voorgestelde indicator 'registratie van persoonlijke informatie' levert een perfecte score op voor nagenoeg alle woonzorgcentra (tabel 7). De lat (1 thema m.b.t. levensverhaal/identiteit; 1 thema m.b.t. toekomstwensen) ligt hier duidelijk te laag.

Tabel 7 Score op indicator 1 (1 thema m.b.t. levensverhaal, 1 thema m.b.t. toekomstwensen)

WZC	Aantal thema's = 1/1		Totaal
	Aantal	%	
1	3	<b>100,0</b>	3
2	8	<b>100,0</b>	8
3	9	<b>100,0</b>	9
4	7	<b>87,5</b>	8
5	5	<b>100,0</b>	5
6	8	<b>100,0</b>	8
7	10	<b>100,0</b>	10
8	10	<b>100,0</b>	10
9	10	<b>100,0</b>	10
Totaal	70	<b>98,6</b>	71

Wanneer de norm m.b.t. het aantal thema's waarover informatie geregistreerd is hoger gelegd wordt, daalt het percentage gesprekken dat aan de norm voldoet in de volledige steekproef van nieuwe bewoners als volgt:

Tabel 8 Totaalscore op indicator 1 in functie van de norm m.b.t. het aantal thema's

Minimumnorm	Aantal	%
Aantal thema's = 1/1	70	98,6
Aantal thema's = 2/2	62	87,3
Aantal thema's = 3/3	54	76,1
Aantal thema's = 4/4	41	57,7
Aantal thema's = 5/5	37	52,1
Aantal thema's = 6/6	27	38,0
Aantal thema's = 7/7	1	1,4

Voor de norm van drie thema's m.b.t. levensverhaal en drie thema's m.b.t. toekomstwensen vertalen deze cijfers zich bijvoorbeeld in de volgende scores per woonzorgcentrum: zie tabel 9. Uit de tabel blijkt dat nog zes woonzorgcentra een perfecte score halen.

Tabel 9 Score op indicator 1 (3 thema's m.b.t. levensverhaal, 3 thema's m.b.t. toekomstwensen)

WZC	Aantal thema's = 3/3		Totaal
	Aantal	%	
1	3	<b>100,0</b>	3
2	2	<b>25,0</b>	8
3	3	<b>33,3</b>	9
4	3	<b>37,5</b>	8
5	5	<b>100,0</b>	5
6	8	<b>100,0</b>	8
7	10	<b>100,0</b>	10
8	10	<b>100,0</b>	10
9	10	<b>100,0</b>	10
Totaal	54	<b>76,1</b>	71

### *Administratief*

Aangezien het aantal nieuwe bewoners per jaar beperkt is, kan verwacht worden dat de werklust voor deze indicator aanvaardbaar is. Voor zes woonzorgcentra lijkt dit het geval: Ze schatten dat het verzamelen en registreren van de nodige gegevens 4 tot 15 minuten per bewoner vraagt. Drie woonzorgcentra geven evenwel een veel hogere schatting: tussen 60, 75 en 90 minuten per bewoner. Deze woonzorgcentra werken met de elektronische software Care Solutions en CEVI.

Drie woonzorgcentra geven aan dat de gegevens op korte tijd kunnen gehaald worden uit één onderdeel in het bewonersdossier en verwijzen hierbij naar:

- Een ingescand formulier dat in het elektronisch zorgdossier geplaatst wordt (GERACC, 10 minuten per bewoner)

- Onder aandachtspunten in het woonleefplan van het elektronisch bewonersdossier (GERACC, 4 minuten per bewoner)
- Geen bijkomende uitleg (Care Solutions, 5 minuten per bewoner)

Eén woonzorgcentrum verwijst eveneens naar één onderdeel in het bewonersdossier, maar rapporteert toch een grote tijdsinvestering (Care Solutions, 75 minuten per bewoner).

Drie woonzorgcentra die een eerder aanvaardbare tijdsinvestering opgeven (5, 10 en 15 minuten per bewoner), rapporteren de volgende werkwijze:

- Voor bepaalde gegevens dienen de afdelingen gecontacteerd (CEVI, 5 minuten per bewoner)
- Bepaalde informatie staat onder één aandachtspunt in het zorgdossier, andere informatie onder verschillende aandachtspunten (levensverhaal, ergo-plan, afspraken zorg aan levenseinde, enz.). Bijkomend dient de datum van het opnamegesprek opgevraagd (GERACC, 15 minuten per bewoner).
- De meeste bewoners komen uit het ziekenhuis, waarbij de informatie verzameld werd door de sociale dienst. Pas sinds juni 2019 plaatsen zij deze gegevens zelf in het elektronisch bewonersdossier. De datum van het intakegesprek wordt niet ingegeven (maar komt uit de agenda van de sociale dienst). Elk aandachtspunt in het elektronisch dossier is wel gekenmerkt door de datum waarop het aangemaakt werd. Daarnaast wordt op de eerste dag van opname eveneens gevraagd naar gewoontes door de verpleegkundige/zorgkundige. De gegevens die hieruit komen worden aangevuld in het zorgdossier onder de verschillende aandachtspunten. Deze gegevens worden verder geüpdatet doorheen het verblijf. Er kan evenwel niet meer achterhaald worden welke informatie uit welk gesprek komt. Tot slot voert ook de woonbegeleider een gesprek in de eerste weken van verblijf of wordt een document meegegeven met de familie. Het ingevulde document wordt geüpload in het bewonersdossier onder het aandachtspunt woonbegeleiding. (GERACC, 10 minuten per bewoner).

De twee overige woonzorgcentra die een grote tijdsinvestering opgeven (60 en 90 minuten per bewoner), verklaren dit als volgt:

- De gegevens zijn niet beschikbaar voor bepaalde disciplines en moeten bij verschillende collega's opgevraagd worden (Care Solutions, 60 minuten per bewoner);
- Alle documenten van het bewonersdossier moeten doorgenomen worden om de zorg- en intakegesprekken te filteren uit de andere documenten (CEVI, 90 minuten per bewoner).

### *Voorlopige besluiten bij indicator 1 'Registratie van persoonlijke informatie' op basis van de piloottest*

Bij de definitieve uitwerking van indicator 1 dient rekening gehouden te worden met onderstaande aandachtspunten.

In sommige woonzorgcentra kan de geregistreerde informatie uit het eerste gesprek naderhand niet onderscheiden worden van informatie die later toegevoegd wordt in het bewonersdossier. Wanneer dit het geval is, leidt dit mogelijk tot een overschatting van de indicator wat betreft het aantal thema's waarover informatie geregistreerd werd. Het is aangewezen om verder te onderzoeken in welke mate de historiek van gegevensverzameling beschikbaar en gemakkelijk toegankelijk is in de gebruikte softwaresystemen en hoe dit eventueel kan verbeterd worden. Overleg met de softwareleveranciers voor elektronische bewonersdossiers is hiervoor aangewezen.



In één woonzorgcentrum werd het gesprek bij sommige bewoners lange tijd voor de opname in permanent verblijf gevoerd. Aangezien de overgang van kortverblijf naar permanent verblijf gepaard kan gaan met andere noden en toekomstwensen, is het mogelijk aangewezen het gesprek met betrekking tot (toekomst)wensen opnieuw te voeren.

Wanneer de indicator aangescherpt wordt met betrekking tot het aantal thema's waarover informatie moet verzameld worden, is het aangewezen hierbij niet tot de maximale norm van alle opgesomde thema's te gaan:

- Indien het thema 'wensen m.b.t. het levenseinde' niet aan bod komt, maar het onderwerp vormt van een afzonderlijk vroegtijdig zorgplanningsgesprek een zestal weken na opname is dit een zinvolle manier van werken die niet mag ontmoedigd worden.
- Bepaalde thema's zijn mogelijk voor sommige bewoners niet relevant. Bovendien kan de informatie met betrekking tot het levensverhaal niet altijd eenvoudig onderscheiden worden van de informatie met betrekking tot toekomstwensen.
- Indien het gesprek niet met een bewoner kan gevoerd worden, maar met een mantelzorger, zijn sommige thema's minder evident.

De norm met betrekking tot het aantal thema's waarover persoonlijke informatie verzameld is, moet niet op voorhand vastgelegd worden. Het is de bedoeling om voor deze indicator gedetailleerd te registreren per thema. De aanvangsnorm kan bijgevolg bepaald worden op basis van een eerste volledige dataverzameling bij alle woonzorgcentra, waarbij rekening gehouden wordt met verbeterpotentieel. Volgende overwegingen kunnen hierbij meegenomen worden:

- Een niet-perfecte score op de indicator kan als aanvaardbaar beschouwd worden, gezien er zich uitzonderlijke situaties kunnen voordoen waarbij informatie niet of beperkt kan verzameld worden (bv. bij een bewoner zonder familie).
- De norm met betrekking tot informatie over achtergrond moet niet noodzakelijk dezelfde zijn als de norm met betrekking tot toekomstwensen (bv. gezien het feit dat wensen m.b.t. levenseinde vaak in een afzonderlijk gesprek aan bod komen). Er zijn bovendien nog verschillende andere mogelijkheden om de norm met betrekking tot het aantal thema's te bepalen.

#### 1.5.6.3 *Indicator 2 'Multidisciplinair overleg' in de piloottest*

##### *Inhoudelijk*

Wat onmiddellijk opviel bij de verwerking van de registratieformulieren met betrekking tot de indicator 'multidisciplinair overleg' in de piloottest, is de uiteenlopende invulling van wat onder MDO verstaan wordt in de verschillende woonzorgcentra. De volgende vormen van (multidisciplinair) overleg werden aangehaald:

WZC	Opgenomen in registratie	Niet opgenomen in registratie
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wekelijks MDO met aanwezigheid van CRA en de andere disciplines aanwezig in huis. Per MDO worden gemiddeld 3 bewoners met dementie besproken, volgens nood.</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestructureerd MDO ongeveer 6 weken na opname, waarop familie en huisarts uitgenodigd worden. Andere disciplines kunnen hierop aanwezig zijn of geven hun bevindingen door aan de verantwoordelijke. Daarna worden nieuwe zorgbesprekingen georganiseerd volgens nood. Dit kan ook de vorm van een vroegtijdig zorgplanningsgesprek aannemen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervisies dementie waarop casussen van bewoners met dementie kunnen besproken worden</li> <li>Wekelijks overleg op dienstniveau waarop bewonerscasussen besproken worden, met aanwezigheid van verschillende disciplines op vraag. De neerslag hiervan wordt aangevuld in het digitaal zorgdossier.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maandelijks MDO. Dit is niet echt een bewonersbespreking, maar een teamvergadering waarop vooral praktische en organisatorische zaken worden besproken.</li> <li>Morele beraden waarin meestal één casus over een bewoner met dementie aan bod komt (ongeveer 5 per half jaar).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dagelijkse briefing per afdeling met alle aanwezige medewerkers en een ergotherapeut, waarbij observaties en opmerkingen ingevoerd worden in het dagboek van het elektronisch bewonersdossier.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minstens één MDO per bewoner per jaar, met een extra MDO bij kantelmomenten.</li> </ul>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tweemaal per maand een MDO met een vaste agenda, eventueel aan te vullen met bijzonderheden.</li> </ul>	
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enkele keren per jaar formeel MDO, waarbij alle bewoners minstens 1 keer per jaar besproken worden en waarop de artsen uitgenodigd, maar meestal niet aanwezig zijn.</li> <li>Uitgebreid maandelijks contact tussen huisarts en hoofdverpleegkundige, vaak op dagen dat de huisarts langskomt (maar waarvan het uur meestal niet vaststaat, zodat er niet multidisciplinair kan gewerkt worden).</li> <li>Dagelijkse multidisciplinaire briefingmomenten, waarbij bewoners met aandachtspunten worden besproken en waarvan de neerslag in het bewonersdossier wordt geregistreerd.</li> </ul>	
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wekelijks MDO met vaste kalender, waarop gemiddeld 7 bewoners besproken worden.</li> </ul>	
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wekelijks MDO met vaste kalender, aangevuld met overleg over bewoner met nood of nieuwe opnames. Gemiddeld wordt 1 bewoner per MDO besproken.</li> </ul>	
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het MDO is een multidisciplinair zorggesprek, bij opname en na een zestal weken. Verdere zorggesprekken worden gepland volgens nood, op maat van de bewoner (bv. bij wijzigingen in de toestand van de bewoner, op vraag van de familie, ...). Deze zorggesprekken vinden ongeveer tweemaal per maand plaats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dagelijkse overdracht momenten per afdeling met alle aanwezige zorgverleners waarin de algemene toestand van de bewoners besproken en geëvalueerd wordt.</li> </ul>

De hiernavolgende resultaten van de registratie voor indicator 2 in de piloottest moeten in het licht van de verschillende invulling van het begrip MDO geïnterpreteerd worden. In totaal werden 79% van de bewoners met dementie minstens éénmaal besproken in een MDO in het afgelopen half jaar (tabel 10). In vier woonzorgcentra werden alle bewoners minstens éénmaal besproken, met een gemiddelde van respectievelijk 6,6; 5,7; 2,8 en 1,8 MDO's per bewoner. In drie woonzorgcentra werd slechts de helft van de bewoners minstens éénmaal besproken en was het gemiddeld aantal MDO's per bewoners kleiner dan 1.

Tabel 10 Overzichtstabel MDO en bewoners met dementie

WZC	Aantal en % bewoners minstens 1 MDO	MDO's per bewoner			
		Gemiddeld	SD	Minimum	Maximum
1	7 / 70%	1,3	1,34	0	4
2	9 / 90%	1,6	1,65	0	6
3	5 / 50%	0,5	0,53	0	1
4	5 / 50%	0,5	0,53	0	1
5	10 / 100%	6,6	0,52	6	7
6	10 / 100%	2,8	1,32	1	5
7	10 / 100%	5,7	0,68	4	6
8	10 / 100%	1,8	0,42	1	2
9	5 / 50%	0,9	1,10	0	3
Totaal	71 / 79%	2,4	2,33	0	7

Uit tabel 11 blijkt dat de verpleegkundige of zorgkundige die de persoon dagelijks ondersteunt op elk MDO aanwezig was. In zeven woonzorgcentra waren zo goed als altijd ook minstens twee andere beroepsgroepen aanwezig. In twee woonzorgcentra was dit niet het geval en verliepen minder dan de helft van de multidisciplinaire gesprekken over bewoners in aanwezigheid van drie verschillende beroepsgroepen. In één van beide woonzorgcentra had dit duidelijk te maken met de wijze waarop overleg georganiseerd is (zie overzicht, WZC 2).

In twee woonzorgcentra was er betrokkenheid van de huisarts bij elk MDO waarin de bewoners besproken werden. In vier woonzorgcentra was de huisarts niet betrokken bij meer dan de helft van de MDO's. In vier woonzorgcentra vertaalde de betrokkenheid van de huisarts zich soms in aanwezigheid, met een minimum van 1 op 8 MDO's en een maximum van 1 op 3 MDO's.

Tabel 11 Percentage MDO's voor tien bewoners per woonzorgcentrum die voldoen aan de verschillende vereisten met betrekking tot betrokkenheid en aanwezigheid van disciplines

WZC	Aantal MDO / 10 bewoners	% met verpleeg-of zorgkundige	% minstens 3 disciplines	% huisarts betrokken of aanwezig	% huisarts aanwezig
1	13	100,0	92,3	46,2	30,8
2	16	100,0	12,5	100,0	12,5
3	5	100,0	100,0	40,0	0,0
4	5	100,0	100,0	40,0	0,0
5	66	100,0	100,0	3,0	0,0
6	28	100,0	100,0	64,3	25,0
7	57	100,0	100,0	100,0	0,0
8	18	100,0	100,0	88,9	0,0
9	9	100,0	33,3	77,8	33,3
Totaal	217	100,0	90,3	58,1	7,4

In geen enkel woonzorgcentrum kwam elk thema op elk MDO aan bod (tabel 12). Het thema fysieke gezondheid kwam het vaakst aan bod (in meer dan 8 op 10 MDO's), het thema onbegrepen gedrag het minst vaak (minder dan 4 op 10 MDO's).

Tabel 12 Percentage MDO voor 10 bewoners per woonzorgcentrum waarin de vooropgestelde thema's aan bod kwamen.

WZC	Aantal MDO /10 bewoners	% geluk & welbevinden	% cognitief functioneren	% fysieke gezondheid	% pijn & ongemak	% depressie & angst	% onbegrepen gedrag
1	13	23,1	23,1	61,5	61,5	7,7	38,5
2	16	37,5	6,3	18,8	6,3	18,8	62,5
3	5	20,0	20,0	60,0	0,0	0,0	20,0
4	5	60,0	100,0	80,0	40,0	20,0	60,0
5	66	15,2	100,0	100,0	18,2	7,6	12,1
6	28	39,3	28,6	64,3	39,3	28,6	25,0
7	57	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	56,1
8	18	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3
9	9	100,0	33,3	33,3	44,4	44,4	22,2
Totaal	217	54,4	74,7	82,9	52,1	44,7	38,2

Aangezien de registratie in de piloottest voornamelijk gebaseerd was op verslagen uit de voorbije periode, kan verwacht worden dat er geen neerslag is van thema's die voor een bepaalde bewoner niet relevant waren op het ogenblik dat het MDO plaatsvond.

Wanneer uitsluitend de voorwaarden omtrent frequentie van MDO, aanwezigheid van beroepsgroepen en betrokkenheid van huisarts in rekening gebracht worden, werden slechts 10% van de bewoners voldoende besproken onder de strenge frequentievoorwaarde van vijf MDO's per half jaar (tabel 13). Dit percentage loopt op tot 16,7% bij een frequentievoorwaarde van drie MDO's per half jaar en tot bijna de helft bij een frequentievoorwaarde van één MDO per half jaar. Deze percentages liggen nog ongeveer de helft lager wanneer rekening gehouden wordt met de voorwaarde m.b.t. de zes thema's.

Tabel 13 Totaalscore op indicator 2 in functie van frequentievereisten en besproken thema's

Indicator 2 met voorwaarden: * <i>Vk/zk aanwezig</i> * <i>3 disciplines aanwezig</i> * <i>Betrokkenheid huisarts</i>	Zonder thema-voorwaarden		Alle thema's besproken	
	Aantal	%	Aantal	%
Minstens 5 MDO	9	10,0	3	3,3
Minstens 4 MDO	10	11,1	5	5,6
Minstens 3 MDO	15	16,7	7	7,8
Minstens 2 MDO	26	28,9	13	14,4
Minstens 1 MDO	42	46,7	18	20,0

In de meeste woonzorgcentra liggen de scores op deze indicator laag (tabel 14). Voor het streefdoel van vijf MDO-besprekingen per half jaar, behalen acht woonzorgcentra een nulscore. De nulcores verdwijnen pas wanneer de norm verlaagd wordt tot minimaal één MDO per half jaar. Vanzelfsprekend liggen al deze percentages nog lager wanneer rekening gehouden wordt met de voorwaarde m.b.t. de zes thema's.

Tabel 14 Scores op indicator 2 in functie van frequentievereisten (zonder thema-voorwaarden)

WZC	% >=5 MDO	% >=4 MDO	% >= 3 MDO	% >=2 MDO	% >=1 MDO
1	<b>0,0</b>	0,0	0,0	20,0	<b>40,0</b>
2	<b>0,0</b>	0,0	0,0	10,0	<b>10,0</b>
3	<b>0,0</b>	0,0	0,0	0,0	<b>20,0</b>
4	<b>0,0</b>	0,0	0,0	0,0	<b>20,0</b>
5	<b>0,0</b>	0,0	0,0	0,0	<b>20,0</b>
6	<b>0,0</b>	0,0	50,0	60,0	<b>90,0</b>
7	<b>90,0</b>	100,0	100,0	100,0	<b>100,0</b>
8	<b>0,0</b>	0,0	0,0	60,0	<b>100,0</b>
9	<b>0,0</b>	0,0	0,0	10,0	<b>20,0</b>

### *Administratief*

Aangezien het aantal bewoners waarvoor deze indicator gescoord moet worden behoorlijk kan oplopen (in de grotere woonzorgcentra tussen 50 en 100 bewoners), is de werklast voor registratie van deze indicator aanzienlijk. Schattingen voor het verzamelen van de nodige informatie variëren van 5 tot 20 minuten per bewoner.

Vier woonzorgcentra geven aan dat de informatie terug te vinden is in één onderdeel van het elektronisch bewonersdossier, namelijk:

- Onder het aandachtspunt MDO in het zorgdossier waar alle informatie wordt weggeschreven (GERACC). Dit leidt tot ongeveer 7 minuten per bewoner voor het verzamelen van de informatie (uit één MDO).

De drie overige woonzorgcentra geven geen nadere precisering, maar schatten dat het verzamelen van de informatie 5, 15 en 20 minuten per bewoner in beslag neemt voor een gemiddelde van respectievelijk 2,8; 1,3 en 5,7 MDO's per bewoner. Twee van deze woonzorgcentra gebruiken Care Solutions, het derde GERACC.

Vier woonzorgcentra geven expliciet aan dat de informatie niet terug te vinden is in één onderdeel van het elektronisch bewonersdossier:

- Zorgbespreking met familie en huisarts en vroegtijdige zorgplanningsgesprekken worden beschouwd als MDO. De neerslag hiervan komt respectievelijk onder de aandachtspunten psychosociaal en vroegtijdige zorgplanning terecht in het bewonersdossier (GERACC). Informatieverzameling wordt geschat op 10 minuten per bewoner voor een gemiddelde van 1,6 MDO's per bewoner.
- Van de eigenlijke MDO's is niets terug te vinden in de bewonersdossiers (GERACC). Verslagen zijn vaak beknopt en worden afzonderlijk per afdeling bewaard. Bewonersbesprekingen gebeuren meer in de dagelijkse briefing, waarna observaties en opmerkingen in het elektronisch dag- en nachtboek van de bewoner worden ingevoerd. De tijdsinvestering wordt geschat op 15 minuten per bewoner voor het verzamelen van de informatie uit 1 MDO.
- MDO-verslagen worden niet in het bewonersdossier (Care Solutions) geplaatst, maar dienen opgevraagd bij collega's. Het verzamelen van de informatie vraagt veel opzoekwerk.
- Er was een koppeling nodig tussen het elektronisch bewonersdossier (CEVI) en het administratief dossier. Dit leidde tot een tijdsinvestering van 15 minuten per bewoner voor een gemiddelde van ongeveer 1 MDO.

Twee woonzorgcentra merken op dat de verslaggeving van de MDO's niet gedetailleerd genoeg gebeurde om de nodige gegevens te bekomen.

Wat tenslotte opvalt is dat een aantal woonzorgcentra niet echt een goed zicht lijken te hebben op het aantal keer dat bewoners met dementie aan bod komen in MDO's. Op basis van de schattingen van het aantal MDO's per half jaar, het gemiddeld aantal bewoners met dementie dat in een MDO besproken wordt en het aantal bewoners met dementie die in het woonzorgcentrum verbleven tijdens de registratieperiode, kan een voorspelling gemaakt worden van het gemiddeld aantal MDO's per bewoner. Voor enkele woonzorgcentra correspondeerde deze voorspelling niet met het werkelijk aantal geregistreerde MDO's voor de tien geselecteerde bewoners.

### *Voorlopige besluiten bij indicator 2 'Multidisciplinair overleg' op basis van de piloottest*

De grootste moeilijkheid bij de uitwerking van deze indicator is om een gemene deler te vinden in de uiteenlopende werkwijzen voor multidisciplinair overleg die in de verschillende woonzorgcentra gehanteerd worden, waarbij werkwijzen die niet meteen lijken te stroken met de huidige formulering van de indicator, maar wel hetzelfde doel bereiken en leiden toe een goede (of zelfs betere) kwaliteit van zorg niet mogen resulteren in een nulscore op de indicator.

Volgens de resultaten van de piloottest lijkt het streefdoel van vijf multidisciplinaire overlegmomenten per half jaar voor elke bewoner een onhaalbare vereiste. Ook een norm van drie MDO's per half jaar is mogelijk nog te streng in de aanvangsfase. Deze norm komt evenwel overeen met het Koninklijk Besluit van 9 maart 2014 tot wijziging van het Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004, waarin werd vastgelegd dat er minstens tweemaandelijks een 'pluridisciplinair overleg' georganiseerd moet worden.

Om de aanvangsnorm definitief te bepalen is een nieuwe piloottest aangewezen, waarbij volgende overwegingen gelden:

- In een eerste stap moet het begrip MDO goed afgebakend en gedefinieerd worden. Er moet zeer duidelijk omschreven worden welke vormen van MDO wel of niet meegeteld worden, rekening houdend met alle vormen van MDO en alle andere werkwijzen die hetzelfde doel bereiken.
- De retrospectieve werkwijze die gehanteerd werd in de piloottest is niet de meest geschikte voor meting van deze indicator. Essentieel voor de indicator is dat minstens stilgestaan wordt bij alle aangegeven thema's voor elke bewoner met dementie (waarbij het niet van belang is of er op dat moment iets nieuws te vertellen valt). Aangezien de registratie in de piloottest gebaseerd was op verslagen uit de voorbije periode, kan verwacht worden dat er geen neerslag was van thema's die voor een bepaalde bewoner op dat ogenblik niet relevant was (zelfs wanneer dit thema onder de aandacht gebracht werd).
- 'Real time' meting van de indicator, waarbij gebruik gemaakt kan worden van de vooropgestelde lijst van thema's (bv. in de vorm van een checklist) is nodig om een realistische aanvangsnorm (met verbeterpotentieel) te bepalen. Hierbij moet erover gewaakt worden dat het invullen van de lijst niet louter een administratieve formaliteit wordt.

#### 1.5.6.4 Indicator 3 'vormingsplan' in de piloottest

##### *Inhoudelijk*

Acht woonzorgcentra hebben een vormingsplan gericht op zorg voor personen met dementie. Eén van deze woonzorgcentra geeft aan dat het eerder een vormingskalender betreft.

Zes woonzorgcentra stelden het vormingsplan voor het eerst op in de afgelopen vijf jaar. Slechts één woonzorgcentrum startte reeds in 2006. Zes woonzorgcentra pasten hun vormingsplan recent aan, de helft hiervan in het huidige kalenderjaar, de andere helft vorig jaar.

In drie woonzorgcentra wordt het vormingsplan jaarlijks aangepast en in één woonzorgcentrum enkele keren per jaar (tweemaandelijks). De meeste woonzorgcentra geven aan dat het vormingsplan kan aangevuld worden met bijkomende vormingen volgens nood en aanbod. In twee woonzorgcentra wordt het vormingsplan niet aangepast in een vast ritme, maar vooral indien nodig.

In drie woonzorgcentra zijn alle opgesomde thema's opgenomen in het vormingsplan. Eén woonzorgcentrum nam zes thema's op, een ander vijf en de overige drie woonzorgcentra vier (tabel 15a).

De thema's onbegrepen gedrag en bejegening zijn opgenomen in het vormingsplan van alle woonzorgcentra (tabel 15b). De thema's cognitief functioneren en pijn en ongemak komen voor in het vormingsplan van zes woonzorgcentra, de thema's geluk en welbevinden, depressie en angst en vroegtijdige zorgplanning in vijf en het thema relatie met mantelzorgers in de helft van de woonzorgcentra. Het thema fysieke gezondheid komt het minst aan bod (drie woonzorgcentra). Door

één woonzorgcentrum werden nog andere thema's aangehaald, waaronder psychofarmacagebruik en belevingsgerichte zorg.

Tabel 15a-b Thema's in het vormingsplan

WZC	Aantal thema's	Thema's	Aantal WZC
1	/	Onbegrepen gedrag	8
2	4	Bejegening	8
3	4	Cognitief functioneren	6
4	4	Pijn en ongemak	6
5	5	Geluk en welbevinden	5
6	9	Depressie en angst	5
7	6	Vroegtijdige zorgplanning	5
8	9	Relatie met mantelzorgers	4
9	9	Fysieke gezondheid	3
Gemiddeld	6,3		

Het zorgpersoneel vormt de voornaamste doelgroep van de vorming, maar ook het logistiek personeel en mantelzorger(s) worden in zes woonzorgcentra genoemd (tabel 16). In de helft van de woonzorgcentra is de directie een doelgroep. Twee woonzorgcentra vermelden vrijwilligers als bijkomende doelgroep.

Tabel 16 Doelgroepen van vorming

Doelgroep	Aantal
Zorgpersoneel	8
Logistiek personeel	6
Mantelzorger(s)	6
Directie	4

Qua vormingstypes gaat het vooral over opleiding door externen, zelf vorming geven en intervisiegroepen (tabel 17). Ook de werkmethoden 'coaching/on the job learning' en reflectie-momenten worden gehanteerd in vijf woonzorgcentra. Eén woonzorgcentrum geeft aan in de toekomst met E-learning te willen werken.



Tabel 17 Vormingstypes

Vormingstypes	Aantal
Opleiding door externen	7
Zelf vorming geven	7
Intervisiegroepen	7
Coaching / on the job learning	5
Reflectiemomenten	5

Vormingsplannen worden ingevuld op basis van:

- Noden ervaren tijdens de dagelijkse werking, situaties op de werkvloer
- Op vraag van medewerkers (individuele wensen en behoeften)
- (Gewijzigde) wettelijke vereisten
- Actuele onderwerpen, bv. in het kader van bepaalde projecten die opgestart worden (bv. project rond intimiteit en seksualiteit bij ouderen in woonzorgcentra)

Vormingsnoden worden gedetecteerd door:

- Individuele bevraging van medewerkers, coördinatoren en diensthoofden, referentiegroepen (bv. via functioneringsgesprekken)
- Bevraging op overlegmomenten van verschillende werkgroepen (bv. via een vast agendapunt)

*Voorlopige besluiten bij indicator 3 'Vormingsplan' op basis van de piloottest*

Voorstel is om de indicator 'Vormingsplan' uit te werken als een samengestelde indicator, waarbij de score bijvoorbeeld bepaald wordt door aanwezigheid en regelmatige aanpassing van het vormingsplan, het aantal expliciet opgenomen thema's in het voorbije jaar (uit een vooropgestelde lijst), de doelgroepen waarop het vormingsplan zich richtte, vormingstypes en de aanwezigheid van een gestructureerde aanpak voor detectie van vormingsnoden. De precieze invulling van deze voorwaarden moet nog verder uitgewerkt worden. Indien de informatie voor deze indicator gedetailleerd opgevraagd wordt, kan de aanvangsnorm bepaald worden op basis van een eerste volledige dataverzameling bij alle woonzorgcentra en gaandeweg aangescherpt worden.

Toepassing op de piloottest, zou bijvoorbeeld tot de volgende uitwerking kunnen leiden:

- Aanwezigheid van een vormingsplan (1 punt)
- Minimaal jaarlijkse aanpassing, met datum (1 punt)
- Thema's in het vormingsplan, bv. minimaal zes uit een vooropgestelde lijst van belangrijke thema's (0,5 tot 3 punten)
- Doelgroepen in het vormingsplan, bv. minimaal twee uit een vooropgestelde lijst (0,5 tot 1 punt)
- Vormingstypes in het vormingsplan, bv. minimaal twee uit een vooropgestelde lijst (0,5 tot 1 punt)
- Gedocumenteerde aanpak voor detectie en identificatie van vormingsnoden (1 punt)
- Maximum 8 punten

Tabel 18 Benaderende berekening van een samengestelde voorbeeldindicator 'vormingsplan'

WZC	Datum aanmaak	Datum aanpassing	Thema's	Doel- groepen	Detectie	Vorming	Totaal	Indicator
1	0	0	0	0	0	0	0	0,0
2	1	?	2	1	?	1	5	62,5
3	1	?	2	1	1	1	6	75,0
4	1	1	2	1	1	1	7	87,5
5	1	1	2,5	1	1	1	7,5	93,8
6	1	?	3	1	1	1	7	87,5
7	1	?	3	1	?	1	6	75,0
8	1	1	3	1	?	1	7	87,5
9	1	1	3	1	?	1	7	87,5

### 1.5.7 Terugkoppeling van de resultaten

Alle woonzorgcentra die deelnamen aan de piloottest, ontvingen een korte feedbackfiche met de voornaamste resultaten op de indicatoren (zie [bijlage 6](#) voor een voorbeeldfeedbackfiche)

Bovendien werden de woonzorgcentra uit de piloottest samen met de woonzorgcentra die deelnamen aan het expertenpanel uitgenodigd voor een terugkoppelingsmoment. De resultaten van de piloottest werden voorgesteld aan de hand van een presentatie en besproken met de vijf aanwezige woonzorgcentra (drie uit de piloottest en twee uit het expertenpanel). Hieronder worden de voornaamste besluiten uit dit gesprek weergegeven.

#### 1.5.7.1 Bijkomende bemerkingen aangaande de afbakening van de groep van personen met dementie in woonzorgcentra

Voorlopig is het aangewezen voor de afbakening van de groep van bewoners met dementie te werken met twee criteria: Alle personen met D/Cd-forfait *of* een diagnostisch bilan worden opgenomen in de noemer. Toevoeging van bewoners zonder D/Cd maar met diagnostisch bilan, maakt een extra stap nodig bij het bepalen van de noemers voor de indicatoren. Volgens de aanwezige woonzorgcentra zou dit evenwel niet complex zijn en dus een beperkte impact op de tijdsinvestering hebben.

Op termijn is het nodig dat er meer eenduidigheid komt in de toekenning van de juiste forfaits. Hiertoe kan het interessant zijn om een bijkomende indicator te formuleren: *Het percentage personen met Cd-forfait zonder diagnostisch bilan* (gezien het belang van medische opvolging bij dementie, maar bij de bepaling van een norm hiervoor in acht nemend dat het niet voor elke bewoner aangewezen is om een uitgebreid medisch onderzoek te ondergaan).

#### 1.5.7.2 *Bijkomende bemerkingen aangaande indicator 1: 'Registratie van persoonlijke informatie'*

Een voorstel is om voor deze indicator eerder continu te registreren dan op een vaste registratiedatum. Het forfait wordt bepaald bij elke nieuwe opname. Na een maand wordt nagegaan voor bewoners met D/Cd-forfait die nog steeds hetzelfde forfait hebben over welke thema's met betrekking tot levensverhaal en toekomstwensen informatie geregistreerd is.

Dit voorstel komt tegemoet aan twee bekommernissen met betrekking tot indicator1:

- Gegevens die na de eerste maand toegevoegd zijn, kunnen niet altijd onderscheiden worden van de informatie die in het opnamegesprek geregistreerd werd. Bij registratie voor de indicator één maand na opname, heeft dit geen belang.
- Bewoners wijzigen regelmatig van forfait (kort) na opname. In dit voorstel worden bewoners die met D/Cd binnenkomen, maar nadien wijzigen van forfait uitgesloten. Bewoners die met een ander forfait binnenkomen, maar overgaan naar D/Cd worden niet meegenomen.

#### 1.5.7.3 *Bijkomende bemerkingen aangaande indicator 2: 'Multidisciplinair overleg'*

Voor indicator 2 wordt nogmaals benadrukt dat het nodig is om de definitie van multidisciplinair overleg heel zuiver te krijgen. Op basis van de informatie die verzameld werd in de piloottest kan een voorstel gemaakt worden met betrekking tot de invulling van MDO (welke werkwijzen passen hierin, welke niet). Hierbij is het belangrijk om het onderscheid te maken tussen het dagelijkse overleg dat gaat over de uitvoering van een zorgplan en het multidisciplinaire reflectiemoment dat aan de basis van de afspraken in het zorgplan ligt. Via een bredere bevraging in de sector kan nagegaan worden of de uitgewerkte definities een eenduidige afbakening mogelijk maken.

Ook voor andere aspecten van de indicator is het nodig om scherper af te bakenen, bv. wat betreft de betrokkenheid van de huisarts. Belangrijk is dat het gaat om betrokkenheid vooraf. Bijkomend stelt zich de vraag welke effectieve elementen nodig zijn om eenduidig te bepalen of er al dan niet sprake is van betrokkenheid. Er moet ook nagegaan worden hoe gemakkelijk dit kan worden afgebakend binnen de bestaande werkwijzen in de woonzorgcentra. Hierbij dient beklemtoond dat betrokkenheid een minimumvoorwaarde is en aanwezigheid het streefdoel blijft. Het is aangewezen dat dit onderscheid zichtbaar blijft.

Om tot meer betrouwbare cijfers te komen voor indicator 2 is het nodig met de uitgewerkte definities opnieuw te meten. Een voorstel is om deze meting in eerste instantie uit te voeren op dezelfde steekproef van 10 bewoners in de woonzorgcentra uit de piloottest. Om ook een meting te kunnen uitvoeren van de aandacht voor de verschillende thema's lijkt het evenwel aangewezen om eveneens een meer uitgebreide, real-time piloottest over zes maanden uit te voeren, waarbij de lijst van thema's als hulpmiddel voor registratie kan fungeren.

#### 1.5.7.4 *Bijkomende bemerkingen aangaande indicator 3: 'Vormingsplan'*

Bij het uitwerken van een samengestelde indicator 'vormingsplan' moet in eerste instantie nagegaan worden wat het gewicht van de verschillende aspecten (thema, doelgroepen, enz.) kan zijn, zodat een indicator met verbeterpotentieel bekomen wordt. Tevens kan het nodig zijn om een exhaustieve lijst op te stellen van bepaalde aspecten.

## 1.7 Definities, werkwijze en vervolgstappen

In deze paragraaf wordt een eerste aanzet gegeven voor de uitwerking van een definitie voor indicator 1 'Registratie van persoonlijke informatie' en indicator 2 'Multidisciplinair overleg'. Daarnaast wordt ingegaan op mogelijke werkwijzen voor meting van de drie voorgestelde indicatoren, vervolgstappen en eventuele beperkingen.

### 1.7.1 Indicator 1: 'Registratie van persoonlijke informatie'

#### 1.7.1.1 Definitie

Teller:

Aantal bewoners uit de noemer waarbij op basis van een gesprek met de bewoner en/of zijn mantelzorger(s) voor aanvang of tijdens de eerste maand van het verblijf relevante persoonlijke informatie geregistreerd werd over minimaal [x + y] verschillende thema's, waaronder [x] thema's m.b.t. levensverhaal en identiteit en [y] thema's m.b.t. (toekomst)wensen

Noemer:

Totaal aantal bewoners met D of Cd-forfait en/of gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier tijdens de volledige eerste maand van hun verblijf in het woonzorgcentrum die op de referentiedatum voor de indicator minstens 1 maand en hoogstens 13 maanden geleden opgenomen werden in permanent verblijf

#### *Motivering vanuit een persoonsgerichte benadering*

De indicator 'Registratie van persoonlijke informatie' geeft een indicatie van de aandacht die in het woonzorgcentrum besteed wordt aan persoonlijke informatie die afgestemde zorg voor een bewoner met dementie mogelijk maakt.

Om te weten wat iemand vandaag nodig heeft, is het belangrijk te weten wie iemand was en wat hij/zij verlangt voor de toekomst. Hierbij is het niet de bedoeling om zondermeer vast te houden aan het verleden, maar de zorg af te stemmen op de identiteit van de persoon vandaag en wie hij morgen wil zijn. Kennis van persoonlijke informatie m.b.t. psychosociale, socioculturele en spirituele achtergrond en toekomstwensen vormt aldus de basis voor persoonsgerichte en afgestemde zorg en kan op die wijze bijdragen tot een optimale kwaliteit van leven.

Het is belangrijk om snel te beschikken over deze persoonlijke informatie als basis voor afgestemde zorg. Gesprekken met het oog op registratie van persoonlijke informatie moeten derhalve plaatsvinden voor aanvang (bij voorkeur) of tijdens de eerste maand van het verblijf in het woonzorgcentrum. Deze gesprekken worden gevoerd met de bewoner en/of zijn mantelzorger(s) en resulteren in registratie van persoonlijke informatie met betrekking tot het levensverhaal van de bewoner en zijn/haar toekomstwensen.

### 1.7.1.2 Voorgestelde werkwijze

#### *Bepaling van de noemer*

De indicator wordt jaarlijks opgevraagd voor alle bewoners met D of Cd-forfait en/of een gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier die op de referentiedatum minstens één maand en hoogstens 13 maanden in het woonzorgcentrum verblijven.

Hoewel de persoonlijke informatie bij voorkeur gekend is voor aanvang van het verblijf, wordt bij het meten van de indicator één maand tijd gelaten voor het gesprek en de registratie ervan.

Voor indicator 1 wordt voorgesteld om continu te registreren. De volgende werkwijze kan worden gehanteerd voor bepaling van de noemer:

- Bij elke nieuwe opname in het woonzorgcentrum wordt het forfait of de aanwezigheid van een gespecialiseerd diagnostisch bilan bepaald. Bewoners met D/Cd-forfait en/of een diagnostisch bilan in het medisch dossier worden geïncludeerd.
- Voor de bewoners die precies één maand na opname nog steeds binnen de inclusiecriteria vallen, worden gegevens verzameld voor de teller van de indicator.

#### *Bepaling van de teller*

Voor elke nieuwe bewoner die binnen de inclusiecriteria voor de noemer valt, worden de volgende gegevens bepaald, precies één maand na opname van de bewoner in permanent verblijf in het woonzorgcentrum:

- De datum waarop de bewoner in permanent verblijf opgenomen werd in het woonzorgcentrum;
- De datum(s) waarop het/de gesprek(ken) met de bewoner en/of mantelzorgers met het oog op registratie van persoonlijke informatie plaatsvond(en);
- De thema's waarover persoonlijke informatie geregistreerd werd aan de hand van een registratieformulier of overzichtstabel per bewoner met de volgende vooropgestelde thema's:
  - Wie was/is de persoon (levensverhaal-identiteit)?
    - Persoonlijkheid/waarden
    - Familiale achtergrond
    - Relaties
    - Seksualiteit
    - Gewoontes
    - Werk
    - Tijdsbesteding/hobby's
    - Geloof/spiritualiteit
  - Wat wenst de persoon vandaag en voor de toekomst?
    - Wensen op vlak van persoonlijke waarden
    - Wensen op vlak van familie en relaties
    - Wensen op vlak van intimiteit en seksualiteit
    - Wensen op vlak van gewoontes
    - Wensen op vlak van tijdsbesteding
    - Wensen op vlak van geloof en spiritualiteit
    - Wensen met betrekking tot levenseinde.

De gedetailleerde meting van geregistreerde informatie per thema laat de woonzorgcentra toe te visualiseren in welke mate aandacht besteed is aan de verschillende thema's en hierin op eigen tempo te evolueren naar kwaliteitsverbetering.

De aanvangsnorm met betrekking tot het aantal thema's waarvoor informatie geregistreerd is, wordt voorlopig vastgelegd op twee thema's, waaronder één thema met betrekking tot levensverhaal en identiteit en één thema met betrekking tot toekomstwensen. Deze norm wordt gaandeweg aangescherpt, mogelijk reeds na een eerste algemene meting van de indicator bij alle woonzorgcentra.

#### 1.7.1.3 *Vervolgstappen*

Alvorens de geschetste werkwijze toe te passen is het aangewezen om een elektronisch hulpmiddel te ontwikkelen voor continue registratie bij nieuwe opnames. Het excel-registratieformulier dat in de piloottest gebruikt werd, kan hiervoor als basis dienen. De ontwikkeling van dit hulpmiddel gebeurt bij voorkeur in samenspraak met de softwareleveranciers van de elektronische zorgdossiers.

#### 1.7.1.4 *Beperkingen*

De indicator 'registratie van persoonlijke informatie' geeft een indicatie van de aandacht die in het woonzorgcentrum besteed wordt aan persoonlijke informatie die afgestemde zorg voor een bewoner met dementie mogelijk maakt, maar heeft ook een belangrijke beperking. Het meedelen en registreren van persoonlijke informatie moet immers een continu proces zijn, zodat dagdagelijks kan worden ingespeeld op (wisselende) noden en wensen.

Deze beperking wordt deels opgevangen in de indicator 'multidisciplinair overleg'. Dementie is geen chronische zorg, maar acute zorg waarbij continue evaluatie en bijsturing van de zorg noodzakelijk is. Inspelen op wisselende noden en wensen met het oog op een optimale kwaliteit van leven van de persoon met dementie vormt hiervan een onderdeel en dient deel uit te maken van een regelmatige multidisciplinaire bespreking.

### 1.7.2 Indicator 2: 'Multidisciplinair overleg'

#### 1.7.2.1 *Definitie*

Teller:

Aantal bewoners met dementie die in de afgelopen zes maanden minstens [x] maal besproken werden in een multidisciplinair overleg waarbij vertegenwoordigers van minstens drie disciplines aanwezig waren, waaronder de zorgverlener die de persoon dagelijks ondersteunt (verpleeg- of zorgkundige), waarbij er minimaal betrokkenheid was van de huisarts, en waarin minimaal de volgende thema's onder de aandacht gebracht werden: geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, onbegrepen gedrag.

Noemer:

Totaal aantal bewoners met D of Cd-forfait en/of gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier die gedurende de volledige periode van zes maanden voor de referentiedatum voor de indicator in het woonzorgcentrum verbleven.

#### *Motivering vanuit een persoonsgerichte benadering*

Persoonsgerichte zorg voor bewoners met dementie in woonzorgcentra vereist een professionele, geïntegreerde benadering van een complexe problematiek die zich uit in verschillende levensdomeinen. Om deze geïntegreerde benadering mogelijk te maken is multidisciplinair of interdisciplinair teamwork essentieel (Schols & Kardol, 2017).

Het multidisciplinair overleg (MDO) wordt in de eerste plaats georganiseerd om een goede afstemming van zorg op (de noden en wensen van) de bewoner met dementie te bereiken met het oog op een optimale kwaliteit van leven. De zorg voor een bewoner met dementie start met een geïntegreerd zorgplan, opgemaakt op basis van een grondige beoordeling van relevante bio-psychosociale factoren en in samenspraak met de bewoners en/of zijn/haar voornaamste mantelzorger(s). De uitvoering en bijsturing van het zorgplan is de verantwoordelijkheid van de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorg in het woonzorgcentrum. De kwaliteit van zorg hangt hierbij niet alleen af van de individuele disciplines, maar vooral van de mate waarin afstemming op de noden van de bewoner gerealiseerd wordt door een geïntegreerde aanpak. Gezien de snelle evolutie in dementie kan deze afstemming alleen voldoende bereikt worden bij zeer regelmatige multidisciplinaire bespreking van de persoon.

De zorgverlener (zorgkundige of verpleegkundige) die dagelijks in relatie treedt met de persoon met dementie en zicht heeft op de wisselwerking tussen het fysieke, psychosociale en cognitieve functioneren van de persoon vormt hierbij de spilfiguur. Dementie blijft evenwel een ziekte die bovendien snel evolueert. Voldoende bespreking van de bewoner in samenspraak met een (huis)arts met medische kennis en expertise zijn bijgevolg absoluut noodzakelijk om een optimale kwaliteit van leven van personen met dementie te bereiken. Bij voorkeur is de huisarts aanwezig op het multidisciplinair teamoverleg.

De bespreking van de bewoner moet niet uitsluitend gericht zijn op noden en beperkingen die met dementie gepaard gaan, maar uitgaan van mogelijkheden en wensen. Het is bijgevolg uiterst belangrijk om het thema geluk en welbevinden expliciet op te nemen in het multidisciplinair overleg. Dit thema gaat over aandacht voor kleine dagelijkse dingen die inspelen op persoonlijke voorkeuren en wensen en die bijdragen tot een genormaliseerd leven in het woonzorgcentrum en een gevoel van autonomie.

Veranderingen in het cognitieve en fysieke functioneren kunnen een aanzienlijke impact hebben op de kwaliteit van leven van personen met dementie. Regelmatige bespreking van (veranderingen in) het cognitieve functioneren en de fysieke gezondheid maken het mogelijk om deze veranderingen op te volgen en te vertalen in een zorgdiagnose gericht op behoud en verbetering van het actuele functioneringsniveau en een maximale levenskwaliteit.

Pijn is een belangrijk en onderbelicht probleem bij dementie. Het risico op niet gedetecteerde en onbehandelde pijn is aanzienlijk en verhoogt naarmate de persoon zich in een later stadium van dementie bevindt. Aandacht voor pijn en ongemak maken afgestemde interventies en behandelingen mogelijk en kunnen de kwaliteit van leven van personen met dementie in een later stadium aanzienlijk verhogen.

Psychiatrische symptomen zoals depressie en angst komen vaak voor bij personen met dementie. Ze vormen een belangrijke bron van invaliditeit en ongemak en hebben een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. Regelmatige aandacht voor tekenen van depressie en angst kan leiden tot afgestemde zorg en een verhoogde kwaliteit van leven voor de persoon met dementie

Personen met dementie kunnen niet altijd uiten welke noden en problemen ze ervaren. Dit leidt soms tot onbegrepen gedrag dat moeilijk te hanteren kan zijn en ook voor de persoon zelf een belangrijke bron van invaliditeit, onrust en ongemak betekent, met een aanzienlijke negatieve impact op de kwaliteit van leven. Aandacht voor de uitlokkende, versterkende en beïnvloedende factoren van onbegrepen gedrag, maakt gepaste (psychosociale) interventies mogelijk en leidt tot beter afgestemde zorg en een verhoogde kwaliteit van leven.

### *Motivering vanuit de wettelijke bepalingen*

In het Decreet betreffende de woonzorg van 15 februari 2019 (Afdeling 4, artikel 34) zijn o.a. de volgende opdrachten voor het woonzorgcentrum vermeld:

- Multidisciplinaire zorg en ondersteuning aanbieden op het vlak van a) persoonsverzorging, paramedische en verpleegkundige zorg en b) psychosociale, agogische en existentiële ondersteuning
- Ervoor zorgen dat voor elke gebruiker een voor zorgverleners toegankelijk woonzorgleefplan wordt opgemaakt dat permanent wordt bijgewerkt en afgestemd is met de gebruiker, met als doel de zorg en ondersteuning aan de gebruiker continu, persoonsgericht en op maat te laten verlopen in functie van zijn evoluerende zorg- en ondersteuningsvraag.

Het multidisciplinair overleg dient gericht te zijn op het vervullen van deze opdrachten en kan gedefinieerd worden als een reflectiemoment waarbij kennis en deskundigheid vanuit meerdere disciplines of beroepsgroepen gecombineerd ingezet wordt met het oog op het opstellen van een geïntegreerd woonzorgleefplan dat optimaal afgestemd is op noden van de bewoner.

In het Koninklijk Besluit van 9 maart 2014 tot wijziging van het Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004 is bovendien (opnieuw) vastgelegd dat er minstens tweemaandelijks een pluridisciplinair overleg georganiseerd moet worden, waarbij het de taak van de hoofdverpleegkundige is om deze organisatie op zich te nemen:

- In samenspraak met de hoofdverpleegkundige(n) staat de coördinerend en raadgevend arts in voor de volgende taken:
  - Zorggerelateerde taken:
    - Het pluridisciplinair overleg organiseren dat minstens om de twee maanden plaatsvindt; de zorgverstrekkers verbonden aan de instelling nemen hieraan deel en de behandelende artsen worden uitgenodigd;
- De hoofdverpleegkundige(n) moet(en) de volgende taken vervullen:
  - De pluridisciplinaire werking van het verpleegkundig en paramedisch personeel, personeel voor reactivering, de kinesitherapeuten en de zorgkundigen coördineren.

Op basis van deze bepalingen kan gesteld worden dat het multidisciplinair overleg minstens driemaal per half jaar moet plaatsvinden.

#### *1.7.2.2 Voorgestelde werkwijze*

##### *Bepaling van de noemer*

De indicator wordt jaarlijks opgevraagd voor alle bewoners met D of Cd-forfait en/of een gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier die gedurende de volledige periode van zes maanden voor de referentiedatum in het woonzorgcentrum verbleven. De registratie wordt tot zes maanden beperkt gezien de eerder korte gemiddelde verblijfsduur van personen met dementie in het woonzorgcentrum.

De volgende werkwijze kan worden gehanteerd voor bepaling van de noemer:

- De lijst van bewoners met D/Cd-forfait en/of gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier wordt getrokken voor de referentiedatum en voor de begindatum van de meetperiode, d.i. precies zes maanden voor de referentiedatum.
- Voor bewoners die op beide lijsten voorkomen, worden gegevens verzameld voor de teller van de indicator.



### *Bepaling van de teller*

De indicator betreft het aantal bewoners waarvoor een bespreking plaatsvond tijdens een overleg met multidisciplinaire samenstelling en interdisciplinaire werking (MDO). Het MDO dient opgevat te worden als een reflectiemoment waarbij kennis en deskundigheid vanuit meerdere disciplines of beroepsgroepen gecombineerd ingezet wordt met het oog op geïntegreerde zorgplanning en optimale afstemming van zorg op de noden van een bewoner met dementie.

Op basis van de wettelijke bepalingen wordt de minimumnorm met betrekking tot de frequentie van het multidisciplinair overleg per bewoner op drie MDO per half jaar gelegd. Gezien de sterke evolutie in dementie, blijft het streefdoel evenwel een quasi maandelijks overleg (vijf MDO per zes maanden).

Voor de bepaling van de teller zijn de volgende voorwaarden van tel:

- Voorwaarden met betrekking tot disciplines
  - Aanwezigheid van vertegenwoordigers van minimaal drie disciplines of beroepsgroepen: (hoofd)verpleegkundige, zorgkundige, huisarts/CRA, arts-specialist, ergotherapeut, kinesitherapeut, psycholoog, muziektherapeut, palliatief coördinator, sociale dienst, enz.
  - Minimale aanwezigheid van de verpleegkundige of zorgkundige die de persoon dagdagelijks ondersteunt.
  - Minimale betrokkenheid van de huisarts bij voorkeur door aanwezigheid op het overleg, minimaal via consultatie voorafgaand aan het multidisciplinair overleg waarop de bewoner besproken wordt. Deze consultatie vooraf gebeurt op initiatief van het woonzorgcentrum en kan de vorm aannemen van:
    - Een telefonisch overleg met de zorgmedewerker in het woonzorgcentrum, betrokken bij de zorg voor de bewoner en verantwoordelijk voor de organisatie van het MDO (bv. de hoofdverpleegkundige of CRA)
    - Schriftelijke input ter voorbereiding van de bespreking in het MDO. De huisarts antwoordt hierbij op eventuele vragen vanuit het woonzorgcentrum en wordt gevraagd zelf informatie aan te reiken op basis van zijn/haar contact met de bewoner.
- Voorwaarden met betrekking tot thema's:
  - Thema's die minimaal aan bod moeten komen zijn: geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, (oorzaken van) onbegrepen gedrag.
  - Niet elk thema moet voor elke bewoner uitgebreid besproken zijn, maar wordt op zijn minst onder de aandacht gebracht om te vermijden dat belangrijke kantelmomenten gemist worden.
  - Om aan deze voorwaarde van de indicator te kunnen voldoen en te kunnen registreren of er aandacht was voor een bepaald thema voor een bepaalde bewoner moet elk thema standaard op de agenda staan.

Voor elke bewoner die binnen de inclusiecriteria van de noemer valt, wordt bepaald:

- Het aantal MDO die voldoen aan bovenstaande voorwaarden met betrekking tot aanwezigheid en/of betrokkenheid van disciplines en met betrekking tot de vooropgestelde thema's.

De registratie hiervan kan gebeuren aan de hand van een registratieformulier of overzichtstabel per bewoner, naar analogie met het excel-registratieformulier uit de pilootstudie. Door gedetailleerde registratie per thema, kan de aandacht die aan specifieke thema's wordt besteed, zichtbaar gemaakt worden. Op basis hiervan kunnen eventueel sub-indicatoren per thema geformuleerd worden.

Eenduidige registratie kan worden bevorderd door afbakening van gangbare overlegvormen en werkwijzen in de woonzorgcentra op basis van bovenstaande definities en voorwaarden.

Derhalve, onder MDO wordt verstaan:

- Een multidisciplinair overleg waarop gereflecteerd wordt over de zorg voor enkele tot alle bewoners met het oog op een geïntegreerd zorgplan en dat wekelijks, tweemaal per week, tweewekelijks, maandelijks, ... met een vaste kalender plaatsvindt;
- Een (quasi) dagelijks multidisciplinair overleg waarop gereflecteerd wordt over de zorg voor één tot enkele bewoners met het oog op een geïntegreerd zorgplan. Een dergelijke werkwijze gaat meestal samen met planning van het MDO op maat van de bewoner;
- Onregelmatig georganiseerd multidisciplinair overleg op maat van de bewoner, bv. bij kantelmomenten. Dit kan de vorm aannemen van een bespreking van (een) bewonerscasus(sen), maar moet steeds gericht zijn op geïntegreerde zorgplanning;
- Wanneer in bovenstaande multidisciplinaire overlegvormen slechts één bewoner besproken wordt, kan de bewoner en/of een mantelzorger deelnemen aan het gesprek.

Voor deze overlegvormen geldt dat ze in aanmerking komen voor registratie voor indicator 2 'multidisciplinair overleg' indien voldaan is aan de bijkomende voorwaarden met betrekking tot disciplines en thema's

Mogelijke werkwijzen en overlegmomenten die niet onder MDO vallen zoals hierboven gedefinieerd, zijn:

- Briefingmomenten die eerder gaan over de algemene toestand van de bewoner en de dagelijkse uitvoering van het zorgplan, met overdracht tussen zorgverleners als voornaamste doel;
- Intervisies en besprekingen van bewonerscasussen met het oog op vorming van medewerkers, eerder dan zorgplanning.

### 1.7.2.3 *Vervolgstappen*

Om de bepaling van de teller voor indicator 2 verder op punt te stellen, zijn een aantal vervolgstappen aangewezen:

- Via een bredere bevraging in de sector kan worden nagegaan of de uitgewerkte definities werkbaar zijn en leiden tot een eenduidige afbakening van multidisciplinair overleg.
- Mogelijk kan op de steekproef van bewoners uit de piloottest een nieuwe betrouwbare meting met de uitgewerkte definities van indicator 2 uitgevoerd worden om op basis hiervan een realistische aanvangsnorm met betrekking tot het aantal MDO-besprekingen per bewoner op te stellen.
- Om bovendien een meting te kunnen uitvoeren van de aandacht voor de vooropgestelde thema's kan een nieuwe, meer uitgebreide real-time piloottest over zes maanden uitgevoerd worden, waarbij de lijst van thema's als leidraad kan fungeren. Hierbij is het aangewezen om een elektronisch hulpmiddel te ontwikkelen voor registratie tijdens het MDO, naar analogie met het Excel-registratieformulier uit de pilootstudie.

#### 1.7.2.4 *Beperkingen*

De indicator rond multidisciplinair overleg geeft een indicatie van een benadering waarin gestreefd wordt naar coherente, geïntegreerde, afgestemde en persoonsgerichte zorg, met het oog op het bereiken van een optimale levenskwaliteit voor elke bewoner.

Het is evenwel belangrijk dat een multidisciplinaire bespreking actiegericht is en dat de bewoner met dementie en/of mantelzorger betrokken is bij de aanpassingen in het woonzorgleefplan in aansluiting hierop. Inspraak bij de opstelling van het zorgplan en de opstart van interventies of behandelingen zorgen voor een gevoel van autonomie en afgestemde zorg die als zinvol ervaren wordt. Deze aspecten worden niet gevat in de indicator. Op termijn kan hiertoe een bijkomende indicator geformuleerd worden met betrekking tot persoonsgerichte zorgplanning en de rol van bewoners en mantelzorgers in dit proces.

#### 1.7.3 Indicator 3: 'Vormingsplan'

##### 1.7.3.1 *Voorgestelde werkwijze*

Voor de indicator 'Vormingsplan' wordt voorgesteld de indicator uit te werken als een samengestelde indicator. De precieze invulling van de indicator en het gewicht van de verschillende deelaspecten ten opzichte van de totaalscore moet nog verder uitgewerkt worden.

Het is aangewezen de informatie voor deze indicator gedetailleerd op te vragen. De aanvangsnorm kan dan bepaald worden op basis van een eerste volledige dataverzameling bij alle woonzorgcentra en gaandeweg aangescherpt worden.

##### 1.7.3.2 *Vervolgstappen*

Op basis van de resultaten van de piloottest kan een voorstel uitgewerkt worden met betrekking tot de invulling van een samengestelde indicator. Dit voorstel dient opnieuw besproken met de sector.

### 1.8 **Besluit**

Voor indicator 1 'Registratie van persoonlijke informatie' stellen we voor om een elektronisch hulpmiddel te ontwikkelen voor continue registratie bij nieuwe opnames. De norm met betrekking tot het aantal thema's waarvoor persoonlijke informatie geregistreerd is, wordt bij voorkeur vastgelegd na een eerste meting van de indicator in alle woonzorgcentra.

Voor indicator 2 'Multidisciplinair overleg' is het aangewezen om de uitgewerkte definities en afbakening van MDO voor te leggen aan de sector en een nieuwe piloottest uit te voeren waarbij gebruik gemaakt kan worden van een handleiding en een hulpmiddel voor registratie van de gevraagde informatie tijdens het MDO.

Voor indicator 3 'Vormingsplan' stellen we een samengestelde indicator voor waarvan de invulling nog verder uitgewerkt moet worden in overleg met de sector.

In [bijlage 7](#) wordt een eerste aanzet gegeven voor een handleiding voor indicator 1 'Registratie van persoonlijke informatie' en indicator 2 'Multidisciplinair overleg'.

## **2 Onderzoeksvraag 2: Aanpak voor het rekruteren van mantelzorgers voor een bevraging naar de kwaliteit van leven van hun familielid met cognitieve problemen**

De tweede onderzoeksvraag binnen dit onderzoeksluik van het VIP WZC in werkjaar 2019 betreft de uitwerking van een nieuwe aanpak voor het rekruteren van mantelzorgers van bewoners met cognitieve problemen voor een bevraging over de kwaliteit van leven van de bewoner.

Tussen 2014 en 2016 gebeurde reeds een eerste bevraging bij bewoners van woonzorgcentra over hun kwaliteit van leven. Voor bewoners met cognitieve problemen, werden mantelzorgers uitgenodigd om een vragenlijst gebaseerd op de interRAI Quality of Life vragenlijst in te vullen in naam van hun familielid. Bij interesse konden zij een antwoordkaart terugsturen en werd hen de bevraging bezorgd. De respons van familieleden bleek gemiddeld echter te laag om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van leven van bewoners met cognitieve problemen. Het terugsturen van de antwoordkaart bleek de belangrijkste hinderpaal.

De antwoordkaart als tussenstap was nodig omdat de overheid en onderzoeksinstellingen niet kunnen beschikken over de contactgegevens van mantelzorgers van bewoners met cognitieve problemen in woonzorgcentra omwille van de privacywetgeving.

De vraag naar een nieuwe aanpak werd kort voorgelegd op het expertenpanel van 3 mei 2019, gericht op de ontwikkeling van objectieve kwaliteitsindicatoren van zorg voor personen met cognitieve problemen in woonzorgcentra (onderzoeksvraag 1 binnen dit onderzoeksluik). Op dit panel waren de verantwoordelijken van vijf woonzorgcentra aanwezig (waarvan drie uit de gebruikersgroep).

Vervolgens werd aan alle leden van de gebruikersgroep schriftelijke input gevraagd omtrent enkele mogelijke scenario's.

### **2.1 Expertenpanel**

#### **2.1.1 Bemerkingen met betrekking tot het opzet van de bevraging**

In het expertenpanel wordt benadrukt dat het bevragen van de kwaliteit van leven van personen met cognitieve problemen via familie niet de beste methode is. In de bevragingsronde van 2014 tot 2016 voelden velen zich uitgesloten. Onderzoek toont aan dat er contactmogelijkheden zijn en dat zinvolle gesprekken kunnen worden gevoerd met personen met een zeer lage score op de MMSE. Bovendien blijkt dat mantelzorgers én professionals systematisch de levenskwaliteit van personen met dementie onderschatten. De evaluatie van een familielid of zorgverlener is derhalve niet correct en komt vaak niet overeen met wat die persoon er zelf over denkt.

De vraag stelt zich of het niet beter is het perspectief van het familielid zelf te bevragen. Het object van onderzoek is dan niet de persoon met dementie, maar het familielid. In het familie-instrument dat op dit ogenblik binnen interRAI ontwikkeld wordt, zal evenwel niet gevraagd worden om zich in de plaats van de persoon met dementie te stellen, zoals in de voorbije bevragingsronde het geval was. Het betreft dus inderdaad het perspectief van de mantelzorger. Hierbij blijft het wel de bedoeling om de kwaliteit van leven van de persoon met dementie in kaart te brengen. De informatie die hierover via een mantelzorger verzameld wordt is niet foutief, maar heeft zijn beperkingen. Er mag nooit vanuit gegaan worden dat het de stem van de bewoner is die gemeten wordt. De resultaten dienen opgevat als indicaties die goed gekaderd en met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Wanneer familieleden en mantelzorgers bevestigd worden, is het essentieel dat het gaat om personen die daadwerkelijk een rol opnemen in de zorg voor hun familielid. In de vorige bevestigingsronde werd de eerste contactpersoon bevestigd. Aangenomen werd dat contactpersonen die niet betrokken zijn bij de zorg, de bevestiging niet invullen. Bijkomend was in de vragenlijst een vraag opgenomen die peilde naar de mate van contact met de bewoner om hierover duidelijkheid te verschaffen.

### 2.1.2 Bemerkingen met betrekking tot de aanpak

Twee opties voor het rekruteren van familieleden worden aangehaald:

- Een clause in de onthaalprocedure waarin toestemming kan gegeven worden voor het gebruik van contactgegevens door onderzoeksinstellingen in het kader van kwaliteitsbevestigingen.
- Het woonzorgcentrum contacteert de familieleden zelf via e-mail (met link naar de bevestiging), via een computer in het woonzorgcentrum, enz.

Beide opties worden als een haalbare mogelijkheid aanzien. Om de bereidheid tot deelname te verhogen is het evenwel nodig om de bevestiging op voorhand aan te kondigen en goed te kaderen.

Er moet rekening gehouden worden met het risico op een bias. Derhalve is het aangewezen om:

- Ofwel de familieleden van alle personen met dementie te bevestiggen. Dit lijkt de aangewezen methode. Zeker bij online uitsturen heeft dit weinig impact op de werklust.
- Ofwel een welomschreven methode voor gerandomiseerde steekproeftrekking aan te reiken. Hierbij moet op een duidelijke en verstaanbare manier uitgelegd worden dat een gekleurde steekproef onbruikbare resultaten oplevert. Indien de steekproef geen correcte afspiegeling vormt van de populatie, kunnen de resultaten niet gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering.
- Te benadrukken dat de dataverzameling volstrekt anoniem verloopt. Het is belangrijk aan te geven dat de data niet toegankelijk zijn voor het woonzorgcentrum, maar uitsluitend voor de onderzoeksinstelling.

### 2.1.3 Vervolgstappen

Aansluitend op het expertenpanel werd contact opgenomen met Prof. John Hirdes in verband met de familieversie van het interRAI Quality of Life instrument. Het instrument wordt momenteel gebruikt in een grootschalig onderzoek in Canada en de Verenigde Staten, waarbij zowel bewoners als familieleden bevestigd worden. De data van dit onderzoek zijn nog niet beschikbaar, maar worden binnen afzienbare tijd verwacht. In de familiebevestiging wordt expliciet het standpunt van het familielid bevestigd: Het familielid beoordeelt in welke mate hij/zij zelf vindt dat een bepaalde uitspraak over de kwaliteit van leven van de bewoner al dan niet waar is.

Tevens werd een jurist gecontacteerd aangaande de optie van een clause in de opnameovereenkomst. Deze optie is juridisch haalbaar binnen de privacywetgeving, maar zal het probleem van de lage respons vermoedelijk niet oplossen.

## 2.2 Schriftelijke bevragingronde

### 2.2.1 Opzet

In een korte bevraging voor de leden van de gebruikersgroep van het VIP WZC werden enkele scenario's geschetst voor een verbeterde aanpak voor het bevragen van mantelzorgers van bewoners met cognitieve problemen. Bij elk van onderstaande scenario's werd gevraagd na te denken over werklust, haalbaarheid, voordelen en nadelen.

<b>Scenario 1</b>	In de opnameovereenkomst van nieuwe bewoners wordt een clausule toegevoegd waarbij de eerste contactpersoon toestemming kan geven om gecontacteerd te worden door overheid en/of onderzoeksinstellingen in het kader van kwaliteitsbevragingen. Wanneer een bevraging gepland wordt, bezorgt het woonzorgcentrum aan de overheid en/of de onderzoeksinstelling een lijst met eerste contactpersonen van bewoners met cognitieve problemen die deze toestemming gaven.
<b>Scenario 2a</b>	De overheid en/of onderzoeksinstelling bezorgt aan het woonzorgcentrum een e-mail met link naar een anonieme elektronische vragenlijst. Het woonzorgcentrum maakt een lijst van de eerste contactpersonen van alle bewoners met cognitieve problemen en stuurt de link door aan alle eerste contactpersonen die per e-mail kunnen bereikt worden. De ingevulde elektronische vragenlijsten komen rechtstreeks en volledig anoniem op een server terecht die uitsluitend toegankelijk is voor de onderzoekers/de overheid. De eerste contactpersonen zonder e-mailadres worden niet bevragd.
<b>Scenario 2b</b>	Naast de elektronische bevraging (zie scenario 2a) worden voor de eerste contactpersonen zonder e-mailadres afgedrukte exemplaren van de vragenlijst vanuit het woonzorgcentrum verstuurd per post, inclusief gefrankeerde antwoordomslag geadresseerd aan de onderzoekers.
<b>Scenario 2c</b>	De elektronische bevraging (scenario 2a) en de postbevraging (scenario 2b) wordt niet aan alle eerste contactpersonen bezorgd, maar er wordt een beperkte toevallige steekproef genomen door het woonzorgcentrum volgens een welomschreven methode, bepaald door de onderzoekers.
<b>Scenario 3a</b>	Het woonzorgcentrum informeert de mantelzorgers van bewoners met cognitieve problemen op niet-selectieve wijze over de mogelijkheid deel te nemen aan een kwaliteitsbevraging (via gekende interne informatiekanalen). In het woonzorgcentrum staan 1 of enkele computers opgesteld om de vragenlijst ter plaatse in te vullen. Aan het begin van de vragenlijst wordt duidelijk gemaakt dat de resultaten op volledig anonieme wijze opgeslagen worden op een server buiten het woonzorgcentrum die uitsluitend toegankelijk is voor de onderzoekers.
<b>Scenario 3b</b>	Het woonzorgcentrum informeert de mantelzorgers van bewoners met cognitieve problemen op niet-selectieve wijze over de mogelijkheid deel te nemen aan een kwaliteitsbevraging (via gekende interne informatiekanalen). In elke kamer van een bewoner met cognitieve problemen ligt een vragenlijst voor de eerste contactpersoon. Aan de mantelzorger wordt gevraagd de vragenlijst (inclusief omslag) mee te nemen en terug te sturen aan de onderzoekers <u>of</u> ter plaatse in te vullen en in gesloten omslag terug af te geven. De omslagen worden ongeopend aan de onderzoeksinstelling/overheid bezorgd.

### 2.2.2 Resultaten

Zes woonzorgcentra vulden de bevraging in of gaven feedback.

Een belangrijk punt dat gemaakt wordt, is dat de bevraging moet ingevuld worden door een mantelzorgers. Dit is in veel gevallen niet de eerste contactpersoon of wettelijke vertegenwoordiger.

- In sommige gevallen is de eerste contactpersoon de bewindvoerder over goederen (advocaat).
- Soms gelden leden van het team als eerste (of enige) contactpersoon.

In deze gevallen is de eerste contactpersoon niet de meest aangewezen persoon om de bevraging in te vullen. In alle scenario's moet duidelijk omschreven worden dat de te bevragen persoon iemand moet zijn die mee de zorg opneemt. De contactgegevens van de mantelzorgers zijn niet altijd gekend.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de ingeschatte haalbaarheid qua werklust van de verschillende scenario's.

Tabel 19 Ingeschatte haalbaarheid qua werklust per scenario

Werklast	Niet haalbaar	Eerder niet haalbaar	Eerder haalbaar	Haalbaar	Totaal	% (eerder) haalbaar
Scenario 1	0	0	1	5	6	100
Scenario 2a	1	1	1	2	5	60
Scenario 2b	0	2	2	1	5	60
Scenario 2c	1	1	1	2	5	60
Scenario 3a	2	2	0	1	5	20
Scenario 3b	0	1	1	3	5	80

In scenario 1 (clausule in de opnameovereenkomst) wordt de werklust door alle woonzorgcentra als (eerder) haalbaar beschouwd. Toch verkiest geen enkel woonzorgcentrum dit scenario. Hoewel het een goede manier is om familie en mantelzorgers op de hoogte te stellen van mogelijke kwaliteitsbevragingen, wordt er gevreesd dat niet iedereen goed leest wat hij/zij ondertekent, mede gezien de grote hoeveelheid informatie waar men in de aanvangsfase van het verblijf mee overstelpt wordt. Op het ogenblik dat de bevraging start, zal het nodig zijn dit opnieuw onder de aandacht te brengen. Bij scenario 1 moet eveneens de vraag gesteld worden hoe de vragenlijst door de onderzoekers zal verstuurd worden: per e-mail of per post. In het eerste geval kunnen niet alle mantelzorgers bereikt worden, vermits niet iedereen een e-mailadres heeft.

Scenario 3a (elektronisch ter plaatse) wordt als minst haalbaar qua werklust beschouwd en draagt bij geen enkel woonzorgcentrum de voorkeur weg. De woonzorgcentra geven aan dat te weinig computers ter beschikking kunnen gesteld worden en er te veel begeleiding bij het invullen zal nodig zijn. Mogelijk zal ook niet iedereen overtuigd zijn van de anonimiteit.

Drie woonzorgcentra verkiezen scenario 3b (vragenlijst ter plaatse), 2 woonzorgcentra verkiezen scenario 2b (e-mail met link + postbevraging vanuit wzc). Het laatste woonzorgcentrum stelt een combinatie van 2a en 3b voor (e-mail met link + vragenlijst ter plaatse). Scenario 3b wordt door 4 op 5 woonzorgcentra als (eerder) haalbaar beschouwd. Scenario's 2a en 2b door 3 op 5 woonzorgcentra.

Dit betekent dat alle woonzorgcentra kiezen voor een papieren vragenlijst, ter plaatse of via verzending per post. Vier woonzorgcentra kiezen voor een vragenlijst ter plaatse. Het wordt gezien als een laagdrempelige oplossing waarmee de juiste mantelzorger kan bereikt worden. Door het aanbrengen van de naam van de mantelzorger op de omslag, wordt vermeden dat andere bezoekers de vragenlijst invullen of meenemen. Gevreesd wordt wel dat de kost voor het woonzorgcentrum aanzienlijk zal zijn, zowel wat betreft personeelsinzet als middelen (afdrukken van de vragenlijst, omslagen, ...). Derhalve wordt gepleit voor ontvangst van volledig afgewerkte omslagen (begeleidend schrijven, afgedrukte vragenlijst en retouromslag waarbij de ontvanger de verzendingskosten draagt). Ter plaatse verzamelen van de vragenlijst maakt het mogelijk om zicht te houden op de respons, maar kan de antwoorden beïnvloeden. De mogelijke kost voor het woonzorgcentrum is nog een grotere bekommernis bij verzending per post.

Drie woonzorgcentra vinden het aangewezen om de papieren vragenlijst te combineren met een elektronische vragenlijst per e-mail voor de mantelzorgers met een e-mailadres. Kanttekening hierbij is dat het aandeel familieleden van bewoners met een e-mailadres en een computer thuis in sommige woonzorgcentra nog zeer beperkt is: Eén woonzorgcentrum spreekt van minder dan 10%. De werklust voor het up-to-date houden en genereren van de e-mailadressen en voor het verzenden van de e-mails wordt door drie woonzorgcentra als (eerder) haalbaar en door één woonzorgcentrum als niet haalbaar beschouwd. Een beperkte toevallige steekproef nemen (scenario 2c) wordt hiervoor niet als een oplossing gezien. Aangezien op de lijst van e-mailadressen nog een bijkomende steekproeftrekking moet worden toegepast, zou dit eerder leiden tot een toename van de werklust. Bovendien zal de respons in dat geval lager liggen. Geen enkel woonzorgcentrum heeft een voorkeur voor een scenario met beperkte steekproef.

Voor alle scenario's is het van belang dat de mantelzorgers voor de start van een bevragingronde uitgebreid geïnformeerd worden via interne informatiekkanalen (aankondiging op bewoners- en familieraad, brief bij de facturen, ...). Het dient op dat ogenblik benadrukt te worden dat de bevraging volledig anoniem zal verlopen en dat verbetering van de kwaliteit van zorg het voornaamste doel is.

### **2.3 Voorgestelde werkwijze**

Op basis van bovenstaande input stellen we de volgende aanpak voor:

Stap 1: De overheid informeert het woonzorgcentrum bij de start van een bevragingronde. Belangrijk hierbij is dat duidelijk gesteld wordt dat de voorkeur altijd uitgaat naar een bevraging van de bewoner zelf. Enkel indien de bewoner door zijn/haar cognitieve problemen niet zelf kan worden bevraged aan de hand van een vragenlijst, zal de mantelzorger gecontacteerd worden. Het woonzorgcentrum identificeert deze bewoners.

Stap 2: Voor de bewoners met cognitieve problemen die zelf niet bevraged kunnen worden, bepaalt het woonzorgcentrum welke mantelzorger(s) in aanmerking komen voor het invullen van de bevraging op basis van de volgende afbakening van het begrip mantelzorger (zie, <https://www.mantelzorgers.be>):

- Een mantelzorger neemt daadwerkelijk en op regelmatige basis een rol op in de zorg voor de bewoner. Het betreft een partner, kind, broer, zus, buur, vriend, enz. die deze zorg opneemt vanuit een affectieve relatie met de bewoner.
- Het dient opgemerkt dat de te bevragen mantelzorger dus niet altijd de eerste contactpersoon is.



Stap 3: Het woonzorgcentrum levert een inspanning om zoveel mogelijk e-mailadressen te verzamelen van de mantelzorgers die in de eerste stap geïdentificeerd werden, bv. tijdens familiebijeenkomsten in het woonzorgcentrum.

Stap 4. Het woonzorgcentrum informeert de mantelzorgers van bewoners met cognitieve problemen op niet-selectieve wijze over de kwaliteitsbevraging via gekende interne informatiekanaalen. Hierbij is het van belang dat:

- Het woonzorgcentrum benadrukt dat de dataverzameling volstrekt anoniem verloopt en dat ook de anonieme data niet toegankelijk zijn voor het woonzorgcentrum, maar uitsluitend voor de overheid of onderzoekinstelling.
- De bevraging goed gekaderd wordt. Verbetering van kwaliteit van zorg en leven van bewoners met cognitieve problemen is het voornaamste doel.

Stap 5. Het woonzorgcentrum stuurt een e-mail met link naar een elektronische vragenlijst aan alle mantelzorgers die per e-mail bereikt kunnen worden.

- De overheid en/of onderzoekinstelling bezorgt een door te sturen e-mail met link naar de anonieme vragenlijst aan de woonzorgcentra
- Het woonzorgcentrum maakt een lijst van de mantelzorgers met e-mailadres en stuurt de aangeleverde vragenlijst door.
- De ingevulde elektronische vragenlijsten komen rechtstreeks en volledig anoniem op een server terecht die uitsluitend toegankelijk is voor de onderzoekers of de overheid.

Stap 6. Het woonzorgcentrum stelt een omslag met een papieren vragenlijst ter beschikking van de mantelzorgers die niet per e-mail bereikt kunnen worden.

- De omslag bevat een begeleidend schrijven, de papieren vragenlijst en een retouromslag, geadresseerd aan de overheid of onderzoekinstelling en waarbij de ontvanger de verzendingskosten draagt.
- Het woonzorgcentrum kiest zelf op welke wijze de papieren vragenlijst bezorgd wordt:
  - De omslag met de vragenlijst ligt in het woonzorgcentrum, bv. op de kamer van de bewoner, in een postvakje per bewoner, enz. Het woonzorgcentrum brengt de naam van de mantelzorger op de vragenlijst aan. De mantelzorger kiest of hij de vragenlijst ter plaatse invult en achterlaat onder gesloten omslag of meeneemt en terugstuurt aan de overheid of onderzoekinstelling.
  - De vragenlijst met retouromslag wordt per post verstuurd. Het woonzorgcentrum draagt de verzendingskosten voor de uitgaande vragenlijsten.

Het gebruik van een papieren vragenlijst gaat met bijkomende kosten gepaard, waaronder:

- Kosten voor het samenstellen van de omslag
  - Afdrukken van de vragenlijsten;
  - Materiaal: papier, inkt, twee omslagen (d.i. een omslag met de vragenlijst en een retouromslag).
- Verzendkosten voor de ingevulde vragenlijsten, eventueel aangevuld met verzendkosten voor de uitgaande vragenlijsten (afhankelijk van de gekozen werkwijze);

- Input van de data en controle van de input;
- Samenvoegen van de data met de elektronische data.

Voor het correct inschatten van deze kosten zijn een aantal bijkomende gegevens nodig:

- Het aantal bewoners met cognitieve problemen die niet zelf kunnen bevraagd worden en waarvoor de uitgewerkte aanpak noodzakelijk is.
- Het percentage van deze bewoners waarvoor geen geschikte mantelzorgers met e-mailadres kan gevonden worden. Voor de zes woonzorgcentra die hierover input leverden, varieert dit percentage van een schatting van meer dan 90% van de bewoners tot maximum 10% van de bewoners. Bijkomende inspanning om e-mailadressen te verzamelen zal in sommige woonzorgcentra dus aangewezen zijn.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat aanvulling van de elektronische bevraging met een papieren vragenlijst op dit ogenblik een noodzakelijke stap is om de volledige doelpopulatie van personen met dementie in beeld te krijgen. De bijkomende kosten voor het werken met een papieren vragenlijst, wegen niet op tegen de bias die ontstaat wanneer uitsluitend mantelzorgers met een e-mailadres bevraagd worden.

Op termijn kan evenwel verwacht worden dat alle mantelzorgers per e-mail bereikbaar zullen zijn en dat de kost voor het bevragen van mantelzorgers jaar na jaar zal afnemen.

### **2.4 Besluit**

Voor het bevragen van de levenskwaliteit van personen met dementie in woonzorgcentra, blijft bevraging van de persoon zelf de voorkeur wegdragen. De verschillende meetinstrumenten, observatie-tools (bv. Dementia Care Mapping) en audit-instrumenten die hiervoor kunnen worden gebruikt, werden besproken in het LUCAS-rapport van Van Ingelgom, e.a. (2017). Vermits de kosten van de beste methodieken voor het meten van de kwaliteit van leven van personen met dementie evenwel te hoog zijn om op grote schaal toe te passen, vormt het perspectief van mantelzorgers een aanvaardbare piste om de groep van personen met dementie niet uit het oog te verliezen. De resultaten van een dergelijke bevraging moeten evenwel met zorgvuldigheid geïnterpreteerd en goed gekaderd worden: De ervaring van een mantelzorgers komt immers niet altijd overeen met wat de bewoner zelf ervaart. Deze ervaring kan indicaties geven over de kwaliteit van leven van de bewoner maar mag niet aanzien worden als zijn/haar eigen stem.

Gebruik van de familieversie van het interRAI Quality of Life instrument wordt in dit verband aanbevolen. Het instrument bevraagt expliciet het perspectief van de mantelzorgers en maakt vergelijking mogelijk met een bevraging van de bewoner zelf aan de hand van hetzelfde instrument. Het interRAI QoL instrument omvat bovendien nagenoeg alle thema's van kwaliteit van leven uit de literatuur, is voldoende wetenschappelijk onderbouwd en wordt wereldwijd gebruikt.

## Hoofdstuk 2

### Onderzoeksluik 2: Opvolging van de objectieve indicatoren VIP WZC

Sinds 2013 meet het Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra de kwaliteit van zorg en leven in de Vlaamse woonzorgcentra aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Na de inhoudelijke opbouw en implementatie (2011-2016), staat LUCAS KU Leuven verder in voor de wetenschappelijke opvolging van de definities en meetprocedures van de kwaliteitsindicatoren.

In 2019 lag de klemtoon in dit onderzoeksluik van het VIP WZC op de herwerking van kwaliteitsindicator G 'Chronisch medicatiegebruik met systemisch effect', met het oog op verhogen van de betrouwbaarheid en validiteit, rekening houdend met de haalbaarheid.

Indicator G is als volgt geformuleerd:

- G1: Percentage bewoners met vijf tot en met negen verschillende soorten geneesmiddelen voorgeschreven door de (huis)arts;
- G2: Percentage bewoners met tien of meer verschillende soorten geneesmiddelen voorgeschreven door de (huis)arts.

Geïnccludeerd zijn alle erkende geneesmiddelen met systemische werking, voorgeschreven door een arts en minstens 30 dagen in gebruik (m.i.v. staand orders toegediend op de dag van de meting).

De indicator werd uitgewerkt op basis van een ontwerp van Prof. Dr. R. Vander Stichele, Dr. M. Azermai en Prof. Dr. M. Elseviers (UGent) en goedgekeurd door de gebruikersgroep en stuurgroep van het VIP WZC.

#### 1 Herwerking van indicator G: 'Chronisch medicatiegebruik met systemisch effect'

Voor de meting van indicator G werd per bewoner een arbeidsintensieve, manuele telling van het medicatiegebruik uitgevoerd door een verpleegkundige. Hierbij gebeurde de interpretatie van de definities niet altijd correct. Om die reden werd in 2016 beslist de meting van indicator G voorlopig stop te zetten en in 2017 een traject op te starten voor herwerking van indicator G met het oog op:

- Eenduidige interpretatie van de definities door inhoudelijke herformulering van indicator G.
- Vereenvoudigde digitale meting van de indicator door gebruik te maken van bestaande data-systemen.

Een panelgesprek en daaropvolgende consultatie van experts leidde tot de volgende suggestie met betrekking tot de herformulering van indicator G:

- Uitwerking van resultaatindicatoren m.b.t. specifieke groepen van potentieel ongeschikte geneesmiddelen in de context van woonzorgcentra, waaronder slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines) en antipsychotica. Vooral langdurig gebruik (> 1 maand, zie GheOP<sup>3</sup>S tool, 2014) is problematisch.

Aangezien polyfarmacie (gebruik van 5 of meer chronische geneesmiddelen) geassocieerd wordt met verhoogd risico op geneesmiddel gebonden problemen, blijft het evenwel aanbevolen om ook de huidige indicator m.b.t. het aantal gebruikte geneesmiddelen te behouden (zie GheOP<sup>3</sup>S tool, waarin deze factor als indicator voor het gebruik van de tool vermeld wordt).

Het traject tot herwerking van indicator werd verdergezet in 2018 en in het huidige werkjaar. De volgende onderzoeksvragen werden hierbij als leidraad gebruikt:

- Hoe kan optimaal gebruik gemaakt worden van externe databronnen voor meting en registratie van indicator G, met een minimale werklast voor de woonzorgcentra?
- Hoe kunnen zoveel mogelijk koppelingen gemaakt worden met andere ontwikkelingen en dataprocessen om efficiënt valide en betrouwbare data te verzamelen met betrekking tot indicator G die in de sector kunnen uitgerold worden?

### 1.1 Activiteitenoverzicht

In werkjaar 2019 werd de piste onderzocht om aan te sluiten bij het Project Psychofarmaca in de Woonzorgcentra (VAD, 2018) en gebruik te maken van FarmaFlux voor het aanleveren van de gegevens met betrekking tot indicator G.

In de stuurgroep van 23/10/2018 werd beslist de piste tot uitwerking van subindicatoren met betrekking tot specifieke psychofarmaca verder te onderzoeken. De klemtoon lag hierbij op langdurig gebruik van antipsychotica en slaap- en kalmeringsmiddelen. In de stuurgroep van 31 januari werd de suggestie om aan te sluiten bij de monitoringelementen van het Project Psychofarmaca in de Woonzorgcentra als een waardevol bekrachtigd. De data voor deze monitoringelementen worden aangeleverd door FarmaFlux. Aangezien het aspect 'chronisch gebruik' niet voor elk type medicatie op betrouwbare wijze in rekening kan worden gebracht, werd beslist om dit aspect te laten vallen. In de stuurgroep van 20 juni 2019 werd aangegeven om een validatiestudie op te zetten in samenspraak met het Project Psychofarmaca en FarmaFlux. Daarnaast werd gevraagd ook het gebruik van de IMA-data als alternatieve piste open te houden.

De volgende stappen werden gezet:

- 06/12/2018, 19/12/2018 en 13/05/2019: Telefonische consultaties van expert in verband met het gebruik van FarmaFlux voor meting van indicator G. Belangrijk is dat de gegevens met betrekking tot aflevering van medicatie continu gecapteerd worden door FarmaFlux. Deze gegevens zijn evenwel niet volledig correct. FarmaFlux registreert afgeleverde verpakkingen. Aangezien apothekers in kader van TpE (Tarifiering per Eenheid voor terugbetaalde geneesmiddelen) meestal de grootste verpakkingen afleveren aan bewoners van woonzorgcentra (tot 200 tabletten voor bepaalde types medicatie), kan er niet zondermeer vanuit gegaan worden dat de medicatie stopgezet werd indien geen nieuwe verpakking afgeleverd werd binnen de grens van drie maanden. Er bestaat hiervoor een mogelijke oplossing. In kader van TpE voor woonzorgcentra werden speciale achterliggende CNK-productcodes gecreëerd om een systeem van aflevering, facturatie en tarifiering per week mogelijk te maken. Op basis hiervan zou FarmaFlux correcte cijfers m.b.t. medicatiegebruik kunnen aanleveren op weekbasis. Momenteel worden deze codes evenwel niet gecapteerd door FarmaFlux. Daarenboven is TpE enkel van toepassing voor terugbetaalde geneesmiddelen, zodat registratie van deze codes geen inzicht geeft in de niet-terugbetaalde geneesmiddelen.
- 21/03/2019: Overleg aangaande het gebruik van FarmaFlux in het project Psychofarmaca. Er werd beslist om een nota op te stellen voor het kabinet.
- 29/04/2019: Telefonische consultatie van expert in verband met de datatechnische aspecten van de monitoringelementen medicatiegebruik in het Project Psychofarmaca.

- 17/05/2019: Voorstelling van de ontwerpnota 'Herwerking van indicator G 'chronisch medicatiegebruik met systemisch effect' (bijlage 8) aan het kabinet aan de hand van een korte presentatie.
- 18/06/2019: Telefonische consultatie van expert in verband met de doorlooptijd van de IMA-data met betrekking tot medicatiegebruik. Deze doorlooptijd bedraagt naar schatting negen maanden.
- 30/08/2019: Overleg aangaande het gebruik van FarmaFlux en een mogelijke aansluiting bij het Project Psychofarmaca.

## 1.2 Besluit

Voorstel is om aan te sluiten bij het Project Psychofarmaca en indicatoren te formuleren m.b.t. gebruik van specifieke psychofarmaca (antipsychotica, slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva) in een bepaalde periode, zonder rekening te houden met de duur van gebruik.

De monitoringelementen in het Project Psychofarmaca kunnen vertaald worden naar de volgende indicatoren en subindicatoren als invulling van indicator G:

- Percentage bewoners met minstens 1 psychofarmacon in de voorbije 3 maanden
  - Percentage bewoners met minstens 1 slaap- en kalmeringsmiddel;
  - Percentage bewoners met minstens 1 antipsychoticum;
  - Percentage bewoners met minstens 1 antidepressivum.
- Percentage bewoners met minstens 2 of meer psychofarmaca in de voorbije 3 maanden
  - Percentage bewoners met minstens 2 of meer slaap- en kalmeringsmiddelen;
  - Percentage bewoners met minstens 2 of meer antipsychotica;
  - Percentage bewoners met minstens 2 of meer antidepressiva.

Op de meetdatum wordt bepaald of deze types van medicatie al dan niet werden afgeleverd voor een bewoner in de voorbije drie maanden (op basis van de ATC-codering via CNK-codes). Het aspect chronisch gebruik wordt hierbij niet meegenomen. Fluctuaties in de data (onder meer als gevolg van verschillende verpakkingsgroottes) worden grotendeels uitgemiddeld door de periode van meting voldoende groot te nemen (i.c. drie maanden). Belangrijk is dat het hierbij gaat over de aflevering van psychofarmaca binnen een bepaalde periode. De focus ligt bijgevolg niet op de effectieve inname op het meetmoment, maar eerder op het voorschrijfgedrag.

Beperkingen van het gebruik van de FarmaFlux data zijn de volgende:

- De gegevens van FarmaFlux werden binnen het Psychofarmacaproject nog niet gevalideerd door vergelijking met andere registratiegegevens. Een dergelijke validatiestudie is mogelijk, maar moet gebeuren op bewonersniveau. Dit impliceert een aanvraag bij de privacycommissie.
- Uitbreiding tot een indicator 'polyfarmacie' (gebruik van vijf of meer chronische geneesmiddelen) is niet meteen mogelijk. De foutenmarge per medicatietype hangt onder meer af van gangbare verpakkingsgroottes en dosering. Voor bepaalde types medicatie die standaard in grote verpakkingen afgeleverd worden, is de betrouwbaarheid van de data onvoldoende. Chronisch gebruik van afzonderlijke medicatietypes (bv. antipsychotica) is in principe wel meetbaar op basis van de codering die in het kader van TpE ontwikkeld werd, maar is dan beperkt tot terugbetaalde medicatie en vraagt bijkomende ontwikkeling binnen FarmaFlux.

- Woonzorgcentra hebben de mogelijkheid om zich te laten beleveren via ziekenhuisapotheken. In de praktijk is dit uitsluitend het geval voor Zorgbedrijf Antwerpen. De medicatiegegevens voor Zorgbedrijf Antwerpen zijn bijgevolg niet aanwezig in FarmaFlux. Het is aangewezen na te gaan in welke mate Zorgbedrijf Antwerpen deze cijfers zelf kan aanleveren.
- Het is nog niet duidelijk hoe het medicatiegebruik van bewoners die tijdens (een deel van) de meetperiode gehospitaliseerd zijn in rekening kan worden gebracht.

In het laatste overleg met betrekking tot indicator G (30/08/2019) werd beslist dat FarmaFlux en het Project Psychofarmaca de eerste resultaten van het Project Psychofarmaca zullen voorleggen aan de toezichtcommissie van het VIKZ. Op basis van de aangeleverde cijfers zal beslist worden wat de meerwaarde is van een mogelijke bijkomende validatiestudie.

Het gebruik van de IMA-databank blijft een alternatieve piste. Aangezien de CNK-codes van afgeleverde medicatie ook hier de basis voor de data vormen, zijn een aantal beperkingen van FarmaFlux ook van toepassing op de IMA-data. De belangrijkste bijkomende nadelen zijn de langere doorlooptijd van de data en de beperking tot terugbetaalde medicatie. Voor de voorgestelde psychofarmaca indicatoren betekent dit laatste dat een subindicator met betrekking tot slaap- en kalmeringsmiddelen en een algemene psychofarmaca-indicator niet mogelijk zijn zonder koppeling aan andere databanken.

Na implementatie van BELRAI in alle woonzorgcentra (vanaf 2023), zullen de gegevens voor indicator G vanuit het BELRAI-systeem aangeleverd worden. Gezien het verhoogde risico op geneesmiddel gebonden problemen bij gebruik van vijf of meer chronische geneesmiddelen, is het aanbevolen om op dat ogenblik opnieuw een (bijkomende) 'polyfarmacie' indicator te formuleren (zie GheOP<sup>3</sup>S tool, waarin deze factor als indicator voor het gebruik van de tool vermeld wordt).

## Algemeen besluit

In 2019 lag de klemtoon van het onderzoek van LUCAS KU Leuven binnen het Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra op personen met cognitieve problemen.

Om deze steeds groter wordende groep in de woonzorgcentra in beeld te krijgen bij het evalueren van de kwaliteit van leven en zorg, ontwikkelden we kwaliteitsindicatoren van zorg voor personen met dementie: 'registratie van persoonlijke informatie', 'multidisciplinair overleg' en 'vormingsplan'. Hoewel nog enkele vervolgstappen moeten worden gezet in het ontwikkelingstraject van deze indicatoren alvorens uitrol mogelijk is, gaven we reeds een eerste aanzet voor een handleiding ([bijlage 7](#)) voor de indicatoren 'registratie van persoonlijke informatie' en 'multidisciplinair overleg'.

Binnen dit onderzoeksluik stelden we tevens een aanpak voor om mantelzorgers te rekruteren voor een bevraging met het interRAI-Quality of Life instrument: Het woonzorgcentrum verzendt elektronische bevestigingen per e-mail, aangevuld met een papieren vragenlijst voor mantelzorgers die niet per e-mail bereikbaar zijn.

Tot slot werd in een tweede onderzoeksluik het traject tot herwerking van de algemene objectieve indicator G 'chronisch medicatiegebruik met systemisch effect' verdergezet. Dit leidde tot de voorlopige aanbeveling indicator G af te stemmen op het Project 'Psychofarmaca in woonzorgcentra' en de indicator te beperken tot het *gebruik* van psychofarmaca.

Een voorlopig rapport van het doorlopen onderzoekstraject in 2019 werd voorgelegd aan de stuurgroep. De stuurgroep formuleerde geen fundamentele bemerkingen hierbij.

Vanaf 2020 gebeurt de opvolging van het Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra door het VIKZ. Zowel de onderzoekslijn betreffende 'personen met cognitieve problemen in woonzorgcentra' als het traject tot herwerking van de objectieve indicator G worden binnen dit kader verdergezet.





## Referentielijst

- American Medical Association, American Academy of Neurology Institute, and American Psychiatric Association (2016). *Dementia Management. Quality Measurement Set Update*. Geraadpleegd op 14 december 2018 via [https://www.aan.com/siteassets/home-page/policy-and-guidelines/quality/quality-measures/15dmmeasureset\\_pg.pdf](https://www.aan.com/siteassets/home-page/policy-and-guidelines/quality/quality-measures/15dmmeasureset_pg.pdf)
- Dely, H., Verschraegen, J., Steyaert, J. (2018). *Ik, jij, samen mens. Een referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie*. Berchem: EPO.
- GheOP<sup>3</sup>S-tool (2014). De Ghent Older People's Prescriptions Community Pharmacy Screening-tool. <https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheops.htm/gheopsnl.htm>
- Jeon, Y.-H., Chien, W.T., Ha, J.-Y., Ibrahim, R., Kirley, B., Tan, L.L., ..., & Brodaty, H. (2017). Application of the European quality indicators for psychosocial dementia care in long-term care facilities in the Asia-Pacific region: a pilot study. *Aging & Mental Health*, 1-8. Doi: 10.1080/13607863.2017.1351521.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered. The Person comes first*. Berkshire: Open University Press.
- Schols, J. & Kardol, T. (2017). Dementia Care in Nursing Homes Requires a Multidisciplinary Approach. In: S. Schüssler & C. Lohrmann (Eds.). *Dementia in Nursing Homes*. Springer International Publishing. Doi: 10.1007/978-3-319-49832-4\_15
- VAD (2018). *Psychofarmaca in Woonzorgcentra: Samen op weg naar minder*. Geraadpleegd via <https://www.vad.be/materialen/detail/draaiboek-psychofarmaca-in-woonzorgcentra-samen-op-weg-naar-minder>
- Van Ingelgom, S., Spruytte, N., Sevenants, A., & Van Audenhove, C. (2017). *Kwaliteitsindicatoren kwaliteit van leven en zorg voor personen met cognitieve problemen die verblijven in een woonzorgcentrum*. Leuven: LUCAS KU Leuven.
- Vasse, E., Moniz-Cook, E., Rikkert, M.O., Cantegreil, I., Charras, K., Dorenlot, P., ..., & Vernooij-Dassen, M. (2012). The development of quality indicators to improve psychosocial care in dementia. *International Geriatrics*, 24, 921-930. Doi: 10.1017/S1041610211002523.



## Lijst van bijlagen

Bijlage 1: VIP WZC KI dementiezorg Indicatorenfiches literatuur	61
Bijlage 2: VIP WZC KI dementiezorg Aandachtspunten indicatoren	69
Bijlage 3: VIP WZC KI dementiezorg Uitwerking indicatoren stap 1	75
Bijlage 4: VIP WZC KI dementiezorg Uitwerking indicatoren stap 2	83
Bijlage 5: VIP WZC KI dementiezorg Registratieformulier piloottest	91
Bijlage 6: VIP WZC KI dementiezorg Voorbeeldfeedbackfiche piloottest	99
Bijlage 7: VIP WZC KI dementiezorg Aanzet handleiding	105
Bijlage 8: VIP WZC KI G Ontwerpnota kabinet 20190517	113



## Bijlage 1

### Overzicht van de indicatorenfiches dementiezorg op basis van de literatuur

Op basis van de literatuur (INTERDEM, Vasse e.a., 2012; AMA, e.a., 2016) werden 15 indicatoren weerhouden. Bij elke indicator hoort een informatiefiche met:

- nummer en **titel** van de indicator
- korte omschrijving
- type indicator
- domein
- korte motivering voor geschiktheid van de indicator voor kwaliteit van zorg voor personen met dementie vanuit een psychosociale, persoonsgerichte benadering
- **teller**
- **noemer**
- eventuele correcties voor de noemer
- bron van de indicator

De indicatoren zijn onderverdeeld in vier domeinen: diagnose en assessment, zorgplan en behandeling, moeilijk hanteerbaar gedrag en zorgverleners.

#### 1 Diagnose en assessment

Indicator 1: Bespreking diagnose met bewoner	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie die op de hoogte gesteld werden van de diagnose m.b.t. de oorzaak van de cognitieve problemen
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Diagnose en assessment
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Personen met dementie die op de hoogte gesteld worden van de diagnose en de diagnose als oorzaak van de cognitieve problemen begrijpen, wordt de kans gegeven op meer <b>autonomie</b> en <b>betrokkenheid bij beslissingen</b> aangaande de zorg voor hen. Hierdoor kan de zorg beter <b>afgestemd</b> worden op hun individuele zorgnoden en verlangens.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij in het bewonersdossier gedocumenteerd is dat ze op de hoogte gesteld werden van deze diagnose tijdens hun verblijf in het woonzorgcentrum
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum – met uitzondering van personen aan wie de diagnose eerder meegedeeld werd, personen die informatie en communicatie m.b.t. de diagnose weigeren en personen die niet langer de cognitieve mogelijkheden bezitten om de diagnose te begrijpen bij aanvang van het verblijf in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012) AMA, AANI, & APA (2016)

<b>Indicator 2: Beoordeling van depressie en angst</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie die regelmatig beoordeeld worden met betrekking tot depressie en angst
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Diagnose en assessment
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Psychiatrische symptomen zoals depressie en angst komen vaak voor bij personen met dementie. Ze vormen een belangrijke bron van invaliditeit en ongemak en hebben een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. Regelmatige beoordeling van depressie en angst kan leiden tot <b>afgestemde zorg</b> en een verhoogde <b>kwaliteit van leven</b> voor de persoon met dementie
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij in het bewonersdossier gedocumenteerd is dat ze beoordeeld werden op depressie en angst in de voorbije 12 maanden
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)

<b>Indicator 3: Registratie van persoonlijke informatie</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie waarvoor in het bewonersdossier relevante persoonlijke informatie geregistreerd werd m.b.t. levensgeschiedenis, sociaal-culturele en familiale achtergrond, noden en wensen
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Diagnose en assessment
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Kennis van persoonlijke informatie m.b.t. levensgeschiedenis, sociaal-culturele en familiale gewoontes en achtergrond, noden, wensen en verlangens, enz. vormt de basis voor persoonsgerichte en <b>afgestemde zorg</b> . Registratie van deze informatie kan op deze manier bijdragen tot een verhoging van de kwaliteit van leven.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij in het bewonersdossier relevante persoonlijke informatie geregistreerd werd m.b.t. levensgeschiedenis, sociaal-culturele en familiale achtergrond, noden en wensen
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)

<b>Indicator 4: Beoordeling van fysiek en cognitief functioneren</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie waarbij het fysieke en cognitieve functioneringsniveau regelmatig beoordeeld wordt
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Diagnose en assessment
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Veranderingen in het functioneren kunnen een aanzienlijke impact hebben op de kwaliteit van leven van personen met dementie. Regelmatige beoordeling van het functioneringsniveau (ADL, fysiek en cognitief) maken het mogelijk om deze veranderingen op te volgen, te vertalen in een zorgdiagnose en <b>afgestemde zorg</b> , gericht op behoud en verbetering van het functioneringsniveau en de kwaliteit van leven.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij in het bewonersdossier gedocumenteerd is dat het fysieke en cognitieve functioneringsniveau beoordeeld werd in de voorbije 12 maanden
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	AMA, AANI, & APA (2016)

<b>Indicator 5 : Beoordeling van pijn (en afgestemde zorg)</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie die herhaaldelijk beoordeeld worden op pijnsymptomen en aangepaste zorg krijgen in functie van deze beoordeling
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Diagnose en assessment (Zorgplan en behandeling)
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Het risico op niet gedetecteerde en onbehandelde pijn verhoogt naarmate de persoon zich in een later stadium van dementie bevindt en het cognitieve functioneringsniveau afneemt. Regelmatige beoordeling van pijn en hierop <b>afgestemde</b> interventies kunnen de kwaliteit van leven van personen met dementie in een later stadium aanzienlijk verhogen.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij in het bewonersdossier gedocumenteerd is dat ze frequent beoordeeld werden op pijnsymptomen, met gedocumenteerde interventies voor pijnmanagement in antwoord op deze beoordelingen
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	AMA, AANI, & APA (2016)

<b>Indicator 6: Beoordeling van gedrags- en psychiatrische symptomen (en afgestemde zorg)</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie die regelmatig beoordeeld worden op gedrags- en psychiatrische symptomen gerelateerd aan dementie (incl. depressie) en aangepaste zorg krijgen in functie van deze beoordeling
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Diagnose en assessment (Zorgplan en behandeling / Moeilijk hanteerbaar gedrag)
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Psychiatrische symptomen (bv. depressie en angst) en gedragsproblemen vormen een belangrijke bron van invaliditeit, onrust en ongemak bij personen met dementie en hebben een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. Regelmatige beoordeling van (uitlokkende, versterkende en beïnvloedende factoren) van psychiatrische en gedragsproblemen, kan de basis vormen voor psychosociale interventies en beter <b>afgestemde zorg</b> die de kwaliteit van leven verhoogt.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij het bewonersdossier aangeeft dat ze in de voorbije 12 maanden beoordeeld werden op gedrags- en psychiatrische symptomen gerelateerd aan dementie, met gedocumenteerde interventies in antwoord op deze beoordeling
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	AMA, AANI, & APA (2016)

<b>Indicator 7 : Beoordeling van risico voor zichzelf en anderen (en afgestemde zorg)</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie die regelmatig beoordeeld worden op gevaar voor zichzelf en anderen en waarvoor risico-beperkende interventies aangeboden worden in functie van deze beoordeling
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Diagnose en assessment (Zorgplan en behandeling / Moeilijk hanteerbaar gedrag)
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Regelmatige beoordeling van (uitlokkende, versterkende en beïnvloedende factoren van) risicogedrag voor zichzelf en anderen, kan de basis vormen voor kan de basis vormen voor psychosociale interventies en beter <b>afgestemde zorg</b> die de kwaliteit van leven verhoogt.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij het bewonersdossier aangeeft dat ze in de voorbije 12 maanden beoordeeld werden op gevaar voor zichzelf en anderen, met gedocumenteerde risico-beperkende interventies in antwoord op deze beoordeling
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	AMA, AANI, & APA (2016)

## 2 Zorgplan en behandeling

Indicator 8: Psychosociale interventies op maat	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie die psychosociale interventies of behandelingen krijgen, aangepast aan hun noden, wensen en verlangens en aan hun cognitieve en fysieke functioneringsniveau.
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Zorgplan en behandeling (Diagnose en assessment)
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Zorg die <b>afgestemd</b> is op noden, wensen en verlangens van de persoon met dementie en aangepast is aan het cognitieve en fysieke functioneringsniveau wordt als zinvol ervaren en leidt tot een verhoogde kwaliteit van leven.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij in het bewonersdossier gedocumenteerd is dat ze psychosociale interventies of behandelingen krijgen, aangepast aan hun noden, wensen en verlangens en aan hun cognitieve en fysieke functioneringsniveau
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)

Indicator 9: Persoonlijk zorgplan	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie waarvoor een persoonlijk zorgplan opgemaakt is en regelmatig geactualiseerd wordt, in samenspraak met de persoon zelf, zijn naasten en professionele zorgverleners.
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Zorgplan en behandeling
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	<b>Afstemming van zorg</b> vereist een persoonlijk dossier en een persoonsgericht plan van aanpak en <b>samenwerking met naaste(n)</b> en andere betrokken zorgverleners. Inspraak bij de opstelling van het zorgplan en de opstart van interventies of behandelingen zorgen voor een gevoel van <b>autonomie</b> , een betere afstemming en bijgevolg een verhoogde kwaliteit van leven.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarvoor een persoonlijk zorgplan opgemaakt is dat minstens 2 verschillende types van aangeboden interventies bevat en dat in de voorbije 12 maanden geactualiseerd werd, mede op basis van het resultaat van opgestarte interventies, en in samenspraak met de bewoner en/of zijn naaste(n) en professionele zorgverleners.
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)



<b>Indicator 10: Activiteiten in het persoonlijk zorgplan</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie waarvoor het persoonlijk zorgplan informatie bevat over ADL, gestructureerde dagactiviteiten, sociale en recreatieve activiteiten
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Zorgplan en behandeling
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	ADL, sociale, recreatieve en andere betekenisvolle activiteiten dragen bij tot een gestructureerde dagindeling en een <b>genormaliseerd</b> leven in het woonzorgcentrum.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarvoor het persoonlijk zorgplan informatie bevat over ADL (Activities of Daily Living), gestructureerde dagactiviteiten, sociale en recreatieve activiteiten.
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)

<b>Indicator 11: Zorgcoördinator</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie waarvoor de zorg gecoördineerd wordt door een toegewezen professionele zorgverlener
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Zorgplan en behandeling
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Aanstelling van een coördinerend zorgverlener als vast aanspreekpunt voor de persoon met dementie en zijn naaste(n) bevordert de <b>afstemming</b> van de zorg op noden, wensen en verlangens en het functioneren van de persoon met dementie en van de verschillende interventies en behandelingen op elkaar.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarvoor een professionele zorgverlener aangesteld is die regelmatig contact houdt met de bewoner, zijn naaste(n) en andere (professionele) zorgverleners en die instaat voor de coördinatie van de zorg.
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)

### 3 Moeilijk hanteerbaar gedrag

<b>Indicator 12: Zorgplan op maat voor moeilijk hanteerbaar gedrag</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie die gedragsproblemen hebben en waarvoor een aangepast zorgplan opgemaakt is en regelmatig geactualiseerd wordt
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Moeilijk hanteerbaar gedrag (Diagnose en assessment / Zorgplan en behandeling)
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Gedragsproblemen vormen een belangrijke bron van onrust en ongemak bij personen met dementie en hebben bijgevolg een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. Regelmatige beoordeling én aanpassing van de aanpak op de resultaten van deze beoordeling leiden tot beter <b>afgestemde zorg</b> voor personen met moeilijk hanteerbaar gedrag en tot een verhoogde kwaliteit van leven.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie die gedragsproblemen hebben en waarvoor een aangepast zorgplan opgemaakt is - mede gebaseerd op een beoordeling van oorzakelijke factoren - en dat in de voorbije 12 maanden geactualiseerd werd in samenspraak met naaste(n) en betrokken zorgverleners.
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie die gedragsproblemen hebben in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)

<b>Indicator 13: Psychosociale interventies bij moeilijk hanteerbaar gedrag</b>	
Korte omschrijving	Het percentage personen met dementie die gedragsproblemen hebben en behandeld worden met psychosociale interventies alvorens te starten met medicatie.
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Moeilijk hanteerbaar gedrag (Zorgplan en behandeling)
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Het gebruik van medicatie heeft een negatieve impact op de kwaliteit van leven van personen met dementie (fysieke en geestelijke achteruitgang, onvoldoende behandeling van lichamelijke klachten, enz.). Een non-farmacologische aanpak die op zoek gaat naar de persoonsspecifieke oorzaken en de (fysieke en psychologische) noden die aan de basis liggen van het moeilijk hanteerbaar gedrag van de persoon met dementie leidt tot betere <b>afstemming van zorg</b> en een verhoogde levenskwaliteit.
Teller	Het aantal bewoners met een diagnose dementie die gedragsproblemen hebben en behandeld worden met psychosociale interventies alvorens te starten met medicatie.
Noemer	Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie die gedragsproblemen hebben in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)

## 4 Zorgverleners

<b>Indicator 14: Gemoedstoestand en coping van zorgverleners</b>	
Korte omschrijving	Het percentage zorgverleners van personen met dementie die regelmatig beoordeeld worden m.b.t. gemoedstoestand en coping
Type indicator	Procesindicator
Domein(en)	Zorgverleners
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Van de zorgverleners van personen met dementie wordt veel verwacht in termen van psychosociale vaardigheden. Om een respectvolle, authentieke en betekenisvolle <b>zorgrelatie</b> met de persoon met dementie te kunnen uitbouwen is het nodig dat de zorgverlener zelf de nodige ondersteuning krijgt. Regelmatige beoordeling van de gemoedstoestand en coping vormt hierbij een belangrijke eerste stap.
Teller	Het aantal zorgpersoneelsleden van personen met dementie waarvoor gedocumenteerd is dat ze in de voorbije 12 maanden beoordeeld werden m.b.t. gemoedstoestand en coping
Noemer	Het totaal aantal zorgpersoneelsleden van personen met dementie in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)

<b>Indicator 15: Opleiding zorgpersoneel</b>	
Korte omschrijving	Het percentage zorgpersoneelsleden dat een opleiding volgde over zorg voor personen met dementie.
Type indicator	Structuurindicator
Domein(en)	Zorgverleners
Motivering vanuit persoonsgerichte benadering	Om kwaliteit van zorg te kunnen leveren is het nodig dat zorgverleners <b>dementiespecifieke kennis en vaardigheden</b> bezitten en zich hierin regelmatig bijscholen.
Teller	Het aantal zorgpersoneelsleden van het woonzorgcentrum dat in de voorbije 12 maanden een opleiding volgde over zorg voor personen met dementie.
Noemer	Het totaal aantal zorgpersoneelsleden in het woonzorgcentrum
Bron indicator	INTERDEM Vasse e.a. (2012)



## Bijlage 2

### Aandachtspunten bij de indicatoren dementiezorg

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van enkele aandachtspunten bij de potentiële indicatoren dementiezorg:

- Op basis van de literatuur
- Op basis van opmerkingen in de huiswerkronde

De indicatoren zijn ingedeeld in vier groepen: De eerste groep (groen aangeduid) bestaat uit indicatoren die consistent als relevant en haalbaar gescoord werden in de huiswerkronde. Voor de tweede groep (geel aangeduid, >50% relevant en haalbaar) en de derde groep (oranje aangeduid), < 50% relevant en haalbaar) was de consensus minder groot. De laatste groep (rood aangeduid) werd bovendien door geen enkele expert in de top drie geplaatst.

Indicatoren	Aandachtspunten (op basis van literatuur/a priori)	Bijkomende aandachtspunten huiswerkronde
<b>KI 15: Opleiding zorgpersoneel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De indicator vereist specificatie van relevante opleidingen (in functie van persoonsgerichte benadering van zorg voor personen met dementie).</li> <li>• Over welke personeelsleden gaat het? Afbakening is nodig. Het aantal zorgpersoneelsleden kan berekend worden in aantal koppen of VTE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kwaliteit van opleidingen dient eveneens in acht genomen bij de afbakening.</li> <li>• Aanwezigheid van een opleidingsplan is belangrijk.</li> </ul>
<b>KI 3: Registratie van persoonlijke informatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor deze indicator moet duidelijk gespecificeerd worden wanneer de persoonlijke informatie als toereikend en voldoende gedetailleerd beschouwd kan worden om goede afstemming van zorg mogelijk te maken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input van naaste(n) kan nodig zijn.</li> <li>• Registratie moet verder gaan dan feitelijke informatie en rekening houden met de nieuwe identiteit van de persoon met dementie.</li> </ul>

<p><b>KI 5: Beoordeling van pijn (en afgestemde zorg)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De indicator is vooral relevant voor personen met dementie in een later stadium, die aanzienlijke cognitieve beperkingen hebben.</li> <li>• De beoordeling van pijn moet op gestructureerde en systematische wijze gebeurd zijn, aangepast aan het stadium van dementie, en bij voorkeur met gebruik van gevalideerde beoordelingsinstrumenten, of op zijn minst mbv een gestandaardiseerde (observatie)methode.</li> <li>• De frequentie van beoordeling moet gespecificeerd worden.</li> <li>• De klemtoon ligt op de beoordeling van pijn, maar om aan de indicator te voldoen moet eveneens de aanpak voor pijnmanagement in antwoord op de resultaten van de beoordelingen gedocumenteerd zijn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie van pijnmanagement als antwoord op pijnbeoordeling (link pijnmeting-interventie) is niet evident. Het is aangewezen de indicator op te splitsen in 2 indicatoren.</li> <li>• Pijnbeoordeling aan de hand van pijnschalen gebeurt bij voorkeur in antwoord op dagelijkse observaties van welbevinden. Regelmaat en continuïteit is van belang.</li> <li>• <u>Suggestie:</u> Formuleren van een indicator mbt multidisciplinair overleg, met aandacht voor pijn als een onderdeel hiervan.</li> <li>• <u>Suggestie:</u> Het behandelingsaspect opnemen in één indicator mbt zorgplan, behandeling, interventies, met MDO als vertrekpunt.</li> </ul>
<p><b>KI 4: Beoordeling van fysiek en cognitief functioneren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt van uitgegaan dat assessment ook leidt tot aangepaste interventies en zorg. Dit aspect kan eventueel bijkomend geëxpliciteerd worden in de definitie.</li> <li>• De beoordeling van het functioneringsniveau moet op gestructureerde en systematische wijze gebeurd zijn, bij voorkeur met gebruik van gevalideerde beoordelings-instrumenten, of op zijn minst mbv een gestandaardiseerde (observatie)methode.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De indicator kan gespecificeerd worden als regelmatige behandelingsgerichte afname van MMSE of Katz-schaal (op termijn INTERRAI)</li> <li>• <u>Suggestie:</u> Formuleren van een indicator mbt multidisciplinair overleg, met aandacht voor fysiek en cognitief functioneren als een onderdeel hiervan.</li> </ul>
<p><b>KI 9: Persoonlijk zorgplan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opname in de teller impliceert dat (1) minstens 2 verschillende types van interventies aangeboden en besproken werden met de persoon met dementie en/of zijn naaste(n), (2) het resultaat van opgestarte interventies in de voorbije 12 maanden opgevolgd en/of geëvalueerd werd, (3) het zorgplan opgemaakt werd met inspraak van de persoon met dementie en/of zijn naaste(n), eventueel op basis van informele gesprekken of op basis van eerder verstrekte informatie in het bewonersdossier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dementie evolueert snel, jaarlijkse actualisatie van het persoonlijk zorgplan is onvoldoende.</li> <li>• De documentatie van de verschillende vereisten is zeer complex. Er moet over gewaakt worden dat administratie niet ten koste van begeleiding gaat.</li> <li>• <u>Suggestie:</u> Alle indicatoren mbt zorgplan, behandeling, interventies samenvoegen tot één indicator, met MDO als vertrekpunt.</li> </ul>

<p><b>KI 12: Zorgplan op maat voor moeilijk hanteerbaar gedrag</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De indicator vereist specificatie van moeilijk hanteerbaar gedrag (noemer) en documentatie van een beoordeling van mogelijke oorzakelijke (uitlokkende, versterkende en beïnvloedende) factoren (teller).</li> <li>• De beoordeling van de oorzakelijke factoren moet op gestructureerde en systematische wijze gebeurd zijn, bij voorkeur met gebruik van gevalideerde beoordelingsinstrumenten, of op zijn minst mbv een gestandaardiseerde (observatie)methode. Mogelijke factoren die bij voorkeur opgenomen worden in de beoordeling zijn: fysieke gezondheid, depressie, niet-gedetectede pijn of ongemak, bijwerkingen van medicatie, biografische gegevens (incl. geloof, spirituele en culturele identiteit), psychosociale factoren, omgevingsfactoren, gedrags- en functieanalyse.</li> <li>• Consultatie van familieleden en betrokken stafleden voor de regelmatige evaluatie en aanpassing van het zorgplan moet plaatsgevonden hebben in de voorbije 12 maanden en gedocumenteerd zijn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zie bijkomende aandachtspunten voor KI 9</li> <li>• Moeilijk hanteerbaar gedrag is onbegrepen gedrag.</li> <li>• <u>Suggestie:</u> Formuleren van een indicator mbt multidisciplinair overleg, met aandacht voor moeilijk hanteerbaar gedrag als een onderdeel hiervan</li> </ul>
<p><b>KI 10: Activiteiten in het persoonlijk zorgplan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De indicator vereist:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ specificatie van de bedoelde activiteiten (afgestemd op het functioneren van de persoon met dementie)</li> <li>○ documentatie van inspraak mbt dagindeling (wijze, tijdstip, verloop, enz. van de dagelijkse activiteiten)</li> <li>○ duidelijke afbakening ten aanzien van psychosociale interventies (indicator 8), bv. aan de hand van gedetailleerde voorbeelden.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koppeling van registratie van persoonlijke informatie (wensen, voorkeuren, ...) met activiteiten is aangewezen. Registratie hiervan dient op één plaats in het bewonersdossier te gebeuren.</li> <li>• <u>Suggestie:</u> Alle indicatoren mbt zorgplan, behandeling, interventies samenvoegen tot één indicator, met MDO als vertrekpunt.</li> </ul>
<p><b>KI 8: Psychosociale interventies op maat</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De indicator vereist specificatie van de bedoelde psycho-sociale interventies of behandelingen in antwoord op de geregistreerde persoonlijke informatie en een beoordeling van het functioneren, bv aan de hand van gedetailleerde voorbeelden.</li> <li>• Moet aan de noden en wensen van de personen met dementie volledig voldaan zijn om opgenomen te worden in de teller van de indicator? Hoeveel aangepaste interventies kunnen als toereikend beschouwd worden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koppeling van de juiste interventie aan de behoefte van de bewoner is niet evident en vereist goede observatie, beoordeling hiervan vereist registratie van de nodige gegevens op één plaats in het bewonersdossier</li> <li>• <u>Suggestie:</u> Alle indicatoren mbt zorgplan, behandeling, interventies samenvoegen tot één indicator, met MDO als vertrekpunt.</li> </ul>

<p><b>KI 13: Psychosociale interventies (voor medicatie) bij moeilijk hanteerbaar gedrag</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De noemer van de indicator vereist specificatie van moeilijk hanteerbaar gedrag; de teller vereist specificatie van de bedoelde psychosociale interventies of behandelingen in antwoord op de (oorzaken van) moeilijk hanteerbaar gedrag, bv aan de hand van gedetailleerde voorbeelden.</li> <li>• Er moet een eenduidige registratie zijn van de start van psychosociale behandelingen in antwoord op moeilijk hanteerbaar gedrag en van de start van eventuele farmacologische behandelingen. Alleen interventies die opgestart zijn voor aanvang van een farmacologische behandeling komen in aanmerking.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afhankelijk van de oorzaak van het onbegrepen gedrag kan het gebruik van medicatie wel op zijn plaats zijn als eerste behandeling (bvb. pijnstillende medicatie).</li> <li>• <u>Suggestie</u>: Alle indicatoren mbt zorgplan, behandeling, interventies samenvoegen tot één indicator, met MDO als vertrekpunt.</li> </ul>
<p><b>KI 2: Beoordeling van depressie en angst</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt vanuit gegaan dat assessment ook leidt tot aangepaste interventies en behandelingen. Dit aspect kan eventueel bijkomend geëxpliciteerd worden in de definitie.</li> <li>• De beoordeling van depressie en angst moet op gestructureerde en systematische wijze gebeurd zijn, bij voorkeur met gebruik van gevalideerde beoordelings-instrumenten, of op zijn minst mbv een gestandaardiseerde (observatie)methode.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de snel evoluerende context van dementie is een jaarlijkse beoordeling onvoldoende. De beoordeling gebeurt bij voorkeur in antwoord op dagelijkse observatie van gedragsveranderingen en mag geen routineklus zijn.</li> <li>• <u>Suggestie</u>: Formuleren van een indicator mbt multidisciplinair overleg, met aandacht voor depressie en angst als een onderdeel hiervan.</li> </ul>
<p><b>KI 1: Bespreking diagnose met bewoner</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De definitie van de indicator kan eventueel uitgebreid worden met een behandlingsaspect bvb gedocumenteerde psychosociale begeleiding als postdiagnostische ondersteuning</li> <li>• Zoals blijkt uit de omschrijving van de noemer is de indicator niet voor alle bewoners met dementie van toepassing. De noemer moet gecorrigeerd worden door exclusie van:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ personen met dementie aan wie de diagnose werd meegedeeld voor hij/zij in het wzc terecht kwam, en deze communicatie is gedocumenteerd</li> <li>○ personen met dementie die communicatie en informatie mbt de diagnose weigeren</li> <li>○ personen met dementie die niet langer de cognitieve mogelijkheden bezitten om de diagnose te begrijpen bij aanvang van het verblijf in het wzc.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het meedelen en bespreken van de diagnose is de taak van een arts. Het zorgpersoneel is hiervoor niet voldoende opgeleid. Binnen het woonzorgcentrum moet de klemtoon eerder liggen op het vervolg (het zorgplan).</li> <li>• De groep van bewoners die gediagnosticeerd worden tijdens het verblijf in het woonzorgcentrum is beperkt en wordt nog kleiner door de exclusiecriteria, die bovendien moeilijk objectief te meten zijn.</li> <li>• Het begrip diagnose moet geëxpliciteerd worden: diagnostisch bilan of klinische inschatting (op basis van MMSE, Katz-schaal, ...)?</li> </ul>



<b>KI 14: Gemoedstoestand en coping van zorgverleners</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij deze indicator wordt ervan uitgegaan dat assessment ook leidt tot de nodige ondersteuning voor de zorgverlener. Dit aspect kan bijkomend geëxpliciteerd worden in de definitie</li> <li>• De beoordeling van gemoedstoestand en coping van zorgverleners moet op gestructureerde en systematische wijze gebeurd zijn, bij voorkeur met gebruik van gevalideerde beoordelingsinstrumenten, of op zijn minst mbv een gestandaardiseerde (observatie)methode.</li> <li>• Over welke personeelsleden gaat het? Afbakening is nodig. Het aantal zorgpersoneelsleden kan berekend worden in aantal koppen of VTE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De klemtoon moet eerder liggen op het vervolg: psychosociale ondersteuning, reflectiemomenten met het team en andere activiteiten gericht op psychosociaal welzijn.</li> <li>• Privacy van de medewerkers is een belangrijk aandachtspunt.</li> <li>• Deze indicator is zinvol voor alle zorgmedewerkers en niet alleen voor het personeel dat betrokken is bij de zorg voor personen met dementie.</li> </ul>
<b>KI 6: Beoordeling van gedrags- en psychiatrische problemen (en afgestemde zorg)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De beoordeling moet op gestructureerde en systematische wijze gebeurd zijn, bij voorkeur met gebruik van gevalideerde beoordelingsinstrumenten, of op zijn minst mbv een gestandaardiseerde (observatie)methode.</li> <li>• Om aan de indicator te voldoen moet aan twee aspecten voldaan zijn: (1) gestandaardiseerde beoordeling van gedrags- en psychiatrische problemen, (2) gedocumenteerde afstemming van aanpak (met het oog op vermindering van problemen, rekening houdend met uitlokkende, versterkende en beïnvloedende factoren). Het eerste aspect vereist een lijst van te beoordelen gedrags- en psychiatrische problemen. Het tweede aspect vereist specificatie van (psychosociale) interventies in antwoord op gedetecteerde problemen.</li> <li>• De indicator lijkt sterk op indicator 12, maar legt de klemtoon eerder op de beoordeling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Suggestie</u>: Formuleren van een indicator mbt multidisciplinair overleg, met aandacht voor gedrags- en psychiatrische problemen als een onderdeel hiervan</li> <li>• <u>Suggestie</u>: Het behandelingsaspect opnemen in één indicator mbt zorgplan, behandeling, interventies, met MDO als vertrekpunt.</li> </ul>
<b>KI 7: Beoordeling van risico voor zichzelf en anderen (en afgestemde zorg)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De beoordeling van risico moet op gestructureerde en systematische wijze gebeurd zijn, bij voorkeur met gebruik van gevalideerde beoordelingsinstrumenten, of op zijn minst mbv een gestandaardiseerde (observatie)methode.</li> <li>• Om aan de indicator te voldoen moet (1) een gestandaardiseerde beoordeling van risico gebeurd zijn, (2) de afstemming van aanpak (met het oog op vermindering van risico voor zichzelf en anderen en behoud van kwaliteit van leven) gedocumenteerd zijn.</li> <li>• Deze indicator leunt aan bij indicator 12, maar met de klemtoon eerder op beoordeling en specificatie van gedragsproblemen tot risicogedrag.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De beoordeling gebeurt bij voorkeur in antwoord op dagelijkse observatie van gedrag en gedragsveranderingen.</li> <li>• <u>Suggestie</u>: Formuleren van een indicator mbt multidisciplinair overleg, met aandacht voor risicogedrag als een onderdeel hiervan.</li> <li>• <u>Suggestie</u>: Het behandelingsaspect opnemen in één indicator mbt zorgplan, behandeling, interventies, met MDO als vertrekpunt.</li> </ul>
<b>KI 11: Zorgcoördinator</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het is mogelijk dat deze indicator in de huidige formulering niet voor elke residentiële setting relevant is (bvb bij een teambenadering, itt case management).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zou reeds voor het verblijf in het wzc een zorgcoördinator moeten zijn.</li> <li>• Aanstelling van één persoon in het wzc is moeilijk realiseerbaar in de praktijk.</li> </ul>



## Bijlage 3

### Indicatoren dementiezorg: Uitwerking indicatoren stap 1

#### 1 Algemene noemer

Totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
-------------------------------------------------------------------------

##### 1.1 Motivering

Het is niet aangewezen om de noemer te verbreden tot personen met cognitieve problemen (waaronder dementie), maar inclusie te beperken tot personen met een **diagnose dementie**.

- Uitbreiding naar personen met cognitieve problemen is op dit ogenblik niet evident. Het is immers niet zinvol om te starten met MMSE als meetinstrument voor bepaling van de noemer als binnen afzienbare tijd de BELRAI eraan komt (eventueel herbekijken na implementatie BELRAI). Ook de KATZ-scores D en Cd hangen uitsluitend af van het diagnostisch bilan.

##### 1.2 Uitwerking

Aantal bewoners waarbij in het elektronisch dossier de diagnose dementie vermeld wordt.

##### 1.3 Beperking

Op dit ogenblik hebben niet alle personen met dementie in de woonzorgcentra een diagnose dementie gekregen. Niet alle personen met dementie zullen bijgevolg in de noemer opgenomen zijn. Diagnose is evenwel belangrijk om te vermijden dat mensen op een afdeling terechtkomen zonder correct statuut en zonder bespreking. Cultuurwijziging is noodzakelijk en wordt hopelijk bereikt door de in mei verwachte richtlijn voor diagnostiek voor huisartsen. Diagnosestelling gebeurt bij voorkeur multidisciplinair (geriater, neuroloog, huisarts, psycholoog, ergotherapeut).

#### 2 Indicator 'Registratie persoonlijke informatie'

Aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij vooraf aan of tijdens de eerste maand van het verblijf relevante persoonlijke informatie geregistreerd werd m.b.t. minstens 2 verschillende thema's, waaronder 1 thema m.b.t. achtergrond en identiteit en 1 thema m.b.t. (toekomst)wensen.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Totaal aantal bewoners met een diagnose dementie die minstens 1 maand verblijven in het woonzorgcentrum
---------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2.1 Motivering

De indicator 'Registratie van persoonlijke informatie' moet in eerste instantie aangeven in welke mate in het woonzorgcentrum aandacht besteed wordt aan informatie die afgestemde zorg mogelijk maakt en de kwaliteit van leven van een bewoner met dementie kan verhogen.

- Om te weten wat iemand vandaag nodig heeft, is het belangrijk om te weten wie iemand was en wat hij/zij verlangt voor de toekomst. Kennis van persoonlijke informatie m.b.t. psychosociale, socioculturele en spirituele achtergrond en (toekomst)wensen vormt aldus de basis voor persoonsgerichte zorg. Hierbij is het niet de bedoeling om iemand kost wat kost vanuit het verleden proberen recht te houden, maar de zorg af te stemmen op de identiteit van de persoon vandaag en wie hij morgen wil zijn. Registratie van persoonlijke informatie kan op die wijze bijdragen tot een beter afgestemde zorg en een verhoogde kwaliteit van leven.
- Gezien de snelle evolutie in dementie en de relatief beperkte verblijfsduur van personen met dementie in het woonzorgcentrum is het belangrijk om deze informatie snel te hebben, bij voorkeur voor aanvang van het verblijf.

## 2.2 Uitwerking

Uitwerking van de indicator als evolutieve indicator, waarbij:

- de lat in eerste instantie niet te hoog gelegd wordt: Er moet informatie geregistreerd zijn m.b.t. minstens 2 verschillende thema's, waaronder 1 thema m.b.t. achtergrond en identiteit en 1 thema m.b.t. (toekomst)wensen
  1. Levensverhaal, achtergrond en identiteit: Wie was/is de persoon?
    - psychosociale achtergrond en identiteit (persoonlijkheid, waarden, familie, relaties, seksualiteit)
    - socioculturele en spirituele achtergrond en identiteit (geloof, gewoontes, werk, hobby's)
  2. Noden, wensen en verlangens: Wat wenst de persoon vandaag en voor de toekomst?
    - op psychosociaal vlak (waarden, relaties, intimiteit, seksualiteit)
    - op sociocultureel en spiritueel vlak (gewoontes, geloof, bezigheden)
    - m.b.t. levenseinde
- de indicator gaandeweg aangescherpt wordt op een manier die nu reeds uitgewerkt wordt (mede op basis van de piloottest) en in de handleiding beschreven wordt (zodat de woonzorgcentra weten welke richting de indicator uitgaat en ze er al concreet in deze richting aan kunnen werken).

Bij het meten van de indicator wordt enige tijd gelaten voor het registreren van de informatie door exclusie van personen met dementie die zeer recent (<1 maand) in het woonzorgcentrum opgenomen werden. Hierbij is het van belang dat deze informatie op één of maximaal twee plaatsen in het bewonersdossier terechtkomt.

## 2.3 Beperking

Deze indicator geeft een indicatie van de aandacht die besteed wordt aan het verzamelen van persoonlijke informatie met het oog op persoonsgerichte zorg, maar het dagdagelijks inspelen op

(wijzigende) noden en wensen wordt niet gevat. Het meedelen en registreren van persoonlijke informatie is immers een continu proces. Niet alle informatie is meteen beschikbaar. Mede als gevolg daarvan wordt deze informatie vaak verdeeld geregistreerd in een dossier. Om dit aspect te vatten is het van belang dat alle informatie op één plaats in het dossier terechtkomt en dat alle betrokkenen die regelmatig contact hebben met een bewoner de mogelijkheid hebben om informatie toe te voegen.

## 2.4 Open vragen

Ligt de lat niet te laag? Is één maand te lang of een realistische termijn? Welk document/onderdeel van het elektronisch dossier kan gebruikt worden voor deze indicator?

## 3 Indicator 'Multidisciplinair overleg'

Aantal bewoners met een diagnose dementie die in de afgelopen 6 maanden minstens 5 maal besproken werden in een multidisciplinair overleg waarbij vertegenwoordigers van minstens 3 disciplines betrokken waren, waaronder de zorgverlener die de persoon dagelijks ondersteunt (verpleegkundige of zorgkundige) en de huisarts en waarin minimaal de volgende thema's onder de aandacht gebracht werden: cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, (oorzaken van) onbegrepen gedrag.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Totaal aantal bewoners met een diagnose dementie die minstens 6 maanden verblijven in het woonzorgcentrum
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.1 Motivering

Een multidisciplinair/interdisciplinair overleg wordt georganiseerd om een goede afstemming van zorg op (de noden en wensen van) de persoon met dementie te bereiken.

- De zorgverlener (zorgkundige of verpleegkundige) die dagelijks in relatie treedt met de persoon met dementie en zicht heeft op de wisselwerking tussen het fysieke, psychosociale en cognitieve functioneren van de persoon vormt hierbij de spilfiguur. Dementie blijft evenwel een ziekte die bovendien snel evolueert. Voldoende bespreking van de bewoner en de aanwezigheid van een (huis)arts met medische kennis en expertise zijn bijgevolg absoluut noodzakelijk om een optimale kwaliteit van leven van personen met dementie te bereiken.

Deze indicator overkoepelt een aantal van de voorgestelde indicatoren uit de literatuur: beoordeling (en afgestemde zorg) m.b.t. depressie en angst, risico voor zichzelf en anderen, pijn, gedrags- en psychiatrische problemen, fysiek en cognitief functioneren.

### 3.2 Uitwerking

Deze indicator betreft het aantal bewoners waarvoor een bespreking plaatsvond tijdens een overleg met multidisciplinaire samenstelling en interdisciplinaire werking.

- Vereisten m.b.t. disciplines:
  - Aanwezigheid van vertegenwoordigers van minimaal 3 disciplines/ beroepsgroepen: verpleegkundige, zorgkundige, huisarts, arts-specialist, ergotherapeut, kinesitherapeut, psycholoog, muziektherapeut
  - Minimale aanwezigheid van de verpleegkundige of zorgkundige die de persoon dagdagelijks ondersteunt
  - Minimale betrokkenheid van de huisarts (bij voorkeur door aanwezigheid op het overleg, minimaal via consultatie vooraf en terugkoppeling nadien)
- Vereisten m.b.t. frequentie:
  - Minstens 5 keer (gezien de sterke evolutie in dementie) per 6 maanden (gezien de eerder beperkte gemiddelde verblijfsduur van personen met dementie in het woonzorgcentrum).
  - Op basis van de resultaten van de pilotstudie kan dan verder bekeken worden in welke mate deze norm een correct beeld geeft, ook wanneer het multidisciplinair overleg niet met een vaste kalender maar meer op maat van de bewoners georganiseerd wordt. Een goede score wil niet zeggen dat voor elke bewoner aan de norm moet voldaan zijn. Een score van 70% kan bijvoorbeeld beschouwd worden als een prima resultaat.
- Vereisten m.b.t. te bespreken thema's:
  - Thema's die minimaal aan bod moeten komen zijn: cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, (oorzaken van) onbegrepen gedrag. De bespreking van de thema's moet behandelingsgericht zijn.

### 3.3 Beperking

Een algemene indicator rond multidisciplinair overleg is zinvol als indicatie van een cultuur die op zoek is naar kwaliteitsverbetering. Het gevaar bestaat evenwel dat belangrijke thema's waar verbetering noodzakelijk is (bv. pijn) ondergesneeuwd raken in het geheel door de aandacht die besteed wordt aan verschillende thema's samen te vatten in één indicator en dus in één cijfer.

Het is nodig om per thema belangrijke aspecten van goede zorg te expliciteren, zodat waar nodig een gericht actieplan kan volgen. Deze vertaling in een zorgplan is niet opgenomen in de huidige formulering van de indicator.

### 3.4 Vragen

Hoe ziet de neerslag van een MDO eruit? Waar komt dit terecht in het bewonersdossier? Door wie wordt dit gedaan? Op welke manier wordt geregistreerd welke thema's aan bod gekomen zijn, ook indien een thema voor een bewoner op het moment van het MDO niet van toepassing is?

### 3.5 Haalbaarheid

Er zijn enkele bekommernissen omtrent de haalbaarheid van deze indicator:

- De minimumvereiste m.b.t. betrokkenheid van de huisarts is op dit ogenblik niet overal haalbaar. Als gevolg van de vrije keuze van huisarts is het mogelijk dat een woonzorgcentrum met meer dan 30 huisartsen werkt.

- Toch is het belangrijk om te vertrekken vanuit de vraag naar goede kwaliteit van zorg, waarvan een goed medisch beleid een essentieel onderdeel is. Indien blijkt dat hier niet kan aan voldaan worden kan dit een sterk signaal zijn en een stok achter de deur om afspraken te maken met eerstelijnszones over het beleid omtrent eerstelijnszorg in woonzorgcentra.

#### 4 Indicator 'Coaching, vorming, opleiding'

<b>Alternatief 1:</b> Aantal personeelsleden die in de voorbije 12 maanden een vorming of opleiding volgden over zorg voor personen met dementie rond de volgende thema's: [...]
Totaal aantal personeelsleden betrokken bij de zorg voor personen met dementie in het woonzorgcentrum
<b>Alternatief 2:</b> Aantal uren opleiding, vorming en coaching omtrent zorg voor personen met dementie rond de volgende thema's: [...] die in de voorbije maanden gevolgd werden door personeelsleden betrokken bij deze zorg in het woonzorgcentrum
Totaal aantal personen met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum

##### 4.1 Motivering

Deze indicator meet niet rechtstreeks de kwaliteit van zorg voor personen met dementie, maar wel de inspanningen die geleverd worden om kwaliteit te bereiken. Hierbij is het van belang om naast de vraag naar voldoende vorming (in termen van aantal personeelsleden die vorming volgden of in termen van aantal uren vorming) ook een antwoord te bieden op de vraag: Hebben we de juiste vorming georganiseerd? De indicator moet derhalve weergeven in welke mate een dynamiek aanwezig is om tijd en middelen te investeren in werken rond relevante thema's als pijn, onbegrepen gedrag, enz.

##### 4.2 Uitwerking

Teller:

- Niet beperken tot externe vormingen/vormingen met vormingsattest, ook interne vorming en reflectiemomenten, coaching en zelf vorming geven (dit leidt vaak tot het grootste leereffect voor een persoon)
- Ook vormingen die niet specifiek zijn voor personen met dementie (bv. rond vroegtijdige zorgplanning) kunnen relevant zijn.
- Beperken tot een aantal specifieke thema's voor vorming die een groot verschil betekenen in de zorg voor personen met dementie (onderschatting van pijn, depressie en angst, onbegrepen gedrag, vroegtijdige zorgplanning). Het curriculum voor referentiepersoon dementie kan inspiratie bieden voor het afbakenen van de thema's. Het is wel van belang dat dit geen rigide kader wordt, maar dat een woonzorgcentrum eigen accenten kan leggen.
- Niet alleen inhoudelijke thema's, maar eventueel ook vorming gericht op coping van zorgverleners?

Noemer:

- Niet beperken tot het zorgpersoneel. Het hele team is betrokken bij de zorg voor personen met dementie (ook de mensen van logistiek, de keuken, de poets, de directeur, enz.).

#### 4.3 Haalbaarheid

Documentatie van (uren besteed aan) vorming/opleiding/coaching is niet eenvoudig en mag niet te tijdsintensief zijn. Hoe kan de inzet van het woonzorgcentrum dan zichtbaar gemaakt worden. Bijvoorbeeld wanneer gewerkt wordt rond de problematiek van één of enkele personen komt dit mogelijk in het dossier van de bewoner terecht.

Bijkomend werd gesuggereerd om niet zozeer het aantal opleidingen/uren te registreren, maar eerder de klemtoon te leggen op het vormingsplan en de mate waarin het eigen actieplan gerealiseerd wordt in vormingen. Het is evenwel nog niet meteen duidelijk hoe dit kan geconcretiseerd worden.

### 5 Indicator 'Pijn'

<b>4a. Pijnbeoordeling:</b> Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarbij het bewonersdossier aangeeft dat ze regelmatig beoordeeld werden op pijn.
Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum
<b>4b Pijnmanagement:</b> Het aantal bewoners met een diagnose dementie met vastgestelde pijn waarbij het bewonersdossier interventies voor pijnmanagement aangeeft
Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie met vastgestelde pijn in het woonzorgcentrum

#### 5.1 Motivering

Pijn is een belangrijk en onderbelicht probleem bij dementie. Is het derhalve nodig om een specifieke (sub)indicator omtrent pijn te formuleren, ter aanvulling van de indicator multidisciplinair overleg? Of is het voldoende als essentieel thema binnen de indicator omtrent multidisciplinair overleg?

#### 5.2 Uitwerking

De indicator wordt opgesplitst in 2 indicatoren:

- Aantal bewoners waarvoor regelmatige pijnbeoordeling gedocumenteerd is.  
Alternatieven zijn:
  - documentatie van regelmatige (dagelijkse?) observatie met gebruik van betrouwbare pijnschaal (bv. PAINAID).
  - minimaal 6 keer per jaar besproken als onderdeel van MDO?
- Aantal bewoners met pijn met gedocumenteerde interventies voor pijnmanagement. Dit vereist:
  - Bepaling van aantal bewoners met pijn
  - Interventies voor pijnmanagement



## 6 Indicator 'Persoonlijk zorgplan'

Het aantal bewoners met een diagnose dementie waarvoor een persoonlijk zorgplan opgemaakt is en regelmatig geactualiseerd wordt en dat minimaal bevat: (1) documentatie van gesprek met de bewoner en/of zijn naaste(n)/mantelzorger(s), (2) documentatie van persoonsgerichte activiteiten en psychosociale interventies, gekoppeld aan: (1) persoonlijke informatie en (2) de behandelingsgerichte bespreking van de bewoner op het MDO (m.b.t. de thema's cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, (oorzaken van) onbegrepen gedrag - en rekening houdend met de effecten van eerder opgestarte interventies.

Het totaal aantal bewoners met een diagnose dementie in het woonzorgcentrum

### 6.1 Motivering

De klemtoon ligt op dagelijkse (comfort)zorg. Het onderdeel palliatieve zorg wordt gevat in de algemene indicator I: Zorgplan voor het levenseinde.

### 6.2 Open vragen

- Wat is regelmatig? Volgend op elke MDO bespreking van de bewoner? Moet het niet zeer frequent aanpasbaar zijn door eenieder in het woonzorgcentrum die regelmatig contact heeft met de bewoner?
- Specificatie van (aantal en aard van) interventies en activiteiten: Klemtoon op psychosociale interventies? Ook andere interventies (bv. medicatie bij pijn)? Hoe kan gedocumenteerd worden: (1) In welke mate er afstemming is op functioneren, noden en wensen, MDO bespreking, ... enz.? (2) Wat werkt en wat niet werkt?
- Wat zijn de vereisten m.b.t. het gesprek met de bewoner en zijn/haar naaste(n)? Bij elke wijziging in activiteiten of interventies? Voor/na elke MDO bespreking? Hoe worden deze gesprekken gedocumenteerd?
- Is al deze informatie te vinden in een beperkt/afgebakend deel van het bewonersdossier?

## 7 Andere indicatoren

De indicatoren 'bespreking van de diagnose met de bewoner' en 'gemoedstoestand en coping van medewerkers' werden niet weerhouden.

### 7.1 Bespreking diagnose met de bewoner

In het expertenpanel kwam naar boven dat dit eerder een indicator voor de ziekenhuizen is, aangezien de grootste groep reeds gediagnosticeerd was voor aanvang van het verblijf in het woonzorgcentrum.

Binnen het woonzorgcentrum is het een vrij beperkte groep die tijdens het verblijf de diagnose krijgt (de noemer zou dus klein zijn), voor die groep vormt bespreking van de diagnose een onderdeel van het zorg- en begeleidingsplan op maat. Bespreken van de diagnose kan moeilijk gepland worden, men moet aanvoelen wanneer iemand er behoefte aan heeft en wanneer dit wel en niet kan.

Het is voor de groep die pas dementie ontwikkelt tijdens het verblijf ook van belang dat dezelfde stappen gezet worden (registratie van persoonlijke informatie, vroegtijdige zorgplanning, aandacht voor pijn, depressie en angst, enz.).

### **7.1 Gemoedstoestand en coping van medewerkers**

Hoewel er bij personen met dementie omwille van hun grote kwetsbaarheid een extra verantwoordelijkheid speelt en zorgverleners sneller een gevoel van burn-out ervaren, is dit niet specifiek voor dementiezorg en is het eerder relevant binnen de set van algemene indicatoren.

Eerder dan gemoedstoestand en coping van medewerkers te beoordelen moet de vraag gesteld worden naar welke initiatieven ondernomen worden om medewerkers te ondersteunen (bv. mindfulness), welke disciplines betrek je daarbij, enz.

## Bijlage 4

### Indicatoren dementiezorg: Uitwerking indicatoren stap 2

#### 1 Afbakening van de groep van personen met dementie (algemene noemer)

[Teller]
Totaal aantal bewoners in het woonzorgcentrum met een diagnostisch bilan in het medisch dossier

##### 1.1 Motivering

Het is niet aangewezen om de noemer te verbreden tot personen met cognitieve problemen (waaronder dementie), maar inclusie te beperken tot personen met een **diagnose dementie**.

- Uitbreiding naar personen met cognitieve problemen is op dit ogenblik niet evident. Het is immers niet zinvol om te starten met MMSE als meetinstrument voor bepaling van de noemer als binnen afzienbare tijd de BELRAI eraan komt (maar dit kan eventueel herbekeken worden na implementatie van de BELRAI).

##### 1.2 Uitwerking

Aantal bewoners met een **gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie in het medisch dossier**.

- Het diagnostisch bilan vormt eveneens de voorwaarde voor het D-zorgforfait.
- Een diagnostisch bilan wordt opgemaakt door een geneesheer-specialist (geriater, psychiater) na multidisciplinaire diagnosestelling (in overleg met de huisarts, zie ook de in september te verwachten richtlijn voor huisartsen)

##### 1.3 Beperkingen

Op dit ogenblik hebben niet alle personen met dementie in de woonzorgcentra een diagnose dementie gekregen. Zwaar zorgafhankelijke personen en personen die dementie ontwikkelen tijdens hun verblijf in het woonzorgcentrum worden vaak niet doorverwezen voor diagnosestelling. Niet alle personen met dementie zullen bijgevolg in de noemer opgenomen zijn.

Zorgvuldig omgaan met diagnosestelling is evenwel noodzakelijk om enerzijds ervoor te zorgen dat personen met dementie gedetecteerd worden en de nodige ondersteuning krijgen en anderzijds te vermijden dat onbevoegden diagnosticeren en mensen op een afdeling terechtkomen zonder correct statuut. Hierbij moet erover gewaakt worden niet te vervallen in een economisch model. Zorgvuldigheid impliceert ook het herkennen van situaties waarin doorgedreven diagnosestelling niet meer zo belangrijk is.

Afbakening van de populatie van personen met dementie op basis van diagnosestelling in het Vlaams indicatorenproject, kan een belangrijk signaal vormen en een mentaliteitswijziging stimuleren.

#### 1.4 Aandachtspunten voor de piloottest

In de pilootstudie moet in eerste instantie nagegaan worden hoeveel en welke personen met dementie niet geïnccludeerd zijn wanneer de noemer gedefinieerd wordt in termen van diagnostisch bilan. Een mogelijke benaderingswijze hiervoor is het aandeel bewoners met een diagnostisch bilan in het medisch dossier ten opzichte van het aantal bewoners in afdelingen voor personen met dementie te bepalen. Daarnaast kan onderzocht worden hoe personen met dementie gedetecteerd worden binnen de bewonersgroep van een woonzorgcentrum en hoe wordt omgegaan met een vermoeden van dementie.

Aangezien verwacht mag worden dat een aanzienlijk aandeel personen met dementie geen diagnostisch bilan kreeg, dient ook informatie verzameld te worden m.b.t. een mogelijke noemer gebaseerd op de combinatie van D en Cd forfait.

## 2 Indicator 'Registratie persoonlijke informatie'

Aantal bewoners waarbij op basis van een gesprek met de persoon met dementie en/of zijn naaste(n) voor aanvang of tijdens de eerste maand van het verblijf relevante persoonlijke informatie geregistreerd werd m.b.t. twee verschillende thema's, waaronder 1 thema m.b.t. achtergrond en identiteit en 1 thema m.b.t. (toekomst)wensen.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Totaal aantal bewoners met een diagnostisch bilan in het medisch dossier die minstens 1 maand en hoogstens 1 jaar in het woonzorgcentrum verblijven.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 1.1 Motivering

De indicator 'Registratie van persoonlijke informatie' moet in eerste instantie aangeven in welke mate in het woonzorgcentrum aandacht besteed wordt aan informatie die afgestemde zorg mogelijk maakt en de kwaliteit van leven van een bewoner met dementie kan verhogen.

- Om te weten wat iemand vandaag nodig heeft, is het belangrijk om te weten wie iemand was en wat hij/zij verlangt voor de toekomst. Kennis van persoonlijke informatie m.b.t. psychosociale, socioculturele en spirituele achtergrond en (toekomst)wensen vormt aldus de basis voor persoonsgerichte zorg. Hierbij is het niet de bedoeling om iemand kost wat kost vanuit het verleden proberen recht te houden, maar de zorg af te stemmen op de identiteit van de persoon vandaag en wie hij morgen wil zijn. Registratie van persoonlijke informatie kan op die wijze bijdragen tot een beter afgestemde zorg en een verhoogde kwaliteit van leven.
- Gezien de snelle evolutie in dementie en de relatief beperkte verblijfsduur van personen met dementie in het woonzorgcentrum is het belangrijk om deze informatie snel te hebben, bij voorkeur voor aanvang van het verblijf.

### 2.1 Uitwerking

Deze indicator betreft het aantal bewoners waarvoor persoonlijke informatie geregistreerd werd m.b.t. een aantal thema's, in gesprek met de persoon met dementie en/of zijn naaste(n) tijdens of voorafgaand aan de eerste maand van het verblijf in het woonzorgcentrum.

- Vereisten m.b.t. de thema's:

M.b.t. de thema's wordt de indicator uitgewerkt als een evolutieve indicator. Dit impliceert het volgende:

- Met het oog op benchmarking en publieksrapportering wordt de lat voor de indicator in eerste instantie niet te hoog gelegd: Er moet informatie geregistreerd zijn m.b.t. minstens 2 verschillende thema's, waaronder 1 thema m.b.t. achtergrond en identiteit en 1 thema m.b.t. (toekomst)wensen
  - 1. Levensverhaal, achtergrond en identiteit: Wie was/is de persoon?
    - psychosociale achtergrond en identiteit (persoonlijkheid, waarden, familie, relaties, seksualiteit)
    - socioculturele en spirituele achtergrond en identiteit (geloof, gewoontes, werk, hobby's)
  - 2. Noden, wensen en verlangens: Wat wenst de persoon vandaag en voor de toekomst?
    - op psychosociaal vlak (waarden, relaties, intimiteit, seksualiteit)
    - op sociocultureel en spiritueel vlak (gewoontes, geloof, bezigheden)
    - m.b.t. levenseinde
- Met het oog op kwaliteitsverbetering vindt er een gedetailleerde meting plaats van de aanwezigheid van informatie m.b.t. alle gedefinieerde thema's. Dit laat de woonzorgcentra toe te visualiseren in welke mate aandacht besteed is aan de verschillende thema's en hierin op eigen tempo te evolueren.
- De indicator voor benchmarking en publieksrapportering wordt gaandeweg aangescherpt wat betreft de thema's waarover persoonlijke informatie geregistreerd werd. De wijze waarop de indicator aangescherpt wordt, zal worden uitgewerkt op basis van de pilootstudie en worden beschreven in de handleiding (zodat de woonzorgcentra weten welke richting de indicator uitgaat en ze er al concreet in deze richting aan kunnen werken).

- Vereisten m.b.t. het gesprek met de bewoner en/of zijn naaste(n):

Gezien de snelle evolutie in dementie en de relatief beperkte verblijfsduur van personen met dementie in het woonzorgcentrum is het belangrijk om de persoonlijke informatie als basis voor afgestemde zorg snel te hebben, bij voorkeur voor aanvang van het verblijf.

Het gesprek met de bewoner en/of zijn mantelzorger(s) moet derhalve:

- plaatsvinden tijdens de eerste maand of voor aanvang van het verblijf in het woonzorgcentrum
- resulteren in de registratie van persoonlijke informatie m.b.t. de opgelijste thema's
- gedocumenteerd en gedateerd zijn, waarbij de datum van het gesprek deel uitmaakt van de aan te leveren gegevens.

- Vereisten m.b.t. de verblijfsduur van de bewoners:

Aangezien het van belang is de persoonlijke informatie snel te hebben, is de indicator vooral relevant voor personen die relatief recent in het woonzorgcentrum werden opgenomen. De indicator wordt bijgevolg beperkt tot bewoners die hoogstens 1 jaar in het woonzorgcentrum verblijven. Bij jaarlijkse meting van de indicator, zal de informatie voor elke bewoner slechts éénmaal moeten worden

gemeten en kan de volledige populatie van het woonzorgcentrum op relatief beperkte termijn in kaart worden gebracht.

Hoewel duidelijk moet gesteld worden dat de persoonlijke informatie bij voorkeur gekend is voor aanvang van het verblijf, wordt bij het meten van de indicator enige tijd gelaten voor de registratie door exclusie van personen met dementie die zeer recent (<1 maand) in het woonzorgcentrum opgenomen werden.

### **2.3 Beperkingen**

De indicator 'registratie van persoonlijke informatie' geeft een indicatie van de aandacht die een woonzorgcentrum besteedt aan het verzamelen van persoonlijke informatie met het oog op persoonsgerichte zorg. Het dagdagelijks inspelen op (wisselende) noden en wensen wordt hierbij niet gevat. Het meedelen en registreren van persoonlijke informatie is immers een continu proces. Niet alle informatie is meteen beschikbaar. Mede als gevolg daarvan wordt de informatie ook vaak verdeeld geregistreerd in een dossier.

Deze beperking wordt deels opgevangen in de indicator 'multidisciplinair overleg'. Dementie is geen chronische zorg, maar acute zorg waarbij continue evaluatie en bijsturing van de zorg noodzakelijk is. Inspelen op wisselende noden en wensen met het oog op een optimale kwaliteit van leven van de persoon met dementie, rekening houdend met de (noden en wensen) van de andere bewoners van het woonzorgcentrum, vormt hiervan een onderdeel en dient bijgevolg deel uit te maken van de bespreking in het multidisciplinair overleg.

### **2.4 Aandachtspunten voor de piloottest**

Een belangrijke bekommernis m.b.t. de haalbaarheid van meting van deze indicator betreft de soms verdeelde registratie van de persoonlijke informatie in het dossier. Gevreesd wordt dat dit voor sommige woonzorgcentra zeer tijdsintensief manueel werk impliceert. Om de haalbaarheid van meting van de indicator te bevorderen is het van belang dat de geregistreeerde persoonlijke informatie bij voorkeur op één plaats in het bewonersdossier terechtkomt.

- In de pilootstudie moet in eerste instantie onderzocht worden hoe en waar de persoonlijke informatie terechtkomt in het (elektronisch) bewonersdossier.
- Gezien de bijkomende vereiste m.b.t. het gesprek met de bewoner en/of zijn naaste(n) voor aanvang van of in de eerste weken van het verblijf, is een andere piste om reeds voor de pilootstudie een documentsjabloon te ontwikkelen voor registratie van de thema's die in dit gesprek aan bod kwamen. In de toekomst zou dan met de softwarefirma's van elektronische zorgdossiers overlegd kunnen worden om de software aan te passen.
- Gezien de beperking van de indicator tot bewoners die hoogstens 1 jaar in het woonzorgcentrum verblijven, blijft de werklast voor meting van de indicator mogelijk binnen de perken. Het is evenwel belangrijk om hier expliciet aandacht aan te besteden in de pilootstudie zodat na afloop kan onderzocht worden in welke mate het toch aangewezen kan zijn om met een steekproef te werken.

### 3 Indicator 'Multidisciplinair overleg'

Aantal bewoners met een diagnose dementie die in de afgelopen 6 maanden minstens 5 maal besproken werden in een multidisciplinair overleg waarbij vertegenwoordigers van minstens 3 disciplines betrokken waren, waaronder de zorgverlener die de persoon dagelijks ondersteunt (verpleegkundige of zorgkundige) en de huisarts en waarin minimaal de volgende thema's onder de aandacht gebracht werden: geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, onbegrepen gedrag.

Totaal aantal bewoners met een diagnostisch bilan in het medisch dossier die minstens 6 maanden in het woonzorgcentrum verblijven.

#### 3.1 Motivering

Een multidisciplinair/interdisciplinair overleg wordt georganiseerd om een goede afstemming van zorg op (de noden en wensen van) de persoon met dementie te bereiken.

- De zorgverlener (zorgkundige of verpleegkundige) die dagelijks in relatie treedt met de persoon met dementie en zicht heeft op de wisselwerking tussen het fysieke, psychosociale en cognitieve functioneren van de persoon vormt hierbij de spilfiguur. Dementie blijft evenwel een ziekte die bovendien snel evolueert. Voldoende bespreking van de bewoner en de aanwezigheid van een (huis)arts met medische kennis en expertise zijn bijgevolg absoluut noodzakelijk om een optimale kwaliteit van leven van personen met dementie te bereiken.

#### 3.2 Uitwerking

Deze indicator betreft het aantal bewoners waarvoor een bespreking plaatsvond tijdens een overleg met multidisciplinaire samenstelling en interdisciplinaire werking.

- Vereisten m.b.t. disciplines:
  - Aanwezigheid van vertegenwoordigers van minimaal 3 disciplines/ beroepsgroepen: verpleegkundige, zorgkundige, huisarts, arts-specialist, ergotherapeut, kinesitherapeut, psycholoog, muziektherapeut
  - Minimale aanwezigheid van de verpleegkundige of zorgkundige die de persoon dagdagelijks ondersteunt
  - Minimale betrokkenheid van de huisarts (bij voorkeur door aanwezigheid op het overleg, minimaal via consultatie vooraf en terugkoppeling nadien)
- Vereisten m.b.t. frequentie:
  - Streefdoel is minstens 5 keer (gezien de sterke evolutie in dementie) per 6 maanden (gezien de eerder beperkte gemiddelde verblijfsduur van personen met dementie in het woonzorgcentrum).
  - Op basis van de resultaten van de pilootstudie wordt bepaald welke frequentienorm nu als haalbaar mag worden beschouwd en voldoende motiverend werkt voor kwaliteitsverbetering. Nadien kan de norm nog aangescherpt worden.
- Vereisten m.b.t. te bespreken thema's:
  - Thema's die minimaal aan bod moeten komen zijn: geluk en welbevinden (waarbij autonomie en inspelen op persoonlijke wensen en voorkeuren van belang is), cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, (oorzaken van) onbegrepen gedrag.

- Hierbij kan een 'checklist' aanpak gevolgd worden (tijdens het overleg), waarbij het niet de bedoeling is dat elk thema voor elke persoon met dementie uitgebreid moet worden besproken, maar wel dat elk thema op zijn minst onder de aandacht gebracht werd. Deze registratie verhoogt de werklast niet noodzakelijk, maar kan een instrument vormen bij het optimaliseren van de zorg.

### 3.3 Beperkingen

De indicator rond multidisciplinair overleg is zinvol als indicatie van een cultuur die op zoek is naar kwaliteitsverbetering. De aandacht die aan specifieke thema's wordt besteed, wordt evenwel niet zichtbaar gemaakt. In dit verband is het een optie om subindicatoren per thema te formuleren, waarbij naast een globaal cijfer ook een cijfer per thema gegeven wordt.

Het is belangrijk dat de bespreking in het MDO actiegericht is (indien van toepassing) en dat de persoon met dementie en/of de mantelzorger(s) betrokken zijn bij de aanpassingen in het woonzorgleefplan (zorg- en behandelingsplan) in aansluiting op het MDO. Inspraak bij de opstelling van het zorgplan en de opstart van interventies of behandelingen zorgen voor een gevoel van autonomie en afgestemde zorg die als zinvol ervaren wordt. Deze aspecten worden niet gevat in de indicator. Op termijn zal worden nagegaan in welke mate een aanvullende indicator m.b.t. persoonsgerichte zorgplanning kan geformuleerd worden.

### 3.4 Aandachtspunten voor de piloottest

Op basis van de pilootstudie kan de minimumvereiste m.b.t. de frequentie van het MDO worden vastgelegd. Hierbij moet vooral aandacht besteed worden aan:

- Woonzorgcentra waar het multidisciplinair overleg niet met een vaste kalender, maar meer op maat van de bewoners georganiseerd wordt. Als gevolg hiervan kan het moeilijk zijn om aan een minimale frequentienorm te voldoen. (Opmerking: een goede score impliceert niet dat voor elke bewoner aan de norm moet voldaan zijn. Een score van 70% kan bijvoorbeeld beschouwd worden als een prima resultaat.)
- De minimumvereiste m.b.t. betrokkenheid van de huisarts. Als gevolg van de vrije keuze van huisarts is het mogelijk dat een woonzorgcentrum immers met meer dan 30 huisartsen werkt. Hierbij mag evenwel niet uit het oog verloren worden dat het belangrijk is om te vertrekken vanuit de vraag naar goede kwaliteit van zorg, waarvan een goed medisch beleid een essentieel onderdeel is. Indien blijkt dat hier niet kan aan voldaan worden kan dit een sterk signaal zijn en een stok achter de deur om afspraken te maken met eerstelijnszones over het beleid omtrent eerstelijnszorg in woonzorgcentra.

*"Ik heb het uitgetest na de vorige keer. Ik heb voor het MDO alle huisdokters een mailtje gestuurd en gezegd: "Die bewoners worden besproken. Heb je bepaalde zaken of kun je zelf komen?" Zelf komen ze niet, maar er zijn toch twee huisdokters die geantwoord hebben".*

In de pilootstudie dient onderzocht te worden op welke wijze een MDO georganiseerd wordt en hoe de neerslag van een MDO er vandaag uitziet in verschillende woonzorgcentra.

- Hoe frequent wordt een MDO georganiseerd? Hoeveel personen met dementie worden besproken in één MDO?
- Welke (van de vooropgestelde) thema's komen aan bod? Zijn er nog andere thema's die aan bod komen?



- Hoe wordt dit geregistreerd? Om de werklast te beperken kan het aangewezen zijn een (elektronische) checklist te ontwikkelen (in overleg met de softwarefirma's) die tijdens het MDO wordt afgevinkt/ingevuld (waarbij het woonzorgcentrum vrij is om eigen accenten toe te voegen met het oog op kwaliteitsverbetering). Op deze wijze wordt het verloop van een MDO gestructureerd en moet op termijn alleen nog nagegaan worden hoe vaak een bewoner besproken is op het MDO.

#### 4 Indicator 'Vormingsplan'

Aanwezigheid van een vormingsplan dat in de afgelopen 12 maanden opgesteld werd, met documentatie van vorming m.b.t. een minimum aantal thema's uit [lijst thema's], gericht op een minimum aantal doelgroepen, enz.

##### 4.1 Motivering

Deze indicator meet niet rechtstreeks de kwaliteit van zorg voor personen met dementie, maar wel de inspanningen die geleverd worden om kwaliteit te bereiken. Hierbij is het van belang om een antwoord te bieden op de vraag: Hebben we de juiste vorming georganiseerd? De indicator moet derhalve weergeven in welke mate een dynamiek aanwezig is om tijd en middelen te investeren in werken rond thema's die een groot verschil betekenen in de zorg voor personen met dementie. In eerste instantie gaat het om thema's die vooropgesteld worden voor het MDO (geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, onbegrepen gedrag). Een MDO is maar zinvol in de mate dat de deelnemende zorgverleners de nodige competenties bezitten m.b.t. de relevante thema's. Daarnaast zijn nog een aantal andere thema's van belang, waaronder vroegtijdige zorgplanning, bejegening van personen met dementie, relatie met mantelzorgers, buurtgerichte zorg, enz.

##### 4.1 Uitwerking

De indicator kan eventueel uitgewerkt worden in een stappenplan:

Stap 1: Documentatie van de aanwezigheid van een vormingsplan omtrent zorg voor personen met dementie en documentatie m.b.t. de inhoud van het vormingsplan. Hierbij is het van belang dat het geen rigide kader wordt, maar dat een woonzorgcentrum eigen accenten kan leggen en kan inspelen op de zorgnoden die naar boven komen. Minimaal moet in het vormingsplan aanwezig zijn:

- Documentatie m.b.t. thema's in het vormingsplan en de identificatie van vormings- en opleidingsnoden betreffende deze thema's.
- Hierbij is het van belang dat vorming in het kader van persoonsgerichte zorg verschillende vormen kan aannemen: coaching, on the job learning, zelf vorming geven (dit leidt vaak tot het grootste leereffect voor een medewerker), reflectiemomenten, intervisiegroepen (in samenwerking met andere woonzorgcentra), enz.
- Vorming en opleiding mogen bovendien niet beperkt blijven tot het zorgpersoneel, ook logistiek, keuken, poets, directie, enz. zijn betrokken bij de zorg voor personen met dementie.

Stap 2: Verdere aanscherping m.b.t. de inhoud van het vormingsplan en de vereisten m.b.t. thema's, aandacht voor het volledige team bij vormingsinitiatieven, inspelen op vormingsnoden betreffende thema's die tijdens het MDO of anderszins naar boven komen, enz. (aandacht voor het volledige team bij vormingsinitiatieven als bijkomende inhoudelijke voorwaarde geformuleerd worden.

Stap 3: Documentatie m.b.t. de realisatie van het vormingsplan. De wijze waarop dit kan gestaafd worden en in een indicator kan gevat worden is niet duidelijk.

### **4.3 Aandachtspunten voor de piloottest**

In de pilootstudie wordt onderzocht in welke mate vormingsplannen aanwezig zijn in woonzorgcentra. Welke thema's maken er deel van uit? Hoe worden thema's geïdentificeerd? Is er een referentiepersoon dementie en wat is zijn/haar rol? Op basis van de verzamelde informatie kan beslist worden of en hoe de indicator verder uitgewerkt wordt. Welke stappen zijn haalbaar en voldoende motiverend om kwaliteit verbeterend te werken en hoe kunnen ze uitgewerkt worden?

<b>INFO:</b> Voor het formuleren van specifieke kwaliteitsindicatoren van zorg voor personen met dementie is het noodzakelijk om de groep van personen met dementie af te bakenen. Aan de hand van onderstaande informatievragen zal bepaald worden hoe deze afbakening op dit ogenblik het best kan gebeuren. Noteer uw antwoorden in de gele vakken.	
<b>STAP 1: Afbakening van de populatie van personen met dementie in het woonzorgcentrum</b>	
Hoeveel personen met een zorgforfait D verbleven in het woonzorgcentrum op 1 september 2019?	
Hoeveel personen met een zorgforfait Cd verbleven in het woonzorgcentrum op 1 september 2019?	
Hoeveel personen met een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie in het medisch dossier verbleven in het woonzorgcentrum op 1 september 2019?	
Hoeveel personen verbleven in het woonzorgcentrum in een afdeling voor personen met dementie op 1 september 2019?	
Hoeveel personen die in een afdeling voor personen met dementie verbleven op 1 september 2019 hadden een diagnostisch bilan in het medisch dossier?	
Hoeveel personen met een zorgforfait Cd die in het woonzorgcentrum verbleven op 1 september 2019 hadden een diagnostisch bilan in het medisch dossier?	
<b>STAP 2: Bijkomende vragen</b>	
Verblijven in het woonzorgcentrum personen met (een vermoeden van) dementie met een ander zorgforfait dan D of Cd? Hoe groot schat u deze groep?	
Ondervond u moeilijkheden bij het beantwoorden van bovenstaande vragen? Zo ja, welke?	
Maakt u gebruik van BELRAI voor het detecteren van dementie binnen de bewonersgroep van uw woonzorgcentrum?	
Heeft u nog opmerkingen m.b.t. de wijze waarop omgegaan wordt met een vermoeden van dementie of de wijze waarop dementie gedetecteerd wordt binnen de bewonersgroep van uw woonzorgcentrum?	

<b>INFO:</b> Op basis van een bevragsronde bij gebruikers en experts en meerdere panelgesprekken werd een indicator geformuleerd met betrekking tot registratie van persoonlijke informatie. Op basis van onderstaande meting bij 10 bewoners met dementie en enkele bijkomende informatievragen wordt de haalbaarheid van deze indicator onderzocht. Lees Stap 1 en 2 zeer grondig. Noteer uw antwoorden in de gele vakken.											
<b>Stap 1:</b> Bepaal hoeveel personen nieuw opgenomen werden in het woonzorgcentrum tussen <b>1 augustus 2018</b> en <b>1 augustus 2019</b> die reeds bij aanvang van hun verblijf <b>zorgforfait D of Cd</b> hadden:											
<b>Stap 2:</b> Vul onderstaand rooster in voor de <b>10 bewoners</b> met zorgforfait D of Cd uit stap 2 die het <b>meest recent</b> in uw woonzorgcentrum opgenomen werden.											
	Voorbeeld	Bewoner 1	Bewoner 2	Bewoner 3	Bewoner 4	Bewoner 5	Bewoner 6	Bewoner 7	Bewoner 8	Bewoner 9	Bewoner 10
Deze bewoner verblijft in het woonzorgcentrum sinds:	20/07/2019										
Deze bewoner heeft zorgforfait: ( <i>D of Cd</i> )	D										
Vond er een gesprek plaats met de bewoner en/of zijn mantelzorger(s) met het oog op registratie van persoonlijke informatie <b>voor aanvang van of tijdens de eerste maand</b> van het verblijf in het woonzorgcentrum?	ja										
Geef de <b>datum</b> waarop dit gesprek plaatsvond.	15/07/2019										
<b>Geef per bewoner aan of tijdens dit gesprek informatie geregistreerd werd met betrekking tot onderstaande thema's:</b>											
<b>Wie was / is de persoon (levensverhaal-identiteit)?</b>											
Persoonlijkheid / waarden											
Familiale achtergrond	x										
Relaties	x										
Seksualiteit											
Gewoontes											
Werk											
Tijdsbesteding / hobby's	x										
Geloof / spiritualiteit	x										
<b>Wat wenst de persoon vandaag en voor de toekomst?</b>											
Wensen op vlak van persoonlijke waarden											
Wensen op vlak van familie en relaties											
Wensen op vlak van intimiteit en seksualiteit											
Wensen op vlak van gewoontes	x										
Wensen op vlak van tijdsbesteding	x										
Wensen op vlak van geloof en spiritualiteit											
Wensen met betrekking tot levenseinde	x										
<b>Bijkomende vragen:</b>											
Geef een schatting van de gemiddelde tijdsbesteding voor het verzamelen van de antwoorden op bovenstaande vragen voor één bewoner (in minuten):											
Was het mogelijk om bovenstaande vragen per bewoner te beantwoorden aan de hand van één onderdeel binnen het (elektronisch) bewonersdossier? Zo nee, welke stappen diende u te ondernemen?											

Ondervond u nog andere moeilijkheden bij het beantwoorden van bovenstaande vragen per bewoner? Zo ja, welke en wat waren de voornaamste redenen voor deze moeilijkheden?
Heeft u nog opmerkingen met betrekking tot (de informatieverzameling voor) deze indicator?

<b>INFO:</b> Op basis van een bevragingronde bij gebruikers en experts en meerdere panelgesprekken werd een indicator geformuleerd met betrekking tot multidisciplinair overleg. Op basis van onderstaande meting bij 10 bewoners met dementie en enkele bijkomende informatievragen wordt de haalbaarheid van deze indicator onderzocht. Lees Stap 1 en 2 zeer grondig. Noteer uw antwoorden in de gele vakken.											
<b>Stap 1:</b> Bepaal hoeveel personen verbleven in het woonzorgcentrum met een zorgforfait <b>D of Cd gedurende de volledige periode</b> tussen <b>1 maart 2019</b> en <b>1 september 2019</b> :											
<b>Stap 2:</b> Vul onderstaand rooster in voor <b>10 bewoners</b> . Rangschik de bewoners met zorgforfait D of Cd uit stap 1 alfabetisch op familienaam en kies de eerste 10 personen.											
	Voorbeeld	Bewoner 1	Bewoner 2	Bewoner 3	Bewoner 4	Bewoner 5	Bewoner 6	Bewoner 7	Bewoner 8	Bewoner 9	Bewoner 10
Deze bewoner heeft zorgforfait: (D of Cd)	D										
Werd de bewoner besproken tijdens één of meerdere multidisciplinaire overlegmomenten (MDO)?	ja										
Tijdens hoeveel MDO's tussen <b>1 maart</b> en <b>1 september 2019</b> werd de bewoner besproken?	3										
Tijdens hoeveel van deze MDO's waarop de bewoner besproken werd, was de <b>verpleegkundige of zorgkundige</b> aanwezig die de persoon dagelijks ondersteunt?	3										
Tijdens hoeveel van deze MDO's waarop de bewoner besproken werd, waren naast een verpleegkundige of zorgkundige <b>minimaal 2 andere beroepsgroepen</b> (arts, ergotherapeut, psycholoog, kinesitherapeut, enz.) vertegenwoordigd?	3										
Bij hoeveel van deze MDO's waarop de bewoner besproken werd, was <b>zijn/haar huisarts aanwezig</b> ?	1										
Bij hoeveel van deze MDO's waarop de bewoner besproken werd, was er <b>betrokkenheid van zijn/haar huisarts</b> , hetzij door consultatie vooraf, hetzij door terugkoppeling nadien?	2										
<b>Tijdens hoeveel van deze MDO's tussen 1 maart en 1 september 2019 kwamen de volgende thema's aan bod in het gesprek over de bewoner?</b>											
Geluk en welbevinden (inspelen op persoonlijke wensen, autonomie bevorderen)	2										
Cognitief functioneren	1										
Fysieke gezondheid	2										
Pijn en ongemak	3										
Depressie en angst	2										
Moeilijk hanteerbaar gedrag / onbegrepen gedrag	3										
<b>Bijkomende vragen</b>											
Geef een schatting van de gemiddelde tijdsbesteding voor het verzamelen van de antwoorden op bovenstaande vragen voor één bewoner (in minuten):											
Hoeveel multidisciplinaire overlegmomenten vonden plaats in het woonzorgcentrum in de periode tussen 1 maart en 1 september 2019?											
Hoeveel bewoners met dementie werden gemiddeld besproken tijdens één MDO? Geef een schatting.											
Omschrijf kort de wijze waarop de multidisciplinaire overlegmomenten georganiseerd worden (bvb. wekelijks met een vaste kalender, op maat van de bewoners, enz.)											

Kwamen in de bespreking van bewoners met dementie tijdens de MDO's nog andere thema's aan bod dan de hierboven genoemde? Zo ja, welke?

Was het mogelijk om bovenstaande vragen per bewoner te beantwoorden aan de hand van één onderdeel binnen het (elektronisch) bewonersdossier? Zo nee, welke stappen diende u te ondernemen?

Ondervond u nog andere moeilijkheden bij het beantwoorden van bovenstaande vragen per bewoner? Zo ja, welke en wat waren de voornaamste redenen voor deze moeilijkheden?

Heeft u nog opmerkingen met betrekking tot (de informatieverzameling voor) deze indicator?

**INFO:** Uit een bevestigingsronde bij gebruikers en experts en meerdere panelgesprekken werd duidelijk dat een indicator met betrekking tot vorming en opleiding gericht op zorg voor personen met dementie als belangrijk beschouwd wordt. De formulering van deze indicator staat nog niet op punt. Aan de hand van onderstaande informatievragen zal bepaald worden of en hoe de indicator kan uitgewerkt worden. Noteer uw antwoorden in de gele vakken.

Werd in het woonzorgcentrum een vormingsplan opgesteld gericht op zorg voor personen met dementie?	
Op welke datum werd dit vormingsplan opgesteld?	
Op welke datum werd dit vormingsplan het laatst aangepast?	
Hoe frequent wordt dit vormingsplan gemiddeld aangepast?	
Is in het woonzorgcentrum een referentiepersoon dementie aangesteld die betrokken was bij het opstellen en aanpassen van het vormingsplan?	
<b>Geef aan welke van onderstaande thema's opgenomen zijn in het vormingsplan. Vul de lijst eventueel aan.</b>	
Geluk en welbevinden (inspelen op persoonlijke wensen, autonomie bevorderen) van personen met dementie	
Cognitief functioneren bij personen met dementie	
Fysieke gezondheid bij personen met dementie	
Pijn en ongemak bij personen met dementie	
Depressie en angst bij personen met dementie	
Moeilijk hanteerbaar gedrag / onbegrepen gedrag bij personen met dementie	
Vroegtijdige zorgplanning voor personen met dementie	
Bejegening van personen met dementie	
Relatie met mantelzorger(s) van personen met dementie	



<b>Geef aan welke vormingstypes opgenomen zijn in het vormingsplan. Vul de lijst eventueel aan.</b>	
Opleiding door externen (in house of buitenshuis)	
Coaching / on the job learning	
Zelf vorming geven	
Reflectiemomenten	
Intervisiegroepen	
<b>Geef aan welke personen opgenomen zijn als doelgroep in het vormingsplan. Vul de lijst eventueel aan.</b>	
Zorgpersoneel (verpleegkundigen, zorgkundigen)	
Directie	
Logistiek personeel (keuken, poets, ...)	
Familieleden, naaste(n), mantelzorger(s)	
<b>Bijkomende vraag</b>	
Beschrijf kort op welke wijze vormingsnoden in het woonzorgcentrum geïdentificeerd worden en hoe dit gedocumenteerd wordt.	



## Bijlage 6:

Voorbeeldfeedbackfiche piloottest indicatoren dementiezorg

# Feedbackfiche WZC [Naam WZC]

1. Afbakening van de populatie van personen met dementie

Naam WZC	Bilan	D of Cd forfait	D forfait	Cd forfait	% Cd met bilan
1/09/2019	9	38	3	35	17,1

Naam WZC	1/9/19	Indicator 1: opgenomen tussen 1/8/18-1/8/19	Indicator 2: aanwezig van 1/3-1/9/19	Software
D/Cd	38	8	38	[softwarepakket]

## 2. Indicator 1 'registratie van persoonlijke informatie'

Teller:

Aantal bewoners met dementie waarbij op basis van **een gesprek met de bewoner met dementie en/of zijn mantelzorg(er)s voor aanvang of tijdens de eerste maand van het verblijf** relevante persoonlijke informatie geregistreerd werd over **minimaal twee verschillende thema's**, waaronder 1 thema m.b.t. achtergrond en identiteit en 1 thema m.b.t. (toekomst)wensen.

Noemer:

Totaal aantal bewoners met dementie die minstens 1 maand en hoogstens 13 maanden in het woonzorgcentrum verblijven en reeds leden aan dementie bij aanvang van hun verblijf

Piloottest indicator 1 samengevat:

<b>9 woonzorgcentra</b>	<b>Naam WZC</b>
<b>71</b> nieuwe bewoners (1/8/2018-1/8/2019)	<b>8</b>
<b>71</b> gesprekken (100%) → 86% opnamedag of voordien – 14% in de maand na opname	<b>8</b>
Informatie over → gemiddeld <b>5,8</b> thema's achtergrond / <b>4,1</b> thema's toekomstwensen	<b>7 / 6,1</b>

Geschatte tijdsinvestering: **5 minuten** per bewoner

Opmerkingen bij indicator 1:

<b>Algemeen</b>	<b>Naam WZC</b>
Gegevens verzameld in de aanvangsfase van het verblijf kunnen niet altijd onderscheiden worden van gegevens die later toegevoegd werden in het bewonersdossier.	/

Berekening indicator 'registratie van persoonlijke informatie':

Volgens huidige formulering van de indicator: informatie geregistreerd over 1 thema m.b.t achtergrond en identiteit en 1 thema m.b.t. toekomstwensen (Thema's = 1/1)
Volgens strengere thema-voorwaarden: Informatie geregistreerd over 3 thema's m.b.t. achtergrond en identiteit en 3 thema's m.b.t. toekomstwensen (Thema's = 3/3)

Indicator 1	Aantal	%
Thema's = 1/1	70	98,6
Thema's = 2/2	62	87,3
Thema's = 3/3	54	76,1
Thema's = 4/4	41	57,7
Thema's = 5/5	37	52,1
Thema's = 6/6	27	38,0
Thema's = 7/7	1	1,4

WZC	Thema's = 1/1		Totaal
	Aantal	%	
1	3	100,0	3
2	8	100,0	8
3	9	100,0	9
4	7	87,5	8
5	5	100,0	5
Naam	8	100,0	8
7	10	100,0	10
8	10	100,0	10
9	10	100,0	10

WZC	Thema's = 3/3		Totaal
	Aantal	%	
1	3	100,0	3
2	2	25,0	8
3	3	33,0	9
4	3	37,5	8
5	5	100,0	5
Naam	8	100,0	8
7	10	100,0	10
8	10	100,0	10
9	10	100,0	10

Bijkomende duiding

De exacte norm m.b.t. het aantal thema's zal nog bepaald worden. Er zijn vanzelfsprekend nog andere mogelijkheden dan de bovenstaande, bv. verschillende minimumnorm voor thema's m.b.t. achtergrond/identiteit en toekomstwensen; hogere norm voor het totaal aantal thema's dan de som van beide soorten afzonderlijk, enz.

Gezien het feit dat er zich situaties kunnen voordoen waarbij geen informatie kan verzameld worden (vergevoerde dementie, geen familie) kan een niet-perfecte score als aanvaardbaar beschouwd worden.

## 3. Indicator 2 'multidisciplinair overleg'

Teller:

Aantal bewoners met dementie die in de afgelopen 6 maanden **minstens 5 maal** besproken werden in een multidisciplinair overleg waarbij vertegenwoordigers van **minstens 3 disciplines** aanwezig waren, waaronder de **zorgverlener die de persoon dagelijks ondersteunt** (verpleeg- of zorgkundige), waarbij er **minimaal betrokkenheid was van de huisarts**, en waarin **minimaal de volgende thema's** onder de aandacht gebracht werden: geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, onbegrepen gedrag.

Noemer:

Totaal aantal bewoners met dementie die minstens 6 maanden in het woonzorgcentrum verblijven en gedurende deze volledige periode leden aan dementie.

Piloottest indicator 2 samengevat:

9 woonzorgcentra	Naam WZC
90 bewoners (1/3/2019-1/9/2019)	10
71 bewoners besproken in minstens 1 MDO per half jaar (79%)	10 (100%)
Gemiddeld 2,4 MDO waarin de bewoner besproken is (217 MDO voor 90 bewoners)	2,8 (28)
Verpleeg- of zorgkundige die dagelijks ondersteunt aanwezig op elk MDO (100%)	100%
Minstens 3 disciplines in 90% van de MDO	100%
Huisarts betrokken of aanwezig in 58% van de MDO / Huisarts aanwezig in 7% van de MDO	64% / 25%
Thema geluk en welbevinden in 54% van de MDO	39%
Thema cognitief functioneren in 75% van de MDO	29%
Thema fysieke gezondheid in 83% van de MDO	64%
Thema pijn en ongemak in 52% van de MDO	39%
Thema depressie en angst in 45% van de MDO	29%
Thema onbegrepen gedrag in 38% van de MDO	25%

Geschatte tijdsinvestering: 5 minuten per bewoner

Opmerkingen bij indicator 2:

Algemeen	Naam WZC
Wat onder MDO verstaan wordt, verschilt voor verschillende woonzorgcentra.	<u>Geregistreerd:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formeel MDO enkele keren per jaar waarop artsen uitgenodigd, maar meestal niet aanwezig zijn;</li> <li>• Dagelijkse multidisciplinaire briefingmomenten waarop bewoners met aandachtspunten worden besproken</li> </ul> <u>Niet geregistreerd:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• /</li> </ul>

Berekening indicator 'multidisciplinair overleg':

Volgens huidige formulering van de indicator, maar zonder thema-voorwaarden: minstens 5 MDO per half jaar
Volgens minder strenge frequentievoorwaarde (zonder thema-voorwaarden): minstens 2 MDO per half jaar

Indicator 2 met voorwaarden: * Vk/zk aanwezig * 3 disciplines aanwezig * Betrokkenheid huisarts	Zonder thema-voorwaarden		Alle thema's besproken	
	Aantal	%	Aantal	%
Minstens 5MDO	9	10,0%	3	3,3%
Minstens 4MDO	10	11,1%	5	5,6%
Minstens 3MDO	15	16,7%	7	7,8%
Minstens 2MDO	26	28,9%	13	14,4%
Minstens 1MDO	42	46,7%	18	20,0%

WZC	% >=5MDO	% >=4MDO	% >=3MDO	% >=2MDO	% >=1MDO
1	0,0	0,0	0,0	20,0	40,0
2	0,0	0,0	0,0	10,0	10,0
3	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0
4	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0
5	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0
Naam	0,0	0,0	50,0	60,0	90,0
7	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0
8	0,0	0,0	0,0	60,0	100,0
9	0,0	0,0	0,0	10,0	20,0

### Bijkomende duiding

De voorwaarden m.b.t. de thema's worden niet meegenomen omdat de registratie vooral gebaseerd is op verslagen uit de voorbije periode. Er kan bijgevolg verwacht worden dat er geen neerslag is van thema's die voor een bewoner op dat ogenblik niet relevant waren.

De resultaten op deze indicator kunnen nog niet als betrouwbaar beschouwd worden gezien de uiteenlopende interpretaties van MDO door de verschillende woonzorgcentra in de piloottest. Bijkomend onderzoek is nodig na nauwkeurige definiëring van het begrip MDO. Werkwijzen die niet meteen passen in de huidige formulering maar wel hetzelfde doel bereiken en leiden tot een goede (of betere) kwaliteit van zorg niet mogen resulteren in nulcores.

## 4. Indicator 'vormingsplan'

*Deze indicator moet nog verder uitgewerkt worden, mede op basis van onderstaande informatie.*

Thema's	Aantal WZC
Onbegrepen gedrag	8
Bejegening	8
Cognitief functioneren	6
Pijn en ongemak	6
Geluk en welbevinden	5
Depressie en angst	5
Vroegtijdige zorgplanning	5
Relatie met mantelzorgers	4
Fysieke gezondheid	3

Vormingstypes	Aantal
Opleiding door externen	7
Zelf vorming geven	7
Intervisiegroepen	7
Coaching / on the job learning	5
Reflectiemomenten	5

Doelgroep	Aantal
Zorgpersoneel	8
Logistiek personeel	6
Mantelzorger(s)	6
Directie	4

Gemiddeld: **6,3** thema's in het vormingsplan

**Naam WZC:** Zes thema's, alle doelgroepen, vier vormingstypes uit bovenstaande lijst in het vormingsplan



## Bijlage 7

### Aanzet tot handleiding voor indicatoren dementiezorg 'registratie van persoonlijke informatie' en 'multidisciplinair overleg'

#### 1 Indicator 'Registratie van persoonlijke informatie'

Teller:

Aantal bewoners uit de noemer waarbij op basis van een gesprek met de bewoner en/of zijn mantelzorger(s) voor aanvang of tijdens de eerste maand van het verblijf relevante persoonlijke informatie geregistreerd werd over minimaal  $[x + y]$  verschillende thema's, waaronder  $[x]$  thema's m.b.t. levensverhaal en identiteit en  $[y]$  thema's m.b.t. (toekomst)wensen

Noemer:

Totaal aantal bewoners met D of Cd-forfait en/of gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier tijdens de volledige eerste maand van hun verblijf in het woonzorgcentrum die op de referentiedatum voor de indicator minstens 1 maand en hoogstens 13 maanden geleden opgenomen werden in permanent verblijf

##### 1.1 Motivering vanuit een persoonsgerichte benadering van zorg

De indicator 'Registratie van persoonlijke informatie' geeft een indicatie van de aandacht die in het woonzorgcentrum besteed wordt aan persoonlijke informatie die afgestemde zorg voor een bewoner met dementie mogelijk maakt.

Om te weten wat iemand vandaag nodig heeft, is het belangrijk te weten wie iemand was en wat hij/zij verlangt voor de toekomst. Hierbij is het niet de bedoeling om zondermeer vast te houden aan het verleden, maar de zorg af te stemmen op de identiteit van de persoon vandaag en wie hij morgen wil zijn. Kennis van persoonlijke informatie m.b.t. psychosociale, socioculturele en spirituele achtergrond en toekomstwensen vormt aldus de basis voor persoonsgerichte en afgestemde zorg en kan op die wijze bijdragen tot een optimale kwaliteit van leven.

Het is belangrijk om snel te beschikken over deze persoonlijke informatie als basis voor afgestemde zorg, bij voorkeur voor aanvang van het verblijf. Gesprekken met het oog op registratie van persoonlijke informatie moeten derhalve plaatsvinden tijdens de eerste maand of voor aanvang van het verblijf in het woonzorgcentrum. Deze gesprekken worden gevoerd met de bewoner en/of zijn mantelzorger(s) en resulteren in registratie van persoonlijke informatie met betrekking tot het levensverhaal van de bewoner en zijn/haar toekomstwensen.

##### 1.2 Bepaling van de noemer

De indicator wordt jaarlijks opgevraagd voor alle bewoners met D of Cd-forfait en/of een gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier die op de referentiedatum [nog te bepalen] minstens één maand en hoogstens 13 maanden in het woonzorgcentrum verblijven.

- Hoewel de persoonlijke informatie bij voorkeur gekend is voor aanvang van het verblijf, wordt bij het meten van de indicator één maand tijd gelaten voor het gesprek en de registratie ervan.
- De volgende werkwijze kan worden gehanteerd voor bepaling van de noemer:
  - Bij elke nieuwe opname in het woonzorgcentrum wordt het forfait of de aanwezigheid van een diagnostisch bilan bepaald. Bewoners met D/Cd-forfait en of een diagnostisch bilan in het medisch dossier worden geïnccludeerd.
  - Voor de bewoners die precies één maand na opname nog steeds binnen de inclusiecriteria vallen, worden gegevens verzameld voor de teller van de indicator.

### 1.3 Bepaling van de teller

Voor elke nieuwe bewoner (zie bepaling van de noemer) worden de volgende gegevens bepaald, precies één maand na opname van de bewoner in permanent verblijf in het woonzorgcentrum:

- De datum waarop de bewoner in permanent verblijf opgenomen werd in het woonzorgcentrum
- De datum(s) waarop het/de gesprek(ken) met de bewoner en/of mantelzorger met het oog op registratie van persoonlijke informatie plaatsvond(en).
- De thema's waarover persoonlijke informatie geregistreerd werd, aan de hand van een registratieformulier of overzichtstabel per bewoner met de volgende vooropgestelde thema's:

Wie was / is de persoon (levensverhaal-identiteit)?	Informatie geregistreerd?
Persoonlijkheid / waarden	
Familiale achtergrond	
Relaties	
Seksualiteit	
Gewoontes	
Werk	
Tijdsbesteding / hobby's	
Geloof / spiritualiteit	
<b>Wat wenst de persoon vandaag en voor de toekomst?</b>	
Wensen op vlak van persoonlijke waarden	
Wensen op vlak van familie en relaties	
Wensen op vlak van intimiteit en seksualiteit	
Wensen op vlak van gewoontes	
Wensen op vlak van tijdsbesteding	
Wensen op vlak van geloof en spiritualiteit	
Wensen met betrekking tot levenseinde	

De gedetailleerde meting van geregistreerde informatie per thema laat toe te visualiseren in welke mate aandacht besteed is aan de verschillende thema's en hierin op eigen tempo te evolueren naar kwaliteitsverbetering.

De aanvangsnorm met betrekking tot het aantal thema's waarvoor informatie geregistreerd is, wordt voorlopig vastgelegd op twee thema's, waaronder één thema met betrekking tot levensverhaal en identiteit en één thema met betrekking tot toekomstwensen. Deze norm wordt gaandeweg aangescherpt, mogelijk reeds na een eerste meting van de indicator in alle woonzorgcentra.

### **1.5 Beperking**

De indicator 'registratie van persoonlijke informatie' geeft een indicatie van de aandacht die in het woonzorgcentrum besteed wordt aan persoonlijke informatie die afgestemde zorg voor een bewoner met dementie mogelijk maakt, maar heeft ook een belangrijk beperking. Het meedelen en registreren van persoonlijke informatie moet immers een continu proces zijn, zodat dagdagelijks kan worden ingespeeld op (wisselende) noden en wensen.

Deze beperking wordt deels opgevangen in de indicator 'multidisciplinair overleg'. Dementie is geen chronische zorg, maar acute zorg waarbij continue evaluatie en bijsturing van de zorg noodzakelijk is. Inspelen op wisselende noden en wensen met het oog op een optimale kwaliteit van leven van de persoon met dementie, vormt hiervan een onderdeel en dient deel uit te maken van een regelmatige multidisciplinaire bespreking.

## 2 Indicator 'Multidisciplinair overleg'

Teller:

Aantal bewoners met dementie die in de afgelopen zes maanden minstens [x] maal besproken werden in een multidisciplinair overleg waarbij vertegenwoordigers van minstens drie disciplines aanwezig waren, waaronder de zorgverlener die de persoon dagelijks ondersteunt (verpleeg- of zorgkundige), waarbij er minimaal betrokkenheid was van de huisarts, en waarin minimaal de volgende thema's onder de aandacht gebracht werden: geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, onbegrepen gedrag.

Noemer:

Totaal aantal bewoners met D of Cd-forfait en/of gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier die gedurende de volledige periode van zes maanden voor de referentiedatum voor de indicator in het woonzorgcentrum verbleven.

### 2.1 Motivering vanuit een persoonsgerichte benadering

Persoonsgerichte zorg voor bewoners met dementie in woonzorgcentra vereist een professionele, geïntegreerde benadering van een complexe problematiek die zich uit in verschillende levensdomeinen. Om deze geïntegreerde benadering mogelijk te maken is multidisciplinair of interdisciplinair teamwork essentieel (Schols & Kardol, 2017).

Het multidisciplinair overleg (MDO) wordt in de eerste plaats georganiseerd om een goede afstemming van zorg op (de noden en wensen van) de bewoner met dementie te bereiken met het oog op een optimale kwaliteit van leven.

De zorg voor een bewoner met dementie start met een geïntegreerd zorgplan, opgemaakt op basis van een grondige beoordeling van relevante bio-psychosociale factoren en in samenspraak met de bewoners en/of zijn/haar voornaamste mantelzorg(er)s. De uitvoering en bijsturing van het zorgplan is de verantwoordelijkheid van de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorg in het woonzorgcentrum. De kwaliteit van zorg hangt hierbij niet alleen af van de individuele disciplines, maar vooral van de mate waarin afstemming op de noden van de bewoner gerealiseerd wordt door een geïntegreerde aanpak. Gezien de snelle evolutie in dementie kan deze afstemming alleen voldoende bereikt worden bij zeer regelmatige multidisciplinaire bespreking van de persoon.

De zorgverlener (zorgkundige of verpleegkundige) die dagelijks in relatie treedt met de persoon met dementie en zicht heeft op de wisselwerking tussen het fysieke, psychosociale en cognitieve functioneren van de persoon vormt hierbij de spilfiguur. Dementie blijft evenwel een ziekte die bovendien snel evolueert. Voldoende bespreking van de bewoner in samenspraak met een (huis)arts met medische kennis en expertise zijn bijgevolg absoluut noodzakelijk om een optimale kwaliteit van leven van personen met dementie te bereiken. Bij voorkeur is de huisarts aanwezig op het multidisciplinair teamoverleg.

De bespreking van de bewoner moet niet uitsluitend gericht zijn op noden en beperkingen die met dementie gepaard gaan, maar uitgaan van mogelijkheden en wensen. Het is bijgevolg uiterst belangrijk om het thema geluk en welbevinden expliciet op te nemen in het multidisciplinair overleg. Dit thema gaat over aandacht voor kleine dagelijkse dingen die inspelen op persoonlijke voorkeuren

en wensen en die bijdragen tot een genormaliseerd leven in het woonzorgcentrum en een gevoel van autonomie.

Veranderingen in het cognitieve en fysieke functioneren kunnen een aanzienlijke impact hebben op de kwaliteit van leven van personen met dementie. Regelmatige bespreking van (veranderingen in) het cognitieve functioneren en de fysieke gezondheid maken het mogelijk om deze veranderingen op te volgen en te vertalen in een zorgdiagnose gericht op behoud en verbetering van het actuele functioneringsniveau en een maximale levenskwaliteit.

Pijn is een belangrijk en onderbelicht probleem bij dementie. Het risico op niet gedetecteerde en onbehandelde pijn is aanzienlijk en verhoogt naarmate de persoon zich in een later stadium van dementie bevindt. Aandacht voor pijn en ongemak maken afgestemde interventies en behandelingen mogelijk en kunnen de kwaliteit van leven van personen met dementie in een later stadium aanzienlijk verhogen.

Psychiatrische symptomen zoals depressie en angst komen vaak voor bij personen met dementie. Ze vormen een belangrijke bron van invaliditeit en ongemak en hebben een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. Regelmatige aandacht voor tekenen van depressie en angst kan leiden tot afgestemde zorg en een verhoogde kwaliteit van leven voor de persoon met dementie

Personen met dementie kunnen niet altijd uiten welke noden en problemen ze ervaren. Dit leidt soms tot onbegrepen gedrag dat moeilijk te hanteren kan zijn en ook voor de persoon zelf een belangrijke bron van invaliditeit, onrust en ongemak betekent, met een aanzienlijke negatieve impact op de kwaliteit van leven. Aandacht voor de uitlokkende, versterkende en beïnvloedende factoren van onbegrepen gedrag, maakt gepaste (psychosociale) interventies mogelijk en leidt tot beter afgestemde zorg en een verhoogde kwaliteit van leven.

## 2.2 Motivering vanuit de wettelijke bepalingen

In het Decreet betreffende de woonzorg van 15 februari 2019 (Afdeling 4, artikel 34) zijn o.a. de volgende opdrachten voor het woonzorgcentrum vermeld:

- Multidisciplinaire zorg en ondersteuning aanbieden op het vlak van a) persoonsverzorging, paramedische en verpleegkundige zorg en b) psychosociale, agogische en existentiële ondersteuning
- Ervoor zorgen dat voor elke gebruiker een voor zorgverleners toegankelijk woonzorgleefplan wordt opgemaakt dat permanent wordt bijgewerkt en afgestemd is met de gebruiker, met als doel de zorg en ondersteuning aan de gebruiker continu, persoonsgericht en op maat te laten verlopen in functie van zijn evoluerende zorg- en ondersteuningsvraag.

Het multidisciplinair overleg dient gericht te zijn op het vervullen van deze opdrachten en kan gedefinieerd worden als een reflectiemoment waarbij kennis en deskundigheid vanuit meerdere disciplines of beroepsgroepen gecombineerd ingezet wordt met het oog op het opstellen van een geïntegreerd woonzorgleefplan dat optimaal afgestemd is op noden van de bewoner.

In het Koninklijk Besluit van 9 maart 2014 tot wijziging van het Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis van 21 september 2004 is bovendien (opnieuw) vastgelegd dat er minstens tweemaandelijks een pluridisciplinair overleg georganiseerd moet worden, waarbij het de taak van de hoofdverpleegkundige is om deze organisatie op zich te nemen:

- In samenspraak met de hoofdverpleegkundige(n) staat de coördinerend en raadgevend arts in voor de volgende taken:
  - Zorggerelateerde taken:
    - Het pluridisciplinair overleg organiseren dat minstens om de twee maanden plaatsvindt; de zorgverstrekkers verbonden aan de instelling nemen hieraan deel en de behandelende artsen worden uitgenodigd;
- De hoofdverpleegkundige(n) moet(en) de volgende taken vervullen:
  - De pluridisciplinaire werking van het verpleegkundig en paramedisch personeel, personeel voor reactivering, de kinesitherapeuten en de zorgkundigen coördineren;

Op basis van deze bepalingen kan gesteld worden dat het multidisciplinair overleg minstens driemaal per half jaar moet plaatsvinden.

## 2.2 Bepaling van de noemer

De indicator wordt jaarlijks opgevraagd voor alle bewoners met D of Cd-forfait en/of een gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier die gedurende de volledige periode van zes maanden voor de referentiedatum [nog te bepalen] in het woonzorgcentrum verbleven.

De periode voor registratie wordt tot zes maanden beperkt gezien de eerder korte gemiddelde verblijfsduur van personen met dementie in het woonzorgcentrum.

De volgende werkwijze kan worden gehanteerd voor bepaling van de noemer:

- De lijst van bewoners met D/Cd-forfait en/of gespecialiseerd diagnostisch bilan in het medisch dossier wordt getrokken voor de referentiedatum én voor de begindatum van de meetperiode, d.i. precies zes maanden voor de referentiedatum.
- Voor bewoners die op beide lijsten voorkomen, worden gegevens verzameld voor de teller van de indicator.

## 2.3 Bepaling van de teller

Deze indicator betreft het aantal bewoners waarvoor een bespreking plaatsvond tijdens een overleg met multidisciplinaire samenstelling en interdisciplinaire werking (MDO).

Hierbij dient het multidisciplinair overleg opgevat te worden als een reflectiemoment waarbij kennis en deskundigheid vanuit meerdere disciplines of beroepsgroepen gecombineerd ingezet wordt met het oog op geïntegreerde zorgplanning en optimale afstemming van zorg op de noden van een bewoner met dementie.

Voor de bepaling van de teller zijn de volgende voorwaarden van tel:

- Voorwaarden met betrekking tot disciplines:
  - Aanwezigheid van vertegenwoordigers van minimaal drie disciplines of beroepsgroepen: (hoofd)verpleegkundige, zorgkundige, huisarts/CRA, arts-specialist, ergotherapeut, kinesitherapeut, psycholoog, muziektherapeut, palliatief coördinator, sociale dienst, enz.
  - Minimale aanwezigheid van de verpleegkundige of zorgkundige die de persoon dagdagelijks ondersteunt
  - Minimale betrokkenheid van de huisarts bij voorkeur door aanwezigheid op het overleg, minimaal via consultatie voorafgaand aan het multidisciplinair overleg

waarop de bewoner besproken wordt. Deze consultatie vooraf gebeurt op initiatief van het woonzorgcentrum en kan de vorm aannemen van:

- Een telefonisch overleg met de zorgmedewerker in het woonzorgcentrum, betrokken bij de zorg voor de bewoner en verantwoordelijk voor de organisatie van het MDO (bvb. de hoofdverpleegkundige of CRA).
  - Schriftelijke input ter voorbereiding van de bespreking in het MDO. De huisarts antwoordt hierbij op eventuele vragen vanuit het woonzorgcentrum en wordt gevraagd zelf informatie aan te reiken op basis van zijn/haar contact met de bewoner.
- Voorwaarden met betrekking tot thema's:
    - Thema's die minimaal aan bod moeten komen zijn: geluk en welbevinden, cognitief functioneren, fysieke gezondheid, pijn en ongemak, depressie en angst, (oorzaken van) onbegrepen gedrag.
    - Niet elk thema moet voor elke bewoner uitgebreid besproken zijn, maar wordt op zijn minst onder de aandacht gebracht om te vermijden dat belangrijke kantelmomenten gemist worden.
    - Om aan deze voorwaarde van de indicator te kunnen voldoen en te kunnen registreren of er aandacht was voor een bepaald thema voor een bepaalde bewoner moet elk thema standaard op de agenda staan.

Voor elke bewoner die minimaal zes maanden permanent in het woonzorgcentrum verblijft (zie bepaling van de noemer) worden de volgende gegevens bepaald:

- Het aantal MDO die voldoen aan bovenstaande voorwaarden met betrekking tot aanwezigheid en/of betrokkenheid van disciplines en met betrekking tot de vooropgestelde thema's.
- De registratie hiervan kan gebeuren aan de hand van een registratieformulier of overzichtstabel per bewoner:

Disciplines	MDO 1	MDO 2	...
De zorg/verpleegkundige die de persoon dagelijks ondersteunt is aanwezig			
Minimaal drie disciplines zijn aanwezig			
De huisarts is aanwezig			
De huisarts is betrokken door consultatie vooraf			
<b>Thema's onder de aandacht gebracht</b>			
Geluk en welbevinden (inspelen op persoonlijke wensen, autonomie bevorderen)			
Cognitief functioneren			
Fysieke gezondheid			
Pijn en ongemak			
Depressie en angst			
Moeilijk hanteerbaar gedrag / onbegrepen gedrag			

Overlegvormen die in aanmerking komen voor registratie voor indicator 2 'multidisciplinair overleg' indien voldaan is aan de bijkomende voorwaarden met betrekking tot disciplines en thema's, kunnen zijn:

- Een multidisciplinair overleg waarop gereflecteerd wordt over de zorg voor enkele tot alle bewoners met het oog op een geïntegreerd zorgplan en dat wekelijks, tweemaal per week, tweewekelijks, maandelijks, ... met een vaste kalender plaatsvindt.
- Een (quasi) dagelijks multidisciplinair overleg waarop gereflecteerd wordt over de zorg voor één tot enkele bewoners met het oog op een geïntegreerd zorgplan. Een dergelijke werkwijze gaat meestal samen met planning op maat van de bewoner.
- Onregelmatig georganiseerd multidisciplinair overleg op maat van de bewoner, bv. bij kantelmomenten. Dit kan de vorm aannemen van een bespreking van (een) bewonerscasus(sen), maar moet steeds gericht zijn op geïntegreerde zorgplanning.
- Wanneer in bovenstaande multidisciplinaire overlegvormen slechts één bewoner besproken wordt, kan de bewoner en/of een mantelzorger deelnemen aan het gesprek.

Werkwijzen en overlegvormen die niet onder MDO vallen zoals hierboven gedefinieerd, kunnen zijn:

- Briefingmomenten die eerder gaan over de algemene toestand van de bewoner en de dagelijkse uitvoering van het zorgplan, met overdracht tussen zorgverleners als voornaamste doel.
- Intervisies en besprekingen van bewonerscasussen met het oog op vorming van medewerkers, eerder dan zorgplanning.

Op basis van de wettelijke bepalingen kan de minimumnorm met betrekking tot de frequentie van het multidisciplinair overleg per bewoner op drie MDO per half jaar gelegd worden. Gezien de sterke evolutie in dementie, blijft het streefdoel evenwel een quasi maandelijks overleg (vijf MDO per zes maanden)

De aandacht die aan specifieke thema's wordt besteed, wordt zichtbaar gemaakt door gedetailleerde registratie per thema.

### **1.5 Beperking**

De indicator rond multidisciplinair overleg geeft een indicatie van een benadering waarin gestreefd wordt naar coherente, geïntegreerde, afgestemde en persoonsgerichte zorg, gericht op het bereiken van een optimale levenskwaliteit voor elke bewoner.

Het is evenwel belangrijk dat een multidisciplinaire bespreking actiegericht is en dat de bewoner met dementie en/of mantelzorger betrokken is bij de aanpassingen in het woonzorgleefplan in aansluiting hierop. Inspraak bij de opstelling van het zorgplan en de opstart van interventies of behandelingen zorgen voor een gevoel van autonomie en afgestemde zorg die als zinvol ervaren wordt. Deze aspecten worden niet gevat in de indicator. Op termijn kan hiertoe een bijkomende indicator geformuleerd worden met betrekking tot persoonsgerichte zorgplanning en de rol van bewoners en mantelzorgers in dit proces.





# Nota

---

<b>Titel:</b>	<b>Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra: Herwerking indicator G 'chronisch medicatiegebruik met systemisch effect'</b>
<b>Auteur:</b>	<b>Anja Daems, Aline Sevenants, Inge Neyens, Chantal Van Audenhove</b>
<b>Datum:</b>	<b>14/05/2019</b>

---

## 1 Achtergrond

In opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid meet het Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra (VIP WZC) de kwaliteit van zorg en leven in de Vlaamse woonzorgcentra aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Na de inhoudelijke opbouw en implementatie (2011-2016), staat LUCAS KU Leuven verder in voor de wetenschappelijke opvolging van de definities en meetprocedures van de kwaliteitsindicatoren.

Deze nota betreft de herwerking van indicator G - chronisch medicatiegebruik met systemisch effect:

- G1: Percentage bewoners met vijf tot en met negen verschillende soorten geneesmiddelen voorgeschreven door de (huis)arts
- G2: Percentage bewoners met tien of meer verschillende soorten geneesmiddelen voorgeschreven door de (huis)arts

Geïnccludeerd zijn alle erkende geneesmiddelen met systemische werking, voorgeschreven door een arts en minstens 30 dagen in gebruik (m.i.v. stand orders toegediend op de dag van de meting).

De indicator werd uitgewerkt op basis van een ontwerp van Prof. Dr. R. Vander Stichele, Dr. M. Azermai en Prof. Dr. M. Elseviers (UGent) en goedgekeurd door de gebruikersgroep en stuurgroep van het VIP WZC.

## 2 Probleemstelling

Voor de meting van indicator G moet per bewoner een arbeidsintensieve, manuele telling van het medicatiegebruik uitgevoerd worden door een verpleegkundige. Hierbij gebeurt de interpretatie van de definities niet altijd correct. Om die reden werd in 2016 beslist de meting van indicator G voorlopig stop te zetten en in 2017 een traject op te starten voor herwerking van indicator G met het oog op:

1. Eenduidige interpretatie van de definities door inhoudelijke herformulering van indicator G.
2. Vereenvoudigde digitale meting van de indicator door gebruik te maken van bestaande datasystemen.

### 2.1 *Inhoudelijke herdefiniëring van indicator G*

Een panelgesprek en daaropvolgende consultatie van experts leidde tot de volgende suggestie met betrekking tot de herformulering van indicator G:

- Uitwerking van resultaatindicatoren m.b.t. specifieke groepen van potentieel ongeschikte geneesmiddelen in de context van woonzorgcentra, waaronder slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepines) en antipsychotica. Vooral langdurig gebruik (> 1 maand, zie GheOP<sup>3</sup>S tool<sup>1</sup>, 2014) is problematisch.

Aangezien polyfarmacie (gebruik van 5 of meer chronische geneesmiddelen) geassocieerd wordt met verhoogd risico op geneesmiddel gebonden problemen, blijft het evenwel aanbevolen om ook de huidige indicator m.b.t. het aantal gebruikte geneesmiddelen te behouden (zie GheOP<sup>3</sup>S tool, waarin deze factor als indicator voor het gebruik van de tool vermeld wordt).

### 2.2 *Digitale meting op basis van bestaande datasystemen*

Na consultatie van softwareleveranciers en experts inzake elektronische zorgdossiers en medicatie-databases (RIZIV, Kovag, APB, FarmaFlux<sup>2</sup>), werd geen pasklare oplossing voor indicator G gevonden:

- Het VIDIS-project (waarin alle digitaal beschikbare informatie m.b.t. medicatie aan elkaar gelinkt wordt, en dat zal starten met een pilootproject in woonzorgcentra) is veelbelovend, maar de financiering en de uitrol hiervan zijn nog onzeker.
- De IMA-databank bevat enkel gegevens van terugbetaalde medicatie, daarenboven beschikbaar met een aanzienlijke vertraging, die in de context van de woonzorgcentra leidt tot snel achterhaalde cijfers (gezien de beperkte verblijfsduur van bewoners en de relatief snel wisselende populatie).

Veelbelovend zijn de mogelijkheden van de vzw FarmaFlux (opgericht en beheerd door de beroepsorganisaties APB, OPHACO, VAN en AUP) die onder meer gegevens aanlevert voor het Project Psychofarmaca in woonzorgcentra (VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs). In dit project zijn een aantal monitoringelementen m.b.t. medicatiegebruik gedefinieerd die nauw aansluiten bij de definities en voorstellen tot herwerking van indicator G.

### 2.3 *Relevante monitoringelementen uit het project Psychofarmaca in woonzorgcentra*

Met betrekking tot polyfarmacie (algemeen chronisch geneesmiddelengebruik) – aansluitend bij de huidige indicator G – zijn volgende twee monitoringelementen van belang:

- Percentage bewoners met 5 tot en met 9 verschillende soorten chronische geneesmiddelen
- Percentage bewoners met 10 of meer verschillende soorten chronische geneesmiddelen

Geïnccludeerd zijn alle geregistreerde geneesmiddelen (wettelijk statuut). Chronisch wordt gedefinieerd als 90 (of meer) DDD (Defined Daily Doses), aansluitend voorgeschreven en afgeleverd (merk hierbij op:

---

<sup>1</sup> GheOP<sup>3</sup>S-tool (2014). De Ghent Older People's Prescriptions Community Pharmacy Screening-tool.  
<https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheops.htm/gheopsnl.htm>

<sup>2</sup> [www.farmaflux.be](http://www.farmaflux.be)

90 DDD komt niet noodzakelijk overeen met een periode van 90 dagen; bv. bij inname van een dubbele dosis is 90 DDD gelijk aan 45 dagen). Indien voor een bewoner meer dan 90 DDD van 5 tot 9 (10 of meer) verschillende geneesmiddelen afgeleverd werden in de drie maanden voor het meetmoment wordt de bewoner opgenomen in de teller van het monitoringelement.

De gegevens m.b.t. aflevering van medicatie worden continu gecapteerd door FarmaFlux en teruggekoppeld aan de apotheker die in het woonzorgcentrum de farmaceutische zorg levert. Deze gegevens zijn evenwel niet volledig correct. FarmaFlux registreert afgeleverde verpakkingen. Aangezien apothekers in kader van TpE<sup>3</sup> (Tarifiering per Eenheid voor terugbetaalde geneesmiddelen) meestal de grootste verpakkingen afleveren aan bewoners van woonzorgcentra (tot 200 tabletten voor bepaalde types medicatie), kan er niet zondermeer vanuit gegaan worden dat de medicatie stopgezet werd indien geen nieuwe verpakking afgeleverd werd binnen de grens van drie maanden.

Er bestaat hiervoor een mogelijke oplossing. In kader van TpE voor woonzorgcentra werden speciale achterliggende CNK-productcodes gecreëerd om een systeem van aflevering, facturatie en tarifiering per week mogelijk te maken. Op basis hiervan zou FarmaFlux correcte cijfers m.b.t. medicatiegebruik kunnen aanleveren op weekbasis. Momenteel worden deze codes niet gecapteerd door FarmaFlux. Daarenboven is TpE enkel van toepassing voor terugbetaalde geneesmiddelen, zodat registratie van deze codes geen inzicht geeft in de niet-terugbetaalde geneesmiddelen.

Wat betreft specifieke psychofarmaca, aansluitend bij de voorgestelde subindicatoren voor indicator G m.b.t. gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en antipsychotica zijn de volgende monitoring-elementen relevant:

- Percentage bewoners met minstens 1 slaap- en kalmeringsmiddel
- Percentage bewoners met minstens 2 of meer slaap- en kalmeringsmiddelen
- Percentage bewoners met minstens 1 antipsychoticum
- Percentage bewoners met minstens 2 of meer antipsychotica

Daarnaast wordt in het project Psychofarmaca in woonzorgcentra ook het gebruik van antidepressiva opgevolgd en de combinatie van verschillende psychofarmaca:

- Percentage bewoners met minstens 1 antidepressivum
- Percentage bewoners met minstens 2 of meer antidepressiva
- Percentage bewoners met minstens 1 psychofarmacon
- Percentage bewoners met minstens 2 of meer psychofarmaca

Op de meetdatum wordt bepaald of deze types van medicatie al dan niet werden afgeleverd voor een bewoner in de voorbije drie maanden. Het aspect chronisch gebruik wordt hierbij niet meegenomen. Fluctuaties in de data (onder meer als gevolg van verschillende verpakkingsgroottes) worden grotendeels uitgemiddeld door de periode van meting voldoende groot te nemen (i.c. drie maanden).

### 3 Besluit

Het is aangewezen om de herwerking van indicator G af te stemmen op het Project Psychofarmaca in woonzorgcentra en het gebruik van FarmaFlux verder te onderzoeken. Hierbij gelden volgende overwegingen:

---

<sup>3</sup> TpE : <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/tarifieren/paginas/tarifiering-eenheid-geneesmiddelen-openbare-apotheken-rvt-rob.aspx>

- In het project Psychofarmaca in woonzorgcentra ligt de klemtoon op het opvolgen van de evolutie in medicatiegebruik. De foutenmarge in de gegevens die op dit ogenblik door FarmaFlux aangeleverd kunnen worden, is constant over meetmomenten heen en heeft bijgevolg een beperkte invloed op de interpretatie van deze evolutie. De doelstelling van het VIP WZC daarentegen is breder en streeft naar kwaliteitsindicatoren die – naast kwaliteitsverbetering – bruikbaar zijn voor benchmarking, beleidsmonitoring en publieks-rapportering. In dit kader is het van belang om zo correct mogelijke cijfers te bekomen. Dit betekent het volgende:
  - Een indicator m.b.t. chronisch medicatiegebruik kan momenteel niet op een voldoende betrouwbare en correcte wijze worden gemeten voor diverse medicatietypes op basis van de cijfers die FarmaFlux kan aanleveren. De foutenmarge per medicatietype hangt onder meer af van gangbare verpakkingsgroottes. Bijkomend gebruik van gegevens uit het systeem van Tarifiering per Eenheid zou hiervoor een oplossing kunnen vormen.
  - Een indicator m.b.t. chronisch gebruik van antipsychotica (minimum 1 maand gebruik) zou wel op betrouwbare en correcte wijze kunnen worden gemeten aangezien voor dit type (terugbetaalde) medicatie het systeem van Tarifiering per Eenheid geldt. Dit impliceert bijkomende ontwikkeling binnen FarmaFlux en mogelijk een tussenkomst op niveau van alle apotheek-softwareleveranciers.
  - Een indicator m.b.t. psychofarmacagebruik (gecombineerd of per type) in een afgebakende periode van drie maanden, zonder rekening te houden met de duur van het gebruik (of het aantal afgeleverde DDD), zou kunnen worden gedefinieerd in aansluiting met het project Psychofarmaca in woonzorgcentra. Hierbij gelden de volgende overwegingen:
    - De cijfers kunnen niet als een exacte weergave van het effectieve gebruik op de meetdatum worden beschouwd en moeten ook als dusdanig geïnterpreteerd worden.
    - Voor het bepalen van de frequentie van rapportering voor de indicator moet worden rekening gehouden met de wisselende zorgzwaarte als gevolg van de eerder beperkte verblijfsduur en wisselende populatie van bewoners in woonzorgcentra.
- Gezien de schaalgrootte van het VIP WZC in vergelijking met het project Psychofarmaca in woonzorgcentra is het onduidelijk wat de implicaties zijn van het gebruik van FarmaFlux qua kostprijs.
- In het project Psychofarmaca in woonzorgcentra verloopt de rapportering uitsluitend via de apotheker die de farmaceutische zorg levert. Hoewel automatische rapportering naar de overheid in het kader van het Vlaams indicatorenproject een te overwegen mogelijkheid is, mag niet uit het oog worden verloren dat het ondersteunen van de apotheker in zijn rol als zorgverstrekker de voornaamste doelstelling van FarmaFlux is.

