

Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan vervolgonderzoek

Lotte Vanneste¹
Els Vanlinthout²
Reini Haverals¹
Kaat Van Roy¹
Prof. dr. Anja Declercq²
Prof. dr. Pauline Boeckxstaens¹

¹ Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

² LUCAS KU Leuven

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

**STEUNPUNT
 WELZIJN
 VOLKSGEZONDHEID &
 GEZIN**

Publicatie nr. 2022/03
 SWVG-Rapport 03
 Titel rapport: Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan - vervolgonderzoek

Promotoren: Prof. dr. Pauline Boeckxstaens¹, prof. dr. Anja Declercq²
 Onderzoekers: Lotte Vanneste¹, Els Vanlinthout², Reini Haverals¹, Kaat Van Roy¹

¹ Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

² 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>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Ann Van Hecke
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Piet Stinissen
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan - vervolgonderzoek

Onderzoeker: Lotte Vanneste¹, Els Vanlinthout²

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq², Prof. dr. Pauline Boeckxstaens¹

¹ Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

² LUCAS KU Leuven

Samenvatting

Inleiding en literatuur

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid streeft ernaar om de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag (PZOV) centraal te zetten in de zorg, waarbij de zorg is afgestemd op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren van elke burger. Een concept dat tegemoetkomt aan deze vraaggestuurde visie is doelgerichte zorg, waarbij de noden, waarden en doelen van de PZOV centraal staan en de zorg vormgeven (Boeckxstaens, 2014; Lines et al., 2015; Mold et al., 1991; Stanhope & Matthews, 2019; Steele Gray et al., 2020). Om dit mogelijk te maken, dient de communicatie tussen de burger en verschillende zorgpartners gefaciliteerd te worden. Daarom investeert de Vlaamse Regering in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP), waarbij de zorgnoden en de doelstellingen van de persoon als uitgangspunt worden genomen (Vlaamse Regering, 2019). Het DZOP streeft ernaar een digitaal communicatie- en planningsinstrument en samenwerkingsplatform te zijn, met als doel om de zorgcontinuïteit te bevorderen. Door de levensdoelen als fundament van het DZOP te hanteren, beoogt het Vlaams Agentschap een zorgproces dat zich expliciet richt op wat voor de persoon belangrijk en betekenisvol is (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017) .

In een eerste onderzoeksfase werd het proces van doelgerichte zorg onder de loep genomen en werden reeds inzichten verworven over hoe de levensdoelen het fundament van het DZOP kunnen vormen (Vanneste et al., 2021). Om na te gaan wat de levensdoelen van een PZOV zijn, dient de zorgaanbieder met hem in gesprek te gaan (Boeykens et al., n.d.). Dit is de *goal-elicitation encounter* en een belangrijke stap in het bepalen van de levensdoelen. Als een zicht is bekomen op de levensdoelen stellen de zorgverlener en de PZOV in vervolggesprekken samen zorgdoelen op, die maximaal zijn afgestemd op de levensdoelen (Berntsen et al., 2018; Van Dongen et al., 2016; Vanneste et al., 2021; Vermunt et al., 2018).

Daarnaast wenst het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid te verkennen op welke manier BelRAI geïntegreerd kan worden in een doelgericht DZOP. BelRAI staat voor de Belgische versies van interRAI, een verzameling van beoordelingsinstrumenten die het fysiek, sociaal en psychisch functioneren van kwetsbare personen in kaart brengen. BelRAI heeft tot doel om zorgverleners te ondersteunen om de noden en het functioneren van kwetsbare personen en personen met complexe zorgnoden in kaart te brengen, om hen op te volgen en om samen een kwaliteitsvol zorgplan met individuele zorgdoelen op te stellen (*BelRAIWiki: Main*, n.d.; *InterRAI | Improving Health Care Across The Globe*, n.d.; Declercq, 2019; Van Eenoo et al., 2017).

Om tot de opbouw van het DZOP te komen zijn twee onderzoeken gevoerd: het onderzoek naar doelgerichte zorg en het onderzoek dat nagaat wat de rol van BelRAI hierin kan zijn. Gezien de integratie van doelgerichte zorg en BelRAI in het DZOP wordt dit onderzoek gerealiseerd in nauwe samenwerking met elkaar, waarbij de data-verzameling en rapportering gelijklopend en in samenwerking met elkaar verliepen. Hierbij heeft elk onderzoek zijn eigen te beantwoorden onderzoeksvragen en wordt zowel voor doelgerichte zorg als voor BelRAI een onderzoeksrapport opgesteld. Doordat het onderzoek en de rapportering samen zijn uitgevoerd, zijn de hoofdstukken literatuur, methode, resultaten en conclusie grotendeels identiek aan elkaar in de twee rapporten, met enkele nuance verschillen. Het verschil tussen de rapporten situeert zich in de onderzoeksvragen, die per rapport individueel werden opgesteld, en de discussie waarin deze vragen beantwoord worden. Het rapport waar de focus op BelRAI ligt, heeft als titel *'Het operationaliseren van BelRAI resultaten in een doelgericht zorgplan'*.

Een uitgebreide toelichting van doelgerichte zorg, BelRAI en de stap naar een digitaal zorg- en ondersteuningsplan kan u terugvinden in hoofdstuk 1 Literatuur.

Onderzoeksdoelstellingen en onderzoeksvragen

Het onderzoek heeft twee doelstellingen. De eerste onderzoeksdoelstelling is het verder ontwikkelen en operationaliseren van het proces van doelgerichte zorg zoals gedefinieerd in de eerste onderzoeksfase, om een DZOP te ontwikkelen die doelgerichte zorg mee ondersteunt (Vanneste et al., 2021). De tweede onderzoeksdoelstelling verkent op welke manier BelRAI en doelgerichte zorg mogelijks samengaan in een toekomstig digitaal zorg- en ondersteuningsplan.

De onderzoeksdoelstellingen leiden tot de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Hoe willen zorgaanbieders digitaal ondersteund worden bij het verlenen van doelgerichte zorg?
 - a. Welke structuur moet het DZOP hebben en welke elementen moeten hierin opgenomen worden?
 - b. Hoe willen zorgaanbieders levensdoelen, zorgdoelen en een zorgplanning registreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?
- 2) Op welke manier kunnen doelgerichte zorg en BelRAI gelinkt worden in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?
 - a. Welke elementen van BelRAI kunnen doelgerichte zorg ondersteunen en bevorderen?
 - b. Welke input vanuit het doelgericht gesprek en welke input vanuit BelRAI kunnen de zorgaanbieder ondersteunen in het verlenen van doelgerichte zorg in het DZOP?

De onderzoeksdoelstellingen en onderzoeksvragen zijn terug te vinden in hoofdstuk 2.

Methode

Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen wordt als onderzoeksmethode 'participatory action research' (PAR) gebruikt. Kenmerkend voor deze methode is dat onderzoekers nauw samenwerken met het werkveld en dat actief deelnemen en reflecteren centraal staan (Baum et al., 2006). In het onderzoek volgen vijf eerstelijnszorgverleners, met expertise in het werken met BelRAI, een training doelgerichte zorg. In deze training wordt een koppeling met BelRAI gemaakt.

De training bestaat uit twee opleidingsdagen, twee opdrachten en een focusgroep. Tijdens de opleidingsdagen is er aandacht voor leren van en met elkaar en worden reflecties over de huidige zorg en het eigen handelen gemaakt. In de focusgroep leggen we de link met het DZOP en spitsen we ons toe op het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De opleidingsdagen werden opgenomen en vervolgens verbatim getranscribeerd. De transcripten werden thematisch geanalyseerd per opleidingsdag en de bekomen thema's worden beschrijvend weergegeven in de resultaten.

Een gedetailleerde omschrijving van de opbouw van de training, de rekrutering van de participanten en de data-analyse geven we weer in hoofdstuk 3 Methode.

Resultaten

De eerste opleidingsdag is de meest theoretische van alle drie en focust in het begin op de theorie en de concepten van doelgerichte zorg. De deelnemers reflecteren over wat doelgerichte zorg voor hen betekent en welke meerwaarde en drempels het kan hebben in hun werking. Tijdens het tweede deel van de dag richten we ons op BelRAI en proberen we de link te leggen tussen BelRAI en doelgerichte zorg. De deelnemers delen hun ervaringen met BelRAI en hoe ze in hun huidige werking BelRAI toepassen om doelen te formuleren. Na de eerste opleidingsdag kunnen we concluderen dat doelgerichte zorg bijdraagt aan een meer persoonsgerichte invulling van zorg die afstand neemt van het taakgerichte werken. Daarnaast komen we samen met de deelnemers tot de conclusie dat de BelRAI output zoals CAP's en zorgschalen een bijdrage kunnen leveren aan doelgerichte zorg en in het bijzonder aan het formuleren van zorgdoelen. Het vraagt echter de juiste kennis, ervaring en vaardigheden om de vertaalslag te maken van BelRAI output naar zorgdoelen. Hoe de vertaalslag juist gebeurt, wat de vaardigheden zijn en hoe we BelRAI kunnen verbinden met tools en methodieken voor doelgerichte zorg is nog onduidelijk. Hierop spitst de tweede dag zich toe.

De basis voor de tweede dag vormen de ervaringen van de deelnemers uit hun eerste reflectieopdracht. Hiervoor voeren de deelnemers een doelgericht gesprek, al dan niet met een tool, met minstens een PZOV bij wie ze ook een BelRAI beoordeling uitvoeren. De tools voor doelgerichte zorg bieden een ondersteuning aan de professional om een gesprek te voeren dat ingaat op wat belangrijk is in het leven van de PZOV om zo tot levensdoelen en zorgdoelen te komen. Tijdens de tweede opleidingsdag bespreken we de keuze voor de gebruikte tools doelgerichte zorg, of de deelnemers tot een ander gesprek zijn gekomen en hoe ze doelen formuleerden. We leggen ook de link met BelRAI en proberen het samen met de deelnemers een plaats te geven in de workflow van doelgerichte zorg. Uit de ervaringen van de deelnemers blijkt dat BelRAI en het doelgerichte gesprek elkaar aanvullen in het DZOP. Het doelgerichte gesprek zorgt zowel voor een verdieping als voor een verbreding inzake thema's zoals zingeving en levenskwaliteit die in BelRAI niet naar voor komen. De deelnemers ervaren dat BelRAI voornamelijk input biedt rond de zorgdoelen, waar het doelgericht gesprek de levensdoelen helder krijgt. Om de zorgdoelen te bepalen en nadien een zorgplan op te stellen, moeten zowel het doelgerichte gesprek als de BelRAI output vertaald worden, dit vergt vaardigheden en ervaring. Dit dient ook steeds in overleg met de PZOV en zijn context te gebeuren en vraagt een zekere intermenselijke

interactie. Tevens toont de tweede opleidingsdag het belang aan van de verschillende perspectieven in het DZOP. BelRAI situeert zich op het terrein van de professional en biedt daardoor voornamelijk input voor de zorgdoelen. De levensdoelen zijn het terrein en perspectief van de PZOV. Volgens de deelnemers dient het perspectief van de PZOV prioriteit te zijn in het zorgplan en komt het perspectief van de professional pas naar voor bij het formuleren van de zorgdoelen.

De laatste opleidingsdag is een focusgroep die zich toespitst op het verbinden van doelgerichte zorg en BelRAI met het DZOP en het verdiepen van de onderzoeksvragen. Volgens de deelnemers moet het DZOP een workflow aanreiken om te reflecteren over wat zinvolle, belangrijke en betekenisvolle zorg is. Het mag geen verzamelaars met een overdaad aan informatie worden of een instrument om het behalen van doelen te meten. BelRAI kan ondersteunen om te reflecteren over zorg. De BelRAI integreren in het DZOP vraagt meer dan enkel de resultaten te uploaden of te koppelen in een digitaal zorgplan. Het is het inzetten op de vertaling en het intermenselijke gesprek. Fundamenteel in het DZOP zullen de interactie, het gesprek en het samen nadenken zijn. Het gaat om een platform dat de PZOV betreft en waar zorgaanbieders, PZOV en zijn context samen kunnen communiceren. We willen dat het DZOP ingaat op wat de professionals met elkaar en met de PZOV willen delen om tot een zorgplan te komen met een hoofdfocus op de wensen en levensdoelen van de PZOV en de mantelzorger. Het is nog onduidelijk wat er dan juist wel allemaal gedeeld en geregistreerd moet worden om deze reflectie te ondersteunen. Een focusgroep en een verkorte training zijn onvoldoende om alle vraagstukken rond het DZOP te beantwoorden, maar het geeft wel een eerste verkennende input.

In Hoofdstuk 4 Resultaten zijn de uitgeschreven resultaten terug te vinden.

Discussie - Antwoord op de onderzoeksvragen

- 1) Hoe willen zorgaanbieders digitaal ondersteund worden bij het verlenen van doelgerichte zorg?
 - a. Welke structuur moet het DZOP hebben en welke elementen moeten hierin opgenomen worden?

Het DZOP dient een structuur te hebben die zorgaanbieders begeleidt om doelgerichte zorg in de praktijk te brengen. Daarbij zorgt de structuur ervoor dat het persoonlijke gesprek met de PZOV wordt aangegaan en het intermenselijke contact wordt gegarandeerd. De indeling in waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan biedt een structuur.

Het DZOP zou de *goal-elicitation* als een interventie moeten positioneren. Dit zorgt ervoor dat er niet aan het gesprek wordt voorbijgegaan en professionals direct de stap naar zorgdoelen en een zorgplan zetten. Door het doelgericht gesprek als een interventie te erkennen wordt gegarandeerd dat het perspectief, de noden en de wensen van de PZOV steeds wordt meegenomen in het zorgproces en dit niet door de zorgaanbieder wordt ingevuld.

Verschiedende elementen kunnen opgenomen worden in de structuur van het DZOP om zorgaanbieders te ondersteunen. Onder de 'waarden' zouden hulpverleners graag de mogelijkheid hebben om voorbeelden van waarden te krijgen met telkens een eenvoudige definitie. Onder de 'levensdoelen' bieden de tools voor doelgerichte zorg ondersteuning. Deze tools kunnen als communicatiemiddel dienen en helpen om een ruim beeld van de PZOV te schetsen. Naast de tools voor doelgerichte zorg kunnen ook de sleutelvragen ondersteuning bieden. De sleutelvragen zijn korte vragen die helpen om het taakgerichte los te laten en de persoonlijke doelen in kaart te brengen. Onder de 'zorgdoelen' kan het een ondersteuning zijn voor zorgaanbieders om expliciet te vermelden dat zorgdoelen niet steeds om verandering dient te gaan. Een doel kan ook zijn om iets te behouden zoals het momenteel loopt.

Onder de 'zorgplanning' zou het zorgaanbieders ondersteunen om enkel zorgtaken op te nemen waar effectief rond gewerkt wordt.

- b. Hoe willen zorgaanbieders levensdoelen, zorgdoelen en een zorgplanning registreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?

Het gesprek waarin de levensdoelen verhelderd worden dient gerapporteerd te worden zodat hier niet aan voorbijgegaan wordt. De literatuur haalt reeds aan dat het invullen van een digitaal dossier niet ten koste mag gaan van de interacties met de PZOV (Jie Mein et al., 2011; Stanhope & Matthews, 2019).

Een element dat zorgaanbieders niet in detail willen registreren, zijn de zorgtaken. De zorgtaak op zich en wie dit opneemt dient geregistreerd te worden, maar de evolutie van de zorgtaken willen zorgaanbieders niet noodzakelijk registreren. Doelen zijn flexibel en evolueren, sommige doelen zullen dus nooit voltooid zijn en sommige doelen hoeven nooit voltooid te zijn. Het weergeven van zorgtaken als voltooid of percentages die reeds voltooid zijn, zijn volgens de professionals niet wenselijk.

Zorgaanbieders willen dat ook de PZOV zelf zaken kan registreren in het DZOP. Door de PZOV actief te betrekken in zijn DZOP, krijgt deze ook eigenaarschap over zijn eigen zorgplan.

- 2) Op welke manier kunnen doelgerichte zorg en BelRAI gelinkt worden in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?

- a. Welke elementen van BelRAI kunnen doelgerichte zorg ondersteunen en bevorderen?

De BelRAI resultaten, en meer specifiek de CAP's en zorgschalen, geven input aan de hulpverlener om samen met de PZOV in overleg te gaan zijn wensen en behoeften te bespreken en zo tot zorgdoelen te komen. Deze BelRAI output dient door de zorgaanbieder vertaald te worden naar zorgdoelen op maat van de PZOV en het zorgteam. Het vertalen van BelRAI data vraagt verschillende vaardigheden, kennis en ervaring. Het belang ligt dus niet alleen in wat de BelRAI output genereert maar wat de professional ermee doet, het vertalen van de output naar de zorgdoelen, het in gesprek gaan over die output met teamleden en de PZOV. Zowel de zorgdoelen als de vaardigheden die zorgaanbieders hebben om de vertaalslag te maken, zijn elementen van BelRAI die doelgerichte zorg ondersteunen.

Het is de combinatie van de resultaten uit het doelgerichte gesprek, de BelRAI resultaten en het gesprek met de PZOV dat tot zorgdoelen leidt. Het doelgerichte gesprek brengt de levensdoelen van de PZOV in kaart en schetst een beeld van de PZOV. BelRAI neemt hier een aanvullende en ondersteunde rol in om tot een volledig beeld van de PZOV te komen.

- b. Welke input vanuit het doelgericht gesprek en welke input vanuit BelRAI kunnen de zorgaanbieder ondersteunen in het verlenen van doelgerichte zorg in het DZOP?

Zowel het doelgericht gesprek waarin de levensdoelen verhelderd worden als de output van de BelRAI resultaten vormen input voor een doelgericht DZOP. Door het doelgericht gesprek en BelRAI een plek te geven in het DZOP, krijgen zowel de PZOV als de zorgaanbieder een stem bij het bepalen van het zorgproces. In het DZOP is BelRAI ondersteunend aan doelgerichte zorg om de zorgdoelen te formuleren. Dit leidt tot een workflow met de volgende kenmerken:

- Het verhelderen van de levensdoelen in de *goal-elicitation* waarbij tools of sleutelvragen worden gebruikt.
- Het opstellen van zorgdoelen door informatie samen te brengen. De professionals brengen de levensdoelen en de BelRAI resultaten samen en voeren hierrond een interdisciplinair overleg

samen met de PZOV. In deze stap brengen we de twee perspectieven samen, namelijk die van de PZOV en die van de professional(s), om tot een gemeenschappelijk inzicht te komen.

- Een zorgplanning opstellen met middelen en acties op basis van de afgesproken zorgdoelen.
- Overkoepelend dient het zorgteam aandacht te hebben voor de waarden, noden, behoeften en emoties van de PZOV die mee vervat zitten in het zorgproces.

Naast de workflow blijkt uit het onderzoek dat overleg en samenwerking belangrijk zijn. Enerzijds is overleg belangrijk om de BelRAI resultaten te bespreken met het zorgteam, waarbij extra aandacht is voor hulpverleners die niet werken met BelRAI. Anderzijds is een overleg waardevol om samen met de PZOV, zijn mantelzorger en het zorgteam creatief na te denken over doelen. Zorgaanbieders zouden zich ondersteunt voelen als de workflow van het DZOP interprofessioneel overleg faciliteert.

Aanbevelingen

De resultaten uit het onderzoek laten ons toe verschillende aanbevelingen te formuleren. Er werden drie soorten aanbevelingen geformuleerd: aanbevelingen voor de opbouw van het DZOP, aanbevelingen met betrekking tot de invulling van de componenten van het DZOP en aanbevelingen naar vervolgonderzoek toe. In deze samenvatting komen enkel de aanbevelingen voor de opbouw van het DZOP aan bod. Alle aanbevelingen zijn terug te vinden in hoofdstuk 6 Aanbevelingen.

- 1) Positioneer het DZOP als communicatie instrument voor kwaliteitsvolle zorg in plaats van als maatstaf om doelen te behalen.

Het fundament van het DZOP zit in de intermenselijke interactie, in het in gesprek gaan met elkaar en met de PZOV en het samen reflecteren over goede zorg met aandacht voor levensdoelen. Het DZOP moet dit proces van communiceren en reflecteren ondersteunen. Dit kan door expliciete aandacht te geven aan de verschillende delen van het proces van doelgerichte zorg. Bovendien kan dit ook door het bereiken van doelen bewust niet op te nemen in het DZOP. Het is niet evident om te bepalen wanneer een doel al dan niet bereikt is.

- 2) Beschouw het perspectief van de PZOV als prioritair in het DZOP

Het perspectief van de PZOV dient centraal te staan in het DZOP, net zoals zijn waarden en levensdoelen. Het perspectief van de professional wordt pas ingebracht op het moment dat de professional samen met de PZOV zorgdoelen formuleert. Dit garandeert dat zorg niet gestuurd wordt uit de verwachtingen en wensen van de professional en de PZOV daadwerkelijk centraal staat. Het vraagt aandacht en training van de professional om enerzijds het PZOV perspectief te integreren en anderzijds het eigen professionele perspectief niet te vroeg in te brengen.

- 3) Voorkom dat het DZOP een overdaad aan informatie wordt, door duidelijk te maken wat er opgenomen kan worden in het DZOP.

We willen dat het DZOP een platform wordt dat bijdraagt aan samenwerking tussen professionals en niet leidt tot het opdringen of opleggen van de eigen professionele manier van denken en werken. Het mag ook niet overspoeld worden door allerlei documenten en wiki's waarin het overzicht snel verloren raakt. Elke sector zal immers zijn eigen instrumenten, data en werkwijze hebben. Bij het opstellen van het DZOP moet dus rekening gehouden worden met wat een professional raadpleegt op de achtergrond (nice to know) en wat de professional wil delen met zijn collega's en de PZOV (need to know).

4) Verbind doelgerichte zorg met BelRAI door in te zetten op een geïntegreerde training doelgerichte zorg – BelRAI

Opdat BelRAI volwaardig ondersteuning kan bieden in het formuleren van zorgdoelen, moet een professional de vertaalslag maken van de BelRAI resultaten naar zorgdoelen. Zorgaanbieders dienen met een bril van doelgerichte zorg naar BelRAI te kijken. Hierbij dient ook de combinatie met de levensdoelen en de input uit het doelgerichte gesprek gemaakt te worden om tot de zorgdoelen te komen. Het vraagt echter heel wat vaardigheden en oefening om BelRAI resultaten juist te interpreteren, te vertalen en aandacht te hebben voor de waarden die hierin vervat zitten.

Het ontwikkelen van de vaardigheden kan geïntegreerd worden in zowel BelRAI trainingen als trainingen doelgerichte zorg. We zien namelijk een zekere overlap in de vaardigheden die nodig zijn om BelRAI resultaten te interpreteren en te vertalen naar zorgdoelen en de aspecten die in de training doelgerichte zorg naar voorkomen.

Inhoud

LIJST TABELLEN	12
LIJST FIGUREN	12
INLEIDING	13
HOOFDSTUK 1 LITERATUUR: DOELGERICHTE ZORG, BELRAI EN DE STAP NAAR EEN DIGITAAL ZORG- EN ONDERSTEUNINGSPLAN	15
1 Doelgerichte zorg	15
2 BelRAI	18
3 De stap naar een digitaal zorg- en ondersteuningsplan	19
HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSDOELSTELLINGEN EN ONDERZOEKSVRAGEN	23
1 Onderzoeksdoelstellingen	23
2 Onderzoeksvragen	23
HOOFDSTUK 3 METHODE	25
1 Participanten	25
2 Dataverzameling	26
3 Data-analyse	30
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN	33
1 Opleidingsdag één	33
1.1 Doelgerichte zorg	33
1.2 BelRAI	35
1.3 Conclusie opleidingsdag één	37
2 Reflectieopdracht één	37
2.1 Doelgericht gesprek	37
2.2 BelRAI	37
3 Opleidingsdag twee	38
3.1 Doelgerichte zorg	38
3.2 BelRAI	40
3.3 DZOP	45
3.4 Conclusie opleidingsdag twee	46
4 Reflectieopdracht twee	47
4.1 Doelgerichte zorg	47
4.2 BelRAI	48
4.3 DZOP	49
5 Opleidingsdag drie: de focusgroep	50
5.1 Het DZOP als reflectie instrument	50
5.2 PZOV als mede-eigenaar van zijn DZOP	50
5.3 Communicatie	51
5.4 BelRAI als ondersteuning in het DZOP	52
5.5 Registratie en visualisatie in het DZOP	52
5.6 Conclusie opleidingsdag drie	54

HOOFDSTUK 5	DISCUSSIE	55
1	Antwoord op de onderzoeksvragen	55
1.1	Hoe willen zorgaanbieders digitaal ondersteund worden bij het verlenen van doelgerichte zorg?	55
1.2	Op welke manier kunnen doelgerichte zorg en BelRAI gelinkt worden in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?	56
2	Koppeling met de voorgaande onderzoeksfase	58
3	Beperkingen van het onderzoek	59
HOOFDSTUK 6	AANBEVELINGEN	61
1	Aanbevelingen voor de opbouw van het DZOP	61
2	Aanbevelingen met betrekking tot de invulling van de componenten van het DZOP	62
3	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	64
HOOFDSTUK 7	CONCLUSIE	65
BIBLIOGRAFIE		67
BIJLAGEN		71

Lijst Tabellen

Tabel 1	Deelnemers	26
Tabel 2	Training Doelgerichte zorg en BelRAI	27
Tabel 3	Inhoud training Doelgerichte zorg en BelRAI	28

Lijst Figuren

Figuur 1	Implementatie BelRAI	14
Figuur 2	Doelgerichte zorgproces (Vanneste et al., 2021)	17
Figuur 3	Voorstel 1 proces doelgerichte zorg met BelRAI	41
Figuur 4	Voorstel 2 Proces doelgerichte zorg met BelRAI	42
Figuur 5	Voorstel 3 Proces doelgerichte zorg met BelRAI	42
Figuur 6	Finaal voorstel Proces doelgerichte zorg met BelRAI	43
Figuur 7	Proces doelgerichte zorg en BelRAI	57
Figuur 8	Proces Doelgerichte zorg en BelRAI	65

Inleiding

Er is een groeiende nood aan een paradigmashift van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg, met aandacht voor de wensen, noden, behoeften en persoonlijke doelen van de zorgvrager. Doelgerichte zorg is een concept dat gaat over zorgverlening vanuit deze vraaggestuurde visie, waarbij de persoon en zijn waarden en doelen centraal staan en de zorg vormgeven (Boeckxstaens, 2014; Lines et al., 2015; Mold et al., 1991; Stanhope & Matthews, 2019; Steele Gray et al., 2020). Naast de vraag naar en nood aan meer doelgerichte zorg groeit ook de nood aan digitalisering en samenwerking. Zo is ook het zorgplan toe aan een digitale, gedeelde versie. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid streeft ernaar om de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag (PZOV¹) centraal te zetten in de zorg, waarbij de zorg is afgestemd op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren van elke burger (Agentschap Zorg & Gezondheid, n.d.). Om dit mogelijk te maken, dient de communicatie tussen de burger en verschillende zorgpartners gefaciliteerd te worden. Daarom wordt geïnvesteerd in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP), waarbij de zorgnoden en de doelstellingen van de persoon als uitgangspunt worden genomen (Vlaamse Regering, 2019a). Door de levensdoelen als fundament van het DZOP te hanteren, beoogt het Vlaams Agentschap een zorgproces dat zich expliciet richt op wat voor de persoon belangrijk en betekenisvol is. Daarnaast wenst het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid te verkennen op welke manier BelRAI geïntegreerd kan worden in het DZOP, gezien het een gemeenschappelijke taal aanreikt en breed ingezet zal worden in verschillende sectoren (Agentschap Zorg & Gezondheid, n.d., 2017; Declercq, 2019; Vermeire, 2019)

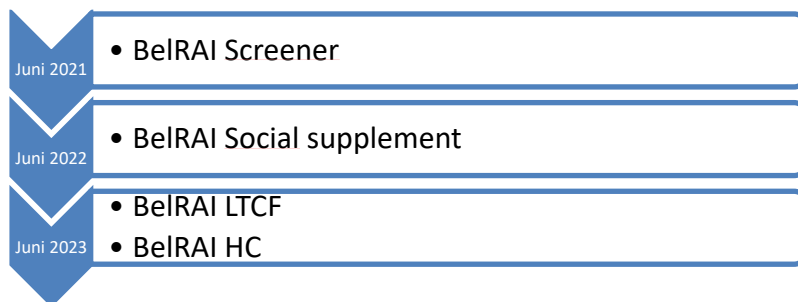
In een eerste onderzoeksfase werd het proces van doelgerichte zorg onder de loep genomen en werden reeds inzichten verworven over hoe de levensdoelen het fundament van het DZOP kunnen vormen (Vanneste et al., 2021). Dit gebeurde via een PAR methodiek waarbij zorgaanbieders en onderzoekers samen leerden over het DZOP. Het onderzoek leerde ons dat het gesprek waarin levensdoelen verhelderd worden een belangrijke stap is in het doelgericht werken. Tijdens deze eerste fase kregen de onderzoekers inzicht in de elementen van een levensdoel en identificeerden ze vaardigheden en sleutelvragen die zowel professionals als PZOV ondersteunen om levensdoelen te verhelderen. Daarnaast werd tijdens deze eerste fase een eerste aanzet gedaan voor de structuur van het DZOP, vanuit de bevindingen over het proces van doelgerichte zorg. Naast de levensdoelen, de zorgdoelen en het zorgplan kwam het belang van de onderliggende waarden expliciet aan bod. Deze elementen zouden elk op zich een onderdeel moeten zijn in het DZOP in de vorm van vrije tekstvelden. Hierbij staan deze elementen dynamisch in relatie met elkaar, waarbij op ieder moment in het zorgproces de verschillende elementen digitaal ingevuld kunnen worden, in plaats van een strikt lineair proces te volgen. Deze structuur helpt professionals te reflecteren over de verschillende doelen. Als fundament voor de verdere opbouw van het DZOP werden vanuit de eerste onderzoeksfase vijf aanbevelingen geformuleerd:

- 1) Erken het doelgericht gesprek als methodiek om tot levensdoelen te komen.
- 2) Train hulpverleners in het afnemen van doelgerichte gesprekken.
- 3) Ondersteun het proces van doelgerichte zorg als een dynamisch proces.

¹ We verwijzen in dit rapport naar de PZOV als hij/zijn in plaats van hij/zij of zijn/haar om de leesbaarheid te bevorderen.

- 4) Splits waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan concreet op.
- 5) Voorzie vrije tekstvelden in het DZOP om het verhaal van de PZOV te brengen.

In deze fase van het project is het de bedoeling om doelgerichte zorg en het DZOP te verbinden met BelRAI. De Vlaamse overheid benadrukt het belang van BelRAI als een uniek inschalingsinstrument voor het beleidsdomein 'Welzijn, Volksgezondheid en Gezin' (WVG) (Vlaamse Regering, 2014). BelRAI staat voor de Belgische versies van de interRAI instrumenten. Het zijn verschillende tools die het fysiek, sociaal en psychisch functioneren van een persoon steeds op dezelfde manier in kaart brengen. Aan elk BelRAI instrument zijn algoritmes verbonden die resultaten berekenen zoals zorgschalen en Clinical Assessment Protocols (CAP's). Deze BelRAI resultaten helpen de professional om de noden en het functioneren van kwetsbare personen in kaart te brengen, verder op te volgen en om in gesprek te gaan met de PZOV om zo samen een zorgplan op te stellen² (BelRAIWiki: Main, n.d.; InterRAI | Improving Health Care Across The Globe, n.d.; Declercq, 2019; Van Eenoo et al., 2017). De gefaseerde implementering van BelRAI is momenteel volop bezig in verschillende sectoren van het beleidsdomein WVG (o.a. thuiszorg en ouderenzorg). Onderstaand schema (figuur 1) geeft de implementatieplanning voor de komende jaren weer. Voor de ontwikkeling van het DZOP kan men ervan uitgaan dat de BelRAI data reeds beschikbaar zullen zijn. De BelRAI zal in verschillende sectoren geïmplementeerd zijn, waardoor deze gegevens er reeds zijn en niet louter voor het DZOP ingevuld zullen moeten worden. Het is dus niet de bedoeling dat hulpverleners BelRAI enkel en alleen invullen voor het DZOP.



Figuur 1 Implementatie BelRAI

In dit onderzoek wordt het DZOP verder ontwikkeld volgens het proces van doelgerichte zorg, voortbouwend op de eerste onderzoeksfase. Daarnaast wordt ook nagegaan op welke manier BelRAI verbonden kan worden met een doelgericht DZOP. Gezien de integratie van doelgerichte zorg en BelRAI in het DZOP, wordt dit onderzoek gerealiseerd in nauwe samenwerking met BelRAI experts. Hierbij heeft elk zijn eigen te beantwoorden onderzoeksvragen en wordt zowel voor doelgerichte zorg als voor BelRAI een onderzoeksrapport opgesteld. Doordat het onderzoek en de rapportering samen zijn uitgevoerd, zijn de hoofdstukken literatuur, methode, resultaten en conclusie grotendeels identiek aan elkaar in de twee rapporten, met enkele nuance verschillen. Het verschil tussen de rapporten situeert zich in de onderzoeksvragen, die per rapport individueel werden opgesteld, en de discussie waarin deze vragen beantwoord worden. Het rapport waar de focus op BelRAI ligt, heeft als titel EF72: Het operationaliseren van BelRAI resultaten in een doelgericht zorgplan.

² Art. 2, 5° Decreet 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming, BS 17 augustus 2018, 65.011

Hoofdstuk 1

Literatuur: doelgerichte zorg, BelRAI en de stap naar een digitaal zorg- en ondersteuningsplan

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de literatuur over doelgerichte zorg. De bevindingen uit de eerste onderzoeksfase worden toegelicht, alsook de soorten doelen die er zijn en de relatie tussen levensdoelen en zorgdoelen. Vervolgens spitst de tweede paragraaf zich toe op BelRAI, de doelen van BelRAI, de BelRAI output en de mogelijke link naar doelgerichte zorg. In de laatste paragraaf gaan we in op de opzet van het DZOP en literatuur omtrent digitale zorgplannen en elektronische patiëntendossiers.

1 Doelgerichte zorg

Binnen de eerste lijn zijn er heel wat uitdagingen en veranderingen. Zo zijn er meer en meer patiënten met chronische aandoeningen, multimorbiditeit en complexe zorgnoden (Boeckxstaens, 2014). Met de toenemende medische kennis en het toenemend aantal wetenschappelijk onderbouwde ziekte specifieke richtlijnen, neemt het risico toe dat het ziektegericht denken persoonsgerichte zorg gaat overheersen. Professionals hebben nood aan handvaten om complexe zorg af te stemmen op de PZOV (Reuben & Tinetti, 2012). Om tegemoet te komen aan de noden van de groeiende groep chronische patiënten is een paradigmashift van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg belangrijk, met aandacht voor de wensen, noden en individuele doelen van de PZOV. Doelgerichte zorg is een concept dat zorg verleent vanuit deze vraaggestuurde visie (Steele Gray et al., 2020). In doelgerichte zorg staat de PZOV en zijn persoonlijke waarden en doelen centraal, die mee de klinische en professionele keuzes leiden (G. Berntsen et al., 2019; Charette et al., 2015; Naik et al., 2018; Rietkerk et al., 2021; Stanhope & Matthews, 2019; Vermunt et al., 2018). Door persoonlijke doelen als uitgangspunt van het zorgproces gebruiken brengt dit mogelijks volgende zaken met zich: meer motivatie, een verhoogde betrokkenheid, het tijdig en gepast aanpakken van unieke noden, sterktes in de kijker zetten en empowerment van de PZOV (Adams & Grieder, 2013; Parsons & Parsons, 2012; Stanhope et al., 2013).

In doelgerichte zorg hebben zowel de levensdoelen als de zorgdoelen een plaats. Levensdoelen zijn de betekenisvolle doelen van de PZOV. Op basis van deze levensdoelen krijgen de zorgdoelen vorm, waarbij een zorgdoel steeds betrekking heeft op de wenselijke zorg (Vlaamse Regering, 2019a). Vervolgens worden zorgdoelen vertaald in een zorgplan met middelen, strategieën en concrete acties. In het voorafgaand projectonderzoek werd uitgebreid stilgestaan bij wat levensdoelen zijn, hoe deze worden geformuleerd en hoe de verhouding is tussen levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan (Vanneste et al., 2021).

De levensdoelen verschillen sterk tussen individuen, net zoals hun gezondheid en functioneren verschilt. Deze variatie maakt het moeilijk om een universele lijst van mogelijke levensdoelen en zorgdoelen op te stellen (Kuluski et al., 2013; Lavens, n.d.). In de voorgaande onderzoeksfase werden, op basis van uitgebreid literatuuronderzoek, een document analyse en video-observaties, levensdoelen geanalyseerd en werden zes elementen van een levensdoel geïdentificeerd. Deze elementen kunnen zowel de PZOV als de zorgaanbieder ondersteunen om inzicht te krijgen in de levensdoelen (Vanneste et al., 2021).

- Het eerste element is ‘waarden en emoties als basis voor een levensdoel’. Door de waarden te bevragen wordt er een zicht gekregen op waarom iets belangrijks is voor iemand. Het duidt op een achterliggende reden om een levensdoel te willen realiseren. Daarnaast geven ook emoties (vb.: vreugde, verdriet) doorheen een gesprek inzicht in wat iemand belangrijk vindt.
- Het tweede element is ‘het verleden, het heden en de toekomst van een individu’. Het bevragen van het verleden geldt als wegwijzer om inzicht te krijgen in het levensdoel. Personen vertellen vlot over het verleden en dit licht toe wat betekenisvol is in iemands leven. Het levensdoel daarentegen is toekomstgericht.
- Een derde element is ‘activiteiten in verschillende levensdomeinen’. Het spreken over activiteiten kan helpen om levensdoelen te identificeren. Deze activiteiten variëren van iets alledaags (vb.: tv kijken) tot iets groters (vb.: op fietsvakantie gaan).
- Een vierde element is ‘een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid met expliciete aandacht voor kwaliteit van leven.’ Door gezondheid en kwaliteit van leven te bevragen, krijgt men zicht op wat de patiënt belangrijk vindt in zijn leven (vb.: levenseinde).
- Een vijfde element is ‘de sociale en fysieke context’. Dit bevat ook de sociale relaties die iemand heeft. Deze sociale relaties bepalen veelal mee het levensdoel.
- Het zesde en laatste element is ‘hanteren van een positieve formulering’. Levensdoelen vertrekken niet vanuit wat iemand niet meer kan, maar wel vanuit de mogelijkheden van een persoon en wat nog lukt.

Een levensdoel bestaat vaak uit een combinatie van verschillende elementen, maar hoeft geenszins alle elementen te omvatten. De elementen zijn ook geen vereiste voor het formuleren van een levensdoel en dienen eerder als handvaten ter inspiratie (Lim et al., 2017; Vanneste et al., 2021).

Het bepalen van levensdoelen is geen vanzelfsprekendheid (Boeckstaens et al., 2016). Om na te gaan wat de levensdoelen van een PZOV zijn, dient de zorgaanbieder met hem in gesprek te gaan (Boeykens et al., n.d.). Dit is de *goal-elicitation encounter* en een belangrijke stap in het bepalen van de levensdoelen. Door in gesprek te gaan krijgt de zorgaanbieder meer zicht op de individuele waarden en context van de PZOV. Dit inzicht helpt om de zorg af te stemmen op de persoonlijke waarden van de PZOV (Naik et al., 2018). Het stellen van doelen is immers een individueel en evoluerend proces, gezien de doelen worden aangepast aan de veranderende behoeften en wensen van de persoon gedurende zijn leven (Rietkerk et al., 2021; Stanhope et al., 2013; Vermunt et al., 2018). De zorgverlener ondersteunt de PZOV in de *goal-elicitation* bij het identificeren en uitdrukken van problemen, noden, wensen en deze te kaderen of te omvatten in levensdoelen. Tijdens het gesprek kunnen tools voor doelgerichte zorg als leidraad dienen. Deze tools vormen geen garantie op het bepalen van levensdoelen, maar zijn een facilitator en gespreksinstrumenten. Het is ook geenszins de bedoeling dat een hulpverlener zich rigide aan de tool houdt, het gesprek dient een natuurlijk gesprek blijven dat vertrouwelijk aanvoelt voor de PZOV en de hulpverlener. Niet elk doelgericht gesprek zal tot concrete levensdoelen leiden, maar het kan waardevolle informatie bevatten voor het verdere zorgproces (Vanneste et al., 2021). Een andere methodiek om tot levensdoelen te komen, is het gebruik van sleutelvragen. Sleutelvragen zijn korte zinnen die de focus leggen op wat belangrijk en betekenisvol is voor de PZOV. Het zijn hulpmiddelen om een persoonsgerichte visie in een gesprek te integreren. In de vorige onderzoeksfase werden de volgende sleutelvragen als ondersteunend geïdentificeerd:

- 1) Wat doe je op een dag?
- 2) Wat is een goede dag?
- 3) Als je mag dromen, wat zou je dan dromen?
- 4) Had je vroeger hobby's die je graag deed?
- 5) Vertel eens over vroeger...

Als een zicht is bekomen op de levensdoelen, gaat de zorgverlener in vervolggesprekken samen met de PZOV na wat nodig is om de zorg af te stemmen op wat belangrijk en betekenisvol is voor de PZOV (Berntsen et al., 2018; Van Dongen et al., 2016; Vanneste et al., 2021; Vermunt et al., 2018). Dit leidt tot zorgdoelen, die maximaal afgestemd zijn op de levensdoelen. In dit vervolggesprek is er ook ruimte om het bijhorende zorgplan met middelen, acties en strategieën in te vullen. De keuze voor elke actie, middel of strategie in het zorgplan berust hierbij op een geïnformeerde en consensus beslissing (Adams & Grieder, 2013; Reuben & Tinetti, 2012). In de voorgaande onderzoeksfase werd het proces van doelgerichte zorg gevisualiseerd (Figuur 2) (Vanneste et al., 2021). Hierbij worden de waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan in relatie tot elkaar weergegeven. De waarden zijn een overkoepelend gegeven en zijn de fundamentele overtuigingen van de PZOV. Voorbeelden van waarden zijn: verbondenheid, zelfstandigheid, veiligheid. Deze waarden verklaren waarom iets belangrijk is voor iemand. Inzicht in de waarden helpt om de levensdoelen te begrijpen. Zoals eerder aangehaald leiden vervolgens de levensdoelen het zorgproces, als input voor de zorgdoelen en het zorgplan. Wat in deze figuur in relatie tot elkaar wordt weergegeven, is in de realiteit dynamischer en complexer. Er is geen *one-size-fits-it-all* om tot levensdoelen te komen en deze vervolgens te vertalen in een zorgplan. Bovendien evolueren doelen mee naargelang de noden van de PZOV, wat het belang duidt van het flexibel formuleren van doelen.



Figuur 2 Doelgerichte zorgproces (Vanneste et al., 2021)

2 BelRAI

BelRAI is een verzamelterm voor de Belgische versies van het interRAI instrumentarium. Dit is een verzameling van wetenschappelijk onderbouwde en gevalideerde beoordelingsinstrumenten die de gezondheids- en welzijnssituatie en de zorgnoden van PZOV in kaart brengen, met als uiteindelijke doel bij te dragen tot het optimaliseren van de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit³ (*InterRAI | Improving Health Care Across The Globe*, n.d.; E Moors et al., 2021). Voor BelRAI werden er vertalingen gemaakt naar de Belgische landstalen en waar nodig aanpassingen doorgevoerd gebaseerd op de lokale Belgische context (Van Eenoo et al., 2017). BelRAI bestaat uit verschillende beoordelingsinstrumenten, korte screeners en supplementen om de noden van de verschillende sectoren en specifieke doelgroepen in kaart te brengen. De instrumenten die momenteel gefaseerd geïmplementeerd worden zijn: BelRAI Screener, BelRAI Home Care (HC) en BelRAI Long Term Care Facilities (LTCF). We lichten kort de verschillende instrumenten toe. De BelRAI Screener is een verkort instrument dat ontwikkeld werd om te helpen bepalen bij welke personen er een uitgebreide BelRAI afname nodig is en bij wie niet. De Screener helpt via deze weg om de zorgbehoefte van een persoon in te schatten. Daarnaast wordt de Screener ingezet om te bepalen welke PZOV recht heeft op het zorgbudget inzake de Vlaamse sociale bescherming (Moors & Declercq, 2019; Vermeulen et al., 2015). De BelRAI HC brengt het functioneren van personen in kaart die nood hebben aan thuiszorg. De afname gebeurt bij voorkeur in de thuisomgeving, om zo de context juist te scoren. Tot de doelpopulatie van BelRAI HC behoren volwassenen met een complexe, chronische of post-acute zorgbehoeften die thuiszorg ontvangen of zullen ontvangen (Lambert et al., 2018; Morris et al., 2009). Het beoordelingsinstrument BelRAI LTCF brengt het functioneren van personen met langdurige en complexe zorgnoden in residentiële voorzieningen, bijvoorbeeld een woonzorgcentrum, in kaart (BelRAI, 2018).

BelRAI heeft tot doel om zorgverleners te ondersteunen om de noden en het functioneren van kwetsbare personen en personen met complexe zorgnoden in kaart te brengen, om hen op te volgen en om met de PZOV in gesprek te gaan om een kwaliteitsvol zorgplan met individuele zorgdoelen op te stellen. Om dit alles in kaart te brengen, focust BelRAI op de volgende vijf domeinen van functioneren: (1) de hoeveelheid assistentie die personen ontvangen bij activiteiten van het dagelijkse leven en bij bepaalde behandelingen, (2) gezondheidsproblemen, (3) sociaal leven, (4) stemming en gedrag en (5) cognitieve toestand. Om BelRAI in te vullen, is de zorggebruiker bij voorkeur steeds de eerste bron van informatie. Men kan informatie vergaren via een vraaggesprek met de zorggebruiker zelf of met zijn primaire hulpverlener. Een andere mogelijkheid is om informatie te vergaren door de zorggebruiker over een gemiddelde tijdspanne van drie dagen te observeren en dit aan te vullen door in gesprek te gaan met het zorgteam of medische dossiers te raadplegen. De BelRAI beoordeling gebeurt vaak door één of meerdere hulpverleners uit een multidisciplinair team die BelRAI invullen (Declercq, 2019; Van Eenoo et al., 2017; Vanlinthout & Declercq, 2021).

Na de beoordeling en het zorgvuldig invullen van BelRAI worden via software en gevalideerde algoritmes de resultaten berekend. De Clinical Assessment Protocols (CAP's) en de zorgschalen zijn BelRAI resultaten (BelRAI, 2019b, 2019a). Zorgschalen geven een globaal beeld van de gezondheid, de functionele status en de zorgnoden van de PZOV (vb.: communicatieschaal, depressieschaal, pijnschaal...). De CAP's fungeren als een alarm en geven problemen of levensdomeinen aan waar de mogelijkheid bestaat dat de PZOV kan verbeteren of waar preventief op ingezet kan worden om

³ Art. 2, 5° Decreet 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming, BS 17 augustus 2018, 65.011

achteruitgang of verdere achteruitgang tegen te gaan (vb.: mantelzorg, delirium, kans op opname in een instelling, adl...). Een CAP kan ook aangeven dat er geen potentieel meer is tot verbetering. De BelRAI Screener vormt een uitzondering op vlak van de uitkomsten. De uitkomst van de Screener is een totaalscore en geeft dus geen CAP's of zorgschalen als uitkomst (Moors & Declercq, 2019; Vermeulen et al., 2015).

De zorgschalen en CAP's ondersteunen de zorgaanbieder om een zorgplan en mogelijks ook zorgdoelen op te stellen. Het zorgplan en de zorgdoelen komen niet uit de BelRAI gerold. BelRAI geeft wel informatie, indicaties, aandachtspunten en de noden van de PZOV weer, waarmee de zorgaanbieder samen met de PZOV aan de slag kan gaan. In een gesprek waarin de wensen en behoeften van de persoon besproken worden kan in overleg tot individuele zorgdoelen en een uniek zorgplan gekomen worden. Het is de PZOV die beslist rond welke output er gewerkt zal worden. BelRAI kan in dit overleg mee als basis dienen ter ondersteuning van de zorgverlener (BelRAI, 2018; Declercq, 2019; Freeman et al., 2014; Lambert et al., 2018; Van Eenoo et al., 2017; Vermeulen et al., 2015).

BelRAI biedt informatie aan en gaat in op wat er kan opgenomen worden in het zorgplan, rekening houdend met de wensen van de PZOV, maar het is geen tool die doelen aanreikt of doelgerichte zorg aanbiedt (Vermeire, 2019). In Nieuw-Zeeland werkten Parsons & Parsons (2012) een tool uit die zorgaanbieders ondersteunt doorheen het proces van doelen formuleren en het opstellen van een zorgplan, op basis van een interRAI assessment. De tool TARGET (Towards Achieving Realistic Goals in Elders) werd opgebouwd vanuit de beperkingen van reeds bestaande tools rond doelen. Vaak zijn tools gedreven door de doelen van zorgprofessionals en is er minder aandacht voor de wensen van de PZOV. TARGET daarentegen focust op de PZOV en maakt gebruik van vier principes om doelen te bepalen, met name (1) identificatie, (2) onderhandelen/bespreken, (3) plannen en (4) waardering en feedback (Parsons et al., 2012; Parsons & Parsons, 2012). De werkwijze van de tool bestaat uit verschillende stappen. In de eerst plaats moet er een doel geïdentificeerd worden. Hiervoor kijkt men naar ADL en de gezondheidsstatus, aangereikt door de zorgschalen van interRAI. Nadien identificeert men de moeilijkheden en belangrijke gebieden van de persoon met behulp van CAP's. Als deze informatie voorhanden is, gaat de professional, in een gesprek, na wat de zaken en gebieden zijn die de persoon wil veranderen. De wensen van de persoon worden naast de CAP's genoteerd. Deze informatie zet men dan samen om naar een primair doel, meestal op lange termijn, via het SMART-principe. Vervolgens breekt de professional het primaire doel op in verschillende kortetermijndoelen om zo het primaire doel te bereiken. Het zijn deze kortetermijndoelen die in de zorgplanning worden opgenomen. Uit onderzoek blijkt dat na het gebruik van TARGET meer individuele doelen zijn geïdentificeerd, geregistreerd, worden opgenomen in het zorgplan en dat meer doelen worden verwezenlijkt (Parsons et al., 2012; Parsons & Parsons, 2012).

3 De stap naar een digitaal zorg- en ondersteuningsplan

Om de zorg optimaal af te stemmen tussen zowel de PZOV als de verschillende zorgpartners is nood aan een zorg- en ondersteuningsplan. Momenteel wordt in Vlaanderen reeds een sjabloon voor een zorgplan voorzien, dat via een multidisciplinair overleg wordt ingevuld. In dit zorgplan komt het doel van het overleg aan bod en worden de zorgdoelen en de taakafspraken door het team vastgelegd. In dit zorgplan is momenteel geen plaats voor doelgerichte zorg of een integratie met instrumenten zoals de BelRAI. Sedert enkele jaren heeft de Vlaamse overheid de ambitie om in te zetten op een digitaal

zorgplan. In het decreet eerstelijnszorg wordt het DZOP als volgt gedefinieerd (Vlaamse Regering, 2019b):

“een werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de PZOV de zorg- en ondersteuningsdoelen en de afspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor de PZOV zijn opgenomen en dat toegankelijk is voor het zorgteam”⁴

Het idee rond het DZOP werd ontwikkeld in het kader van het actieplan 2014-2019 van de Vlaamse Regering, met als doel om zelfmanagement, zorgcoördinatie en casemanagement te vergemakkelijken doorheen alle lagen van de zorg, en ook de zorgprocessen te digitaliseren en de zorgcontinuïteit te bevorderen (Vandeurzen, 2014). Het DZOP is een digitaal communicatie- en planningsinstrument dat gegevens verzamelt en ter beschikking stelt voor de betrokken zorgverleners, PZOV en zijn omgeving (Agentschap Zorg & Gezondheid, n.d.; Vermeire, 2019). Het kan gezien worden als een samenwerkingsplatform dat ondersteuning biedt in de communicatie. Daarnaast is het een praktische ondersteuning in het managen en opstellen van het zorgplan, waarbij onder meer de zorginformatie, het zorgteam en de zorgdoelen een plek krijgen. De zorgnoden, de zorgdoelen en de levensdoelen krijgen samen met de PZOV een centrale rol in het DZOP en vormen het uitgangspunt van zorg en ondersteuning (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; Vermeire, 2019). Een belangrijk proces om tot levensdoelen en zorgdoelen te komen is doelgerichte zorg. Als doelgerichte zorg het fundament vormt het DZOP, dan zal het DZOP ook bijdragen aan de operationalisering van doelgerichte zorg (Vanneste et al., 2021). Daarnaast wenst het Agentschap Zorg en Gezondheid BelRAI te integreren in het DZOP, gezien het een gemeenschappelijke taal aanreikt over sectoren heen en in de toekomst in verschillende sectoren zal ingevoerd worden. Vanuit deze visie reikt BelRAI informatie aan over wat er in het zorgplan kan opgenomen worden en vult het DZOP deze informatie verder aan met de doelen, wensen en behoeften van de PZOV (Vermeire, 2019). Een belangrijk aandachtspunt is dat het DZOP geenszins de bedoeling heeft om reeds bestaande e-zorgplannen te vernieuwen of te vervangen of om een nieuw elektronisch patiëntendossier te worden. Het is een ondersteunende digitale tool waartoe elke burger, PZOV, mantelzorger en zorgaanbieder toegang toe zal hebben, geïntegreerd in bestaande software (Agentschap Zorg & Gezondheid, n.d.).

Een voorbeeld van een digitale tool waarbij tot een doelgericht zorgplan wordt gekomen, is de ePRO tool (Electronic Patient Reported Outcomes) (Steele Gray et al., 2016a; Steele Gray et al., 2016b; Tahsin et al., 2021). De ePRO tool werd ontwikkeld voor, en in samenwerking met, ouderen met een complexe aandoening en hun zorgaanbieders in de eerste lijn. De tool vertrekt vanuit doelen, die zowel door de PZOV als de zorgaanbieders kunnen worden ingegeven. Deze doelen zijn vervolgens beschikbaar in het zorgplan. Dit zorgplan geeft een overzicht van het belang van het doel voor de PZOV, de middelen om het doel te bereiken, de haalbaarheid en de timing. Het doel zelf wordt gemonitord aan de hand van vragen zoals een VAS-schaal, foto's, een Likert schaal, open vragen. De PZOV en de professional kunnen de vooruitgang van het doel opvolgen via een goal-attainment scale. Ten tweede bevat de ePRO tool een systeem om de symptomen en uitkomsten van de vooropgestelde doelen te evalueren. De tool draagt bij aan het ondersteunen van doelgerichte zorg en het optimaliseren van de relatie tussen de PZOV en de zorgaanbieder. Een nadeel aan de ePRO tool is dat de doelen als SMART doelen worden geformuleerd. Bovendien dienen de doelen ook behaald te worden. Doelen evolueren echter en sommige doelen zullen dan ook nooit behaald worden. Een tweede nadeel aan de ePRO tool is dat het

⁴ Art. 2, 17° Decreet 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders, BS 24 mei 2019, 50.234

een tool op zich is, waarbij een integratie met reeds bestaande systemen minder mogelijk is (Steele Gray et al., 2016a; Steele Gray et al., 2016b).

Voor een zorgplan met individuele zorgdoelen is de persoonlijke informatie van de PZOV erg belangrijk. Hoe deze persoonlijke informatie en doelen digitaal weergegeven worden, vormt vaak een valkuil. Uit onderzoek van Stanhope en Matthews (2019) blijkt dat reeds bestaande digitale zorgplannen gebruikmaken van beslisbomen of aan te vinken keuzemogelijkheden als het gaat om doelen of persoonlijke gegevens. Dit neemt de creativiteit weg en strookt niet met het gegeven dat zorgdoelen unieke en gevarieerde doelen zijn. Om te spreken van een digitaal zorgplan, dat in lijn ligt met persoonsgerichte zorg, doelgerichte zorg en levens- en zorgdoelen, moet er voldoende plaats zijn om persoonlijke informatie in te geven en worden doelen in de mate van het mogelijke genoteerd in de verwoording van de PZOV (Stanhope & Matthews, 2019; Vanneste et al., 2021).

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat een doelgericht digitaal zorgplan mogelijks meerdere voordelen kan hebben: een positief effect op de gezondheidsuitkomsten, toename van proces uitkomsten, betere klinische uitkomsten, engagement van de PZOV in de zorg, kennis, gedrag en tevredenheid van de PZOV verbeteren, bijdrage aan gedeelde besluitvorming en communicatie tussen de PZOV en de professionals (Finkelstein et al., 2012; Riahi et al., 2017). Een digitaal zorgplan brengt echter ook uitdagingen met zich mee. In onderzoek over digitale zorgplannen kwam als belangrijk aandachtspunt naar voor dat het invullen van een digitaal dossier of zorgplan niet ten koste mag gaan van de interacties met de PZOV (Goh et al., 2011; Stanhope & Matthews, 2019). Als tweede aandachtspunt dient een doelgericht digitaal zorgplan flexibel aan te passen zijn aan de context van verschillende organisaties en sectoren. Momenteel zijn bestaande digitale zorgplannen veelal ontwikkeld voor een specifieke sector (Council et al., 2012; Nagykaladi et al., 2018; Van Dongen et al., 2016). Een laatste aandachtspunt is dat een digitaal zorgdossier op zich weinig zal bijdragen tot doelgerichte zorg. Hiervoor is een integratie met een visie op zorg nodig. Om daadwerkelijk tot geïntegreerde en doelgerichte zorg te komen is een combinatie nodig van enerzijds op maat ontwikkelde digitale zorgdossiers en anderzijds een visie op zorg die dit mee ondersteunt (Kern et al., 2014).

Hoofdstuk 2

Onderzoeksdoelstellingen en onderzoeksvragen

Dit hoofdstuk geeft de onderzoeksdoelstellingen en de -vragen van het onderzoek weer.

1 Onderzoeksdoelstellingen

Het onderzoek heeft twee doelstellingen. De eerste onderzoeksdoelstelling is het verder ontwikkelen en operationaliseren van het proces van doelgerichte zorg zoals gedefinieerd in de eerste onderzoeksfase, om een DZOP te ontwikkelen die doelgerichte zorg mee ondersteunt (Vanneste et al., 2021). De tweede onderzoeksdoelstelling verkent op welke manier BelRAI en doelgerichte zorg mogelijks samengaan in een toekomstig digitaal zorg- en ondersteuningsplan.

2 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen van het onderzoek zijn:

- 1) Hoe willen zorgaanbieders digitaal ondersteund worden bij het verlenen van doelgerichte zorg?
 - a. Welke structuur moet het DZOP hebben en welke elementen moeten hierin opgenomen worden?
 - b. Hoe willen zorgaanbieders levensdoelen, zorgdoelen en een zorgplanning registreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?
- 2) Op welke manier kunnen doelgerichte zorg en BelRAI gelinkt worden in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?
 - a. Welke elementen van BelRAI kunnen doelgerichte zorg ondersteunen en bevorderen?
 - b. Welke input vanuit het doelgericht gesprek en welke input vanuit BelRAI kunnen de zorgaanbieder ondersteunen in het verlenen van doelgerichte zorg in het DZOP?

Hoofdstuk 3

Methode

Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen wordt als onderzoeksmethode *participatory action research* (PAR) gebruikt. Kenmerkend voor deze methode is dat onderzoekers nauw samenwerken met het werkveld en dat actief deelnemen en reflecteren centraal staan. Het is belangrijk om de stem van de uiteindelijke gebruikers van BelRAI, doelgerichte zorg en DZOP mee te nemen in de ontwikkeling van het DZOP. Zij kunnen immers het beste aangeven waar ze nood aan hebben en welke structuur hen ondersteunt bij het gebruik van het DZOP. PAR ziet de deelnemers dan ook als medeontwikkelaars en mede-onderzoekers van het eindresultaat (Baum et al., 2006).

De onderzoeksmethode wordt verder gebouwd op de methode van het voorgaand onderzoeksproject omtrent doelgerichte zorg en het DZOP, waar reeds PAR als methode werd gebruikt (Vanneste et al., 2021). Er wordt vertrokken vanuit een training doelgerichte zorg die ontwikkeld werd in opdracht van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (Vivel). Deze training leert hulpverleners doelgerichte gesprekken aan te gaan om tot levensdoelen te komen. Voor het huidige project passen we de training aan door BelRAI te integreren in de lessen en de opdrachten. Hierbij worden ook BelRAI experts betrokken om het PAR verhaal verder te ontwikkelen. De training die wordt aangeboden is een volwaardige training doelgerichte zorg met een koppeling naar BelRAI. Gezien dit onderzoek in nauwe samenwerking met BelRAI experts werd gerealiseerd, is de methode gelijk aan de onderzoeksmethode zoals beschreven in het onderzoek EF72 *'Het operationaliseren van BelRAI resultaten in een doelgericht zorgplan'*.

1 Participanten

Voor dit onderzoek worden zorgaanbieders uit zorg en welzijn met specifieke ervaring in BelRAI gerekruteerd. Expertise en ervaring in het werken met BelRAI is een vereiste in dit onderzoek om tot voldoende diepgang te komen en een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen. We kijken hiervoor naar zorgverleners uit sectoren waar BelRAI reeds geïmplementeerd is, zoals de ouderenzorg, gezinszorg en thuiszorg.

Voor de rekrutering werken we samen met sleutelfiguren binnen BelRAI en doelgerichte zorg. We contacteren de sleutelfiguren en stellen het project aan hen voor. Nadien gaan de sleutelfiguren met hun kennis op zoek naar potentiële kandidaten binnen hun netwerk. Via hen krijgen we namen door of worden we door geselecteerde kandidaten zelf gecontacteerd. Daarnaast sturen we de oproep tot deelname ook uit via de nieuwsbrief van het lerend netwerk doelgerichte zorg. Een rekruteringsbrief wordt opgesteld met de nodige informatie (Bijlage 1). Deelname aan een PAR-onderzoek vraagt veel engagement en tijd. We bereiden de deelnemers hierop voor door in de briefing duidelijk aan te geven wat we van de deelnemers verwachten en wat de geschatte tijdsinvestering zal zijn.

In totaal namen vijf personen deel aan de training en het onderzoek. Omwille van het grote engagement in PAR onderzoek en de specifieke vraag naar expertise met BelRAI, zijn we tot vijf deelnemers gekomen. Bovendien moest de volledige rekrutering binnen een korte periode van één maand doorlopen worden, waardoor de deelnemers op korte termijn hun deelname moesten bevestigen. Onderstaande tabel 1 geeft de functie van de deelnemers en hun ervaring met BelRAI weer.

Tabel 1 Deelnemers

Functie	Ervaring BelRAI
Ergotherapeut (WZC, oriënterend kortverblijf)	<ul style="list-style-type: none"> - BelRAI HC - BelRAI LTCF Afname en teamoverleg rond resultaten
Ergotherapeut (aan huis, zelfstandige ergotherapeut, WZC, oriënterend kortverblijf)	<ul style="list-style-type: none"> - BelRAI HC - BelRAI LTCF - BelRAI Screener Trainer binnen de organisatie (zonder opleiding)
Casemanager mutualiteit (achtergrond: sociaal werker)	<ul style="list-style-type: none"> - BelRAI HC - BelRAI LTCF - BelRAI Screener BelRAI-trainer
Zorgpartner uit de gezinszorg	<ul style="list-style-type: none"> - BelRAI Screener BelRAI-trainer
Zorgpartner uit de thuiszorg (achtergrond: sociaal verpleegkundige)	<ul style="list-style-type: none"> - BelRAI HC - BelRAI LTCF - BelRAI Screener BelRAI-trainer

Alle deelnemers zijn vertrouwd met BelRAI en hebben hier ervaring mee. Drie van de vijf deelnemers zijn BelRAI trainers en hebben hiertoe een opleiding gevolgd. Een deelnemer geeft binnen zijn of haar organisatie opleidingen over BelRAI, maar heeft hiertoe geen BelRAI trainer opleiding gevolgd. De laatste deelnemer geeft zelf geen trainingen, maar neemt wel regelmatig BelRAI instrumenten af bij PZOV. Alle deelnemers zijn betrokken in protocol 3 projecten en hebben hierdoor ervaring in het gebruik van BelRAI data bij het opstellen van een zorgplan.

2 Dataverzameling

Om na te gaan hoe BelRAI en doelgerichte zorg samengaan, en welke mogelijke positie BelRAI kan innemen in het DZOP, laten we hulpverleners met kennis van BelRAI een training doelgerichte zorg volgen. Hiervoor passen we de training 'Doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie op zorg & welzijn' van UGent en Vivel aan, door expertise en ervaringen met BelRAI te integreren. De training bestaat uit twee opleidingsdagen, twee opdrachten en een focusgroep. De training volgt het schema: opleidingsdag 1 – opdracht 1 – opleidingsdag 2 – opdracht 2 – focusgroep (Tabel 2). Tijdens de opleidingsdagen is er aandacht voor leren van en met elkaar en worden reflecties over de huidige zorg en het eigen handelen gemaakt. De resultaten van en ervaringen tijdens de reflectieopdrachten worden

mondeling besproken tijdens de opleidingsdagen. In de focusgroep leggen we de link met het DZOP en spitsen we ons toe op het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

Tabel 2 Training Doelgerichte zorg en BelRAI

Interprofessionele training doelgerichte zorg + BelRAI (verkorte versie)		
Week 1	Opleidingsdag 1: De weg naar een goed gesprek & persoonlijke doelen	Fysiek
	Opdracht 1	
Week 4	Opleidingsdag 2: Een nieuw evenwicht tussen hulpverlener en hulpvrager	Online
	Opdracht 2	
Week 6	Focusgroep	Online

De opleidingsdagen en focusgroep werden initieel fysiek voorzien. Door de wijzigende coronamaatregelen tijdens het onderzoek zagen we ons verplicht om de tweede opleidingsdag en de focusgroep online te organiseren.

De training wordt telkens door minstens twee onderzoekers gegeven met kennis over doelgerichte zorg of BelRAI, later vernoemd als trainer. Daarnaast zijn er bij elke opleidingsdag twee observatoren aanwezig die nota's van elke les maken. Onderstaande tabel geeft een overzicht en samenvatting van de inhoud van de lessen en de opdrachten (Tabel 3). Een volledig uitgeschreven draaiboek van de training is terug te vinden in Bijlage 2.

Tabel 3 Inhoud training Doelgerichte zorg en BelRAI

Training	Inhoud
<p>Opleidingsdag 1 <i>Duur: 3 uur</i> In deze les leren de deelnemers een gesprek te voeren met de PZOV waarin de levensdoelen verhelderd worden. De focus ligt op de levensdoelen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> De les begint met het situeren van de projecten en een uitleg over het DZOP: wat gaat het DZOP zijn en wat is het DZOP zeker niet. Nadien gaan we in op 'Wat is doelgerichte zorg?'. We vertrekken hierbij vanuit de structuur en het schema die in rapport 64 werden ontwikkeld. De toelichting gebeurt met voorbeelden. <div data-bbox="628 521 1193 846" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">Waarden <small>Wat zijn de fundamentele overtuigingen over zichzelf en het leven?</small></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Levensdoelen <small>Wat zijn de levensdoelen van de hulpvrager?</small></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Zorgdoelen <small>Welke zorgdoelen kan ik stellen in functie van het levensdoel?</small></p> </div> </div> <p style="text-align: center;">↔</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 0 auto; width: fit-content;"> <p>Zorgplanning <small>Welke acties kunnen bijdragen tot het bereiken van het levensdoel/zorgdoel van de hulpvrager?</small></p> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> Verder geven we een korte basis introductie BelRAI. Belangrijk hierbij is om te benadrukken dat BelRAI er zal zijn, bij het opstellen van een zorgplan zullen deze data voorhanden zijn. BelRAI dient dus niet louter en alleen ingevuld te worden voor het DZOP. BelRAI zal een ondersteunende rol innemen. We polsen in dit deel naar de ervaringen van de deelnemers met BelRAI en hoe ze dit al dan niet reeds gebruiken om doelen te formuleren. De opleidingsdag eindigt met het aanreiken van tools om doelgerichte gesprekken te voeren.
<p>Opdracht 1 Doelgerichte gesprek voeren. Ter voorbereiding van les 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> De opdracht luidt als volgt: Ga opzoek naar <u>minstens één</u> PZOV bij wie u een BelRAI assessment afneemt of bij wie u dit recent heeft gedaan. U voert met die persoon ook een doelgericht gesprek. Indien mogelijk vragen wij u om bij nog een of meerdere personen bijkomende doelgerichte gesprekken te voeren. De deelnemers schrijven hun ervaringen hierover neer in een schriftelijke reflectieopdracht.
<p>Opleidingsdag 2 <i>Duur: 5 uur</i> In deze les leert de deelnemer reflecteren over de doelen en de link tussen BelRAI en doelen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> De tweede les gaat dieper in op het formuleren van levensdoelen en zorgdoelen en op de rol die de PZOV en de zorgverlener kunnen innemen in het verwezenlijken van de levensdoelen. We focussen op interactie tussen de deelnemers en het delen van ervaringen. Casussen die voortkomen uit Opdracht 1 vormen de basis voor de les. Een casus geeft de mogelijkheid om met BelRAI data en levensdoelen aan de slag te gaan, waardoor zowel de deelnemers als de onderzoekers een duidelijker beeld krijgen van de mogelijkheden van BelRAI binnen het proces van doelgerichte zorg en het DZOP. Door middel van het delen van ervaringen proberen we zicht te krijgen op het proces van doelgerichte zorg en het vertalen van BelRAI data naar zorgdoelen in de praktijk.

	<ul style="list-style-type: none"> • Het eerste deel van de les focust op het delen van ervaringen zowel in verband met doelgerichte zorg als over de rol van BelRAI hierin. Het tweede deel is meer theoretisch en gaat in op de positie van de hulpverlener in doelgerichte zorg en mogelijke weerstand van de kant van de PZOV.
<p>Opdracht 2 Aan de slag gaan met zorgdoelen. Ter voorbereiding van de focusgroep</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De deelnemers krijgen de opdracht om zorgdoelen te formuleren. Een tabel met de opdeling levensdoelen – zorgdoelen-zorgplanning -zorgtaken en enkele voorbeelden zijn hulpmiddelen. • De meerwaarde van BelRAI voor het DZOP bevragen we aan de hand van onderstaande vragen: (1) Welke meerwaarde kan BelRAI bieden in het formuleren van zorgdoelen? (2) Hoe kan informatie het best worden weergegeven om tot een goed DZOP te kunnen komen? Hoe zou u willen dat BelRAI informatie gevisualiseerd wordt tijdens een teamoverleg/ in het DZOP? (3) Hoe wil u doelgerichte zorg verwezenlijkt zien in het DZOP?
<p>Focusgroep <i>Duur: 3 uur</i> Focus op de vormgeving en inhoud van het DZOP en het beantwoorden van de onderzoeksvragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De focusgroep is bedoeld om beter zicht te krijgen op de gewenste inhoudelijke en visuele vormgeving van het DZOP. Hiervoor betrekken we de projectleiders en beleidsmedewerkers van de overheid die werken aan het DZOP. • We starten de focusgroep met presentaties van elk 15 minuten over projecten over het DZOP. De eerste presentatie geven beleidsmedewerkers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Zij lichten toe wat het DZOP wel en niet zal zijn alsook hoe het DZOP zal opgebouwd zijn. In hun visie staan de levensdoelen centraal en pikken ze in op bestaande systemen zoals BelRAI en tools van doelgerichte zorg om zorgdoelen en het zorgplan op te bouwen. De tweede presentatie gaat in op het project 'digitale zorgondersteuning in de praktijk in Limburg als hefboom voor Vlaanderen', waarbij de onderzoekers een app presenteren. Deze app vormt een voorbereiding voor het DZOP en focust zich voornamelijk op digitale communicatie en gegevensdeling. Tot slot lichten de onderzoekers van het huidige onderzoek de bevindingen van de eerste fase alsook de bevindingen van de afgelopen twee opleidingsdagen toe. Hierbij stellen ze reeds open vragen over hoe die bevindingen een plaats kunnen krijgen in het DZOP. • Vervolgens gaan we in discussie met de deelnemers en vragen we gericht aan hen hoe zij het DZOP zouden invullen en welke informatie over doelgerichte zorg en BelRAI ze graag te zien zouden krijgen.

Met toestemming van de deelnemers zijn van de drie opleidingsdagen audio-opnames gemaakt, die dienen als data voor dit onderzoek. Ook de schriftelijke reflectieopdrachten en nota's van de observatoren werden als data meegenomen voor dit onderzoek.

Dit onderzoeksproject is goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek van het UZ Gent, met nummer B67020200001219. Zowel voor de audio-opnames als voor het mogen delen van doelen van de PZOV vragen we de deelnemers om een geïnformeerde toestemming in te vullen (Bijlage 3). De PZOV die voor de opdrachten bevestigd worden door de deelnemers dienen eveneens een geïnformeerde toestemming in te vullen zodat de deelnemers de doelen en ervaringen rond de gesprekken mogen delen tijdens de training (Bijlage 4).

3 Data-analyse

De audiobestanden van de opleidingsdagen zijn door twee onderzoekers verbatim getranscribeerd en thematisch geanalyseerd. Als eerste stap werd de data grondig doornomen, vervolgens werden codes toegekend aan gelijkenissen en verschillen. In een volgende stap werden gelijke codes gegroepeerd tot thema's. Deze thematische analyse gebeurde per opleidingsdag en wordt beschrijvend weergegeven in de resultaten. Bij deze analyse ligt de focus enerzijds op doelgerichte zorg en anderzijds op de integratie met BelRAI in een doelgericht DZOP. Ook de papieren reflectieopdrachten worden volgens de thematische analyse geanalyseerd. Er werd tot onderstaande thema's gekomen, waarbij elk thema kort wordt toegelicht.

- Doelgerichte zorg
 - Het concept doelgerichte zorg: Dit thema brengt in kaart wat de deelnemers verstaan onder doelgerichte zorg.
 - Mogelijke drempels: Hieronder vallen de drempels die de deelnemers zien wanneer hun organisatie zou overstappen naar een meer persoonsgerichte en doelgerichte visie op zorg.
 - Doelgericht DZOP: Dit thema haalt voor het eerst doelgerichte zorg in het DZOP aan en bespreekt aandachtspunten die hierbij gelden. Alsook meningen en uitspraken van de deelnemers inzake doelgerichte zorg in het DZOP.
 - Ervaringen doelgericht gesprek: Onder dit thema geven we de ervaringen van de deelnemers bij een doelgericht gesprek weer.
 - Kiezen van een tool: Dit thema geeft weer waarop de deelnemers zich baseren bij het kiezen van een tool voor doelgerichte zorg om het gesprek te voeren.
 - De aard van het andere gesprek: Dit thema vat of de deelnemers al dan niet tot een ander gesprek komen door doelgerichte zorg toe te passen en hoe ze dit andere gesprek omschrijven.
 - Formuleren van doelen: Het thema omschrijft hoe de deelnemers levensdoelen formuleren.

- BelRAI
 - Ervaringen met BelRAI: Dit thema geeft de ervaringen van de deelnemers met BelRAI weer.
 - Gebruik BelRAI output om doelen te formuleren: Dit thema gaat in op hoe de deelnemers gebruik maken van BelRAI om doelen te formuleren. Zowel de werkwijze voor het introduceren van het doelgerichte gesprek alsook de combinatie van BelRAI en het doelgerichte gesprek om tot doelen te komen vallen onder dit thema.
 - Interdisciplinair overleg: Onder dit thema plaatsen we informatie die ingaat op de redenen waarom de deelnemers graag gebruik maken van een interdisciplinair overleg in functie van BelRAI.
 - BelRAI in het doelgerichte zorgproces: Dit thema brengt in kaart waar de deelnemers BelRAI situeren in het doelgerichte proces, welke plaats ze toekennen aan BelRAI, en hoe de twee zich ten opzichte van elkaar verhouden.
 - De stap van BelRAI output naar zorgdoelen: Dit thema gaat meer concreet in op de stappen die de deelnemers doorlopen om de BelRAI output om te zetten naar zorgdoelen.
 - Het interpreteren en bespreken van de BelRAI output: In dit thema omschrijven we wat een hulpverlener moet kunnen om aan de slag te gaan met BelRAI output. Het thema geeft aan hoe de deelnemers aan de slag gaan met BelRAI output.
 - De rol van de BelRAI Screener: De output van BelRAI Screener verschilt ten opzichte van de output van andere BelRAI assessments. De verschillen en welke invloed dit kan hebben op de werkwijze worden bij dit thema weergegeven.
 - BelRAI in het DZOP: Onder dit thema situeren we BelRAI in het DZOP en welke rol de deelnemers toekennen aan BelRAI binnen het DZOP. We geven hierbij ook weer wat de mogelijkheden van BelRAI in het DZOP zijn volgens hen.
- DZOP
 - Zorgaanbieder perspectief en PZOV perspectief in de workflow: Bij dit thema gaan we in op de workflow van doelgerichte zorg met een integratie van BelRAI en hoe de deelnemers dit zien.
 - Het DZOP als reflectie instrument: Dit thema bespreekt het doel van het DZOP zoals aangegeven door de deelnemers
 - PZOV als mede-eigenaar van zijn DZOP: Dit thema gaat in op de rol die de PZOV zelf kan opnemen in het DZOP.
 - Delen van informatie/communicatie: In dit thema gaan we in op de informatie die de deelnemers te kunnen delen in een DZOP en hoe ze met elkaar en met de PZOV wensen te communiceren via een digitaal zorgplan.
 - BelRAI als ondersteuning in het DZOP: Hierbij wordt stilgestaan op welke manier BelRAI ondersteuning biedt in een toekomstig DZOP.

- Registratie en visualisatie in het DZOP: Het laatste thema brengt de meningen, de wensen en de input van de deelnemers over wat ze willen registreren in het DZOP en hoe de visualisatie hiervan kan gebeuren.

ONTWER

Hoofdstuk 4

Resultaten

In dit hoofdstuk geven we de resultaten van de thematische analyse weer. De beschrijving wordt per lesdag en per opdracht weergegeven en is onderverdeeld in verschillende thema's.

1 Opleidingsdag één

We starten de eerste opleidingsdag met het schetsen van het onderzoeksproject, om de deelnemers een beter beeld te geven over de situering van de training en hun deelname in het grotere geheel. We verduidelijken de koppeling die we maken van de training naar het onderzoek. De discussies, ervaringen en huiswerkopdrachten vormen immers de data voor dit onderzoek. Tijdens de situering wordt verduidelijkt wat het DZOP inhoudt. Wat het DZOP zal zijn, wordt omschreven in de definitie van het DZOP, namelijk een digitaal communicatie- en planningsinstrument dat gegevens verzamelt en ter beschikking stelt voor de betrokken zorgverleners, PZOV en zijn omgeving (Agentschap Zorg & Gezondheid, n.d.; Vandeurzen, 2014; Vermeire, 2019). Het DZOP zal geen nieuw elektronisch patiëntendossier voor de eerste lijn zijn, zal geen medisch dossier zijn, zal geen tool zijn die enkel door zorgverleners gebruikt kan worden en zal geen nieuwe applicatie zijn naast de reeds bestaande systemen (Taelman & Longin, 2021). Nadien gaan we in op de theoretische achtergrond en de basisfilosofie van doelgerichte zorg en de shift die hulpverleners moeten maken van 'what is the matter with the patient' naar 'what matters to the patient'. De trainers benadrukken het belang van de *goal elicitation encounter* en verduidelijken het onderscheid tussen levensdoelen, zorgdoelen en middelen. Bij het theoretische gedeelte wordt ook ingegaan op de basis van BelRAI, hoe BelRAI is ontstaan, wat een BelRAI assessment inhoudt en in welke sectoren BelRAI van toepassing zal zijn.

1.1 Doelgerichte zorg

Het eerste deel van de opleidingsdag gaat in op de theorie en de concepten van doelgerichte zorg. Voor vier deelnemers is doelgerichte zorg, zoals aangereikt op de eerste opleidingsdag, een nieuw gegeven. Wanneer de deelnemers de theorie en de handvatten rond doelgerichte zorg aangereikt krijgen reflecteren ze over wat dit voor hen betekent en welke meerwaarde en drempels ze hierin zien. De discussies spitsen zich toe op dit thema, al wordt er regelmatig door de deelnemers zelf al een link gelegd met BelRAI.

1.1.1 Het concept doelgerichte zorg

Op de vraag wat de deelnemers onder doelgerichte zorg verstaan komen verschillende antwoorden, zoals: zorg op maat, een gedeeld zorgplan, BelRAI vertalen naar gerichte zorg tot zorg die vertrekt uit de doelen van de PZOV. Zorg op maat betekent voor de deelnemers dat men vertrekt vanuit wat de PZOV wil, wat BelRAI aanreikt en wat de organisatie kan aanbieden. Zorg op maat kan gezien worden als een soort overkoepelende term waaronder de deelnemers verschillende manieren en strategieën beschrijven om tot een zorgplan op maat van de PZOV te komen. Zorg op maat, zoals de deelnemers het benoemen, heeft dezelfde basisfilosofie als doelgerichte zorg: luisteren naar wat de PZOV wil en samen tot een plan komen.

De deelnemers geven aan dat het essentieel is om eerst de PZOV en zijn context te schetsen vooraleer overgegaan kan worden naar het opstellen van zorgdoelen en een zorgplan. De PZOV schetsen kan op verschillende manieren: tools voor doelgerichte zorg, voorkeuren bevragen, sleutelzinnen gebruiken zoals 'wat kan ik voor u betekenen', een BelRAI beoordeling uitvoeren, persoonlijke waarden bevragen, vragenlijsten en dergelijke meer. Naast de verschillende manieren, die vaak gecombineerd worden, heeft ook elke discipline zijn eigen methodieken om doelen te stellen. De deelnemers geven aan dat het niet evident is om de vertaalslag te maken van de input die bekomen werd naar doelen. Deze doelen dienen samen met de PZOV geformuleerd te worden. Wanneer er doelen zijn opgesteld, worden deze idealiter omgezet in een zorgplan. Dit zorgplan dient met het zorgteam en de PZOV besproken te worden.

1.1.2 Mogelijke drempels

Een deelnemer werkzaam in thuiszorg geeft aan dat hun organisatie reeds stappen zet om van een taakgericht dossier over te stappen naar een doelgericht dossier. In een doelgericht dossier is er speling en ruimte om in gesprek te gaan over de doelstellingen. Deze nieuwe manier van werken roept weerstand op en brengt enkele drempels naar voor die twee andere deelnemers herkennen en verder aanvullen. De aangehaalde drempels zijn de volgende:

- Het taakgerichte werken zit in de mindset van de hulpverleners, voornamelijk bij zij met veel ervaring.
- Doelgericht werken is iets extra dat erbij komt, bovenop al het andere werk.
- Het is opnieuw een registratie en vaak ook dubbelregistratie.
- Het vraagt meer tijd, zeker in het begin wanneer de nieuwe manier van werken nog niet in de vingers zit.
- Het brengt stress mee: welke vragen moet ik stellen? Stel ik de juiste vragen om tot doelen te komen?
- Zorgaanbieders zien en herkennen niet steeds welke voordelen het doelgericht werken meebrengt.

Daarnaast wordt als drempel ook het belang van gezondheidsvaardigheden aangehaald. Twee deelnemers geven aan dat een gebrek aan of lage gezondheidsvaardigheden van de PZOV een mogelijke uitdaging voor doelgerichte zorg kan zijn. Enerzijds ligt de taak hier bij de hulpverlener om de PZOV zo goed en duidelijk mogelijk te informeren over zijn gezondheid en zijn situatie, zonder hierbij te vervallen in het opleggen van de eigen, professionele zorgdoelen en de professionele agenda. Anderzijds ligt de taak ook voor een stuk bij het aanreiken en versterken van vaardigheden in doelgerichte zorg aan de PZOV. De PZOV moeten vaardigheden aangereikt krijgen om te leren om in gesprek te gaan met zorgverleners waarin ze hun mening en wensen durven te uiten. De PZOV moeten gestimuleerd en versterkt worden om te participeren en het heft in eigen handen te nemen, door hen te helpen hun stem te vinden in een consultatie met een professional.

De deelnemers herkennen deze drempels gezien de invoering van BelRAI dezelfde reacties uitlokte bij hulpverleners. Het overstappen naar doelgerichte zorg is een proces, net zoals het werken met BelRAI. Het proces zal volgens hen op lange termijn zorgen voor een efficiëntere werking, die ook voordelen voor de hulpverlener meebrengt.

1.1.3 Doelgericht DZOP

Het uitgangspunt van het DZOP moet een doelgericht dossier zijn, dat ruimte voorziet om in gesprek te gaan met de PZOV en samen doelstellingen te formuleren. De trainers geven de suggestie dat in een doelgericht dossier de doelen van de PZOV bij voorkeur in een vrij tekstveld genoteerd worden. Een deelnemer geeft als opmerking mee dat hierbij de valkuil bestaat dat zorgaanbieders standaardzinnnetjes kunnen gebruiken. Gestandaardiseerde doelen kunnen op eender welke PZOV toegepast worden en zorgen dat er initieel tijd bespaard wordt. De zorgaanbieder kan op deze manier zonder in gesprek te gaan met de PZOV doelen formuleren. Dit gaat echter voorbij aan doelgerichte zorg, dat juist inzet op de interactie en samenspraak tussen de zorgaanbieder en de PZOV. Het is belangrijk om zorgaanbieders handvatten aan te reiken om doelen te individualiseren zodat ze niet vervallen in standaardzinnen.

1.2 BelRAI

Het tweede deel van de opleidingsdag richt zich op BelRAI en probeert een link te leggen tussen BelRAI en doelgerichte zorg. De deelnemers delen hun ervaringen met BelRAI en hoe ze reeds BelRAI gebruiken om doelen te formuleren. De vijf deelnemers hebben al heel wat ervaring met BelRAI. Hun ervaring en kennis over BelRAI weerspiegelt zich in de reflecties die ze maken en de input die ze geven tijdens de opleiding.

1.2.1 Ervaringen

De deelnemers hebben ervaring met BelRAI Screener, BelRAI HC en BelRAI LTCF. Een deelnemer uit de gezinszorg werkt voorlopig uitsluitend met BelRAI Screener. De andere deelnemers werken zowel met de Screener als met de andere BelRAI instrumenten, voornamelijk met BelRAI HC. Binnen de zorgvernieuwingsprojecten wordt steeds een volledige BelRAI afgenomen. De BelRAI resultaten vormen inclusiecriteria die bepalen of bepaalde zorg al dan niet kan worden opgestart.

De deelnemers halen aan dat het werken met BelRAI veel tijd vraagt, maar dat het vlotter gaat eens men veel ervaring heeft met het instrument. Voor drie deelnemers is het opbouwen van ervaring met BelRAI een belangrijke voorwaarde om ermee te werken. Je moet kennis en ervaring hebben met BelRAI om er juist en efficiënt mee aan de slag te kunnen. Na verloop van tijd weet een hulpverlener welke vragen hij moet stellen om BelRAI in te vullen en welke invloed de vragen en items hebben op de output. Hierdoor verlopen de gesprekken natuurlijker.

Een uitdaging waar hulpverleners volgens een deelnemer tegenaan lopen bij het formuleren van doelstellingen met behulp van BelRAI, is het maken van de vertaalslag van informatie uit BelRAI naar een eigen, specifiek zorgdoel van de PZOV. De informatie in BelRAI is immers zeer gecodeerd en algemeen geformuleerd.

1.2.2 BelRAI output om doelen te formuleren

De BelRAI output waar de deelnemers mee werken zijn de CAP's en zorgschalen. De zorgschalen kijken naar het functioneren of berekenen risico's van problemen. Hoe hoger een schaal scoort, hoe meer een probleem aanwezig is. De CAP's geven aan of er al dan niet een mogelijkheid is tot verbetering of achteruitgang tegengegaan kan worden. De CAP's vormen aandachtspunten, maar zijn nog geen zorgdoelen op zich. De twee soorten output moeten met elkaar gecombineerd worden om een globaal beeld, over het functioneren, risico's en mogelijkheden, van de PZOV te krijgen. Ze vullen elkaar aan en

beide zijn nodig om zorgdoelen te bepalen. In theorie nemen professionals CAP's en zorgschalen waarrond ze met de PZOV willen werken op in het zorgplan en worden hieraan doelstellingen en acties gekoppeld. Opvallend is dat de deelnemers bij het aanhalen van voorbeelden zich vooral focussen op het medische aspect. Zo halen ze het voorbeeld aan van doorligwonden. Bij een PZOV is de CAP-doorligwonden actief, het is een persoon die veel in zijn zetel zit en weinig beweegt. Om doorligwonden te voorkomen willen de deelnemers als zorgdoel meer bewegen zoals wandelen voorstellen. Bij het vertalen van de gegevens naar zorgdoelen geven de deelnemers aan dat veel hulpverleners vastlopen. Het vraagt ervaring, kennis en de juiste vaardigheden om deze stap van BelRAI data naar zorgdoelen te zetten. De deelnemers halen aan dat een hulpverlener moet weten hoe je de resultaten uit BelRAI moet interpreteren, weten wanneer een CAP actief is, wat elke score, CAP en zorgschaal juist betekent en wat erachter schuilgaat. Professionals hebben de juiste informatie en kennis nodig, ze moeten de BelRAI taal machtig zijn om van BelRAI output tot zorgdoelen te komen. Hoe vaker een hulpverlener een BelRAI afneemt, hoe vlotter deze interpretatie van de BelRAI resultaten verloopt. Bovendien is het een kwestie van veel oefening om BelRAI vragen te integreren in een persoonlijk gesprek, op deze manier is het ook meer een gesprek dan een vragenlijst die wordt afgevinkt. Tot slot vraagt het naast ervaring en kennis ook de juiste mindset om BelRAI data te gebruiken voor doelgerichte zorg en in te zetten om persoonlijke doelen te formuleren. Over hoe dit proces, van BelRAI data tot zorgdoelen, precies verloopt is niet dieper ingegaan tijdens de eerste dag.

Een belangrijk aandachtspunt is dat de BelRAI Screener geen CAP's en zorgschalen oplevert. Het is nog onduidelijk hoe en welke gegevens uit de BelRAI Screener kunnen bijdragen aan het formuleren van zorgdoelen. In de eerste plaats dient de BelRAI Screener binnen gezinszorg voor het bepalen van welke ondersteuning een PZOV nodig heeft. Daarnaast wordt de Screener gebruikt om zorgbudget toe te kennen. Een deelnemer geeft aan dat de focus op dit moment te veel ligt op het al dan niet verkrijgen van het zorgbudget. Hierdoor gebruiken veel hulpverleners de Screener enkel voor het toekennen van het zorgbudget en is het moeilijk de mindset te laten veranderen om de Screener ook doelgericht te gaan inzetten om de PZOV te ondersteunen in het formuleren van persoonlijke doelen.

1.2.3 Interdisciplinair overleg

Om te komen tot zorgdoelen is er meer nodig dan enkel BelRAI data. De deelnemers zien BelRAI binnen doelgerichte zorg als een aanvulling of ondersteuning. Het biedt extra informatie over de PZOV die er anders niet zou zijn, omdat het ingaat op aspecten waar je als hulpverlener niet altijd aan denkt in een gesprek. Tegelijkertijd kan het ook een valkuil zijn om enkel BelRAI te gebruiken als methodiek om tot zorgdoelen te komen, omdat er dan te veel gefocust kan worden op de BelRAI data en er voorbij gegaan wordt aan de wensen van de PZOV. Idealiter gebruiken hulpverleners de BelRAI data in combinatie met output uit andere instrumenten en in overleg met de PZOV over wat hij of zij belangrijk vindt. In een overleg kunnen de zorgschalen uit BelRAI wel helpen om tot prioriteiten te komen, gezien zij aangeven waar er reeds een probleem aanwezig is.

Drie deelnemers halen aan dat een overleg belangrijk en wenselijk is om zorgdoelen te stellen. In overleg met het team kunnen de verschillende disciplines samen bepalen waarrond ze zullen werken en dit op elkaar afstemmen om tot geïntegreerde zorg te komen. In een overleg is het bovendien belangrijk om de PZOV, de mantelzorgers en het hele systeem rond de PZOV te betrekken. Bij drie deelnemers wordt een multidisciplinair overlegmoment (MDO) georganiseerd, waarbij de BelRAI resultaten besproken worden met de PZOV en de betrokken professionals. In dit overleg wordt met de PZOV afgestemd waaraan hij graag wil werken, hoe hij dit ziet en wat voor hem haalbaar is. De deelnemers hechten veel belang aan het bespreken van BelRAI resultaten in team, maar drie deelnemers geven hierbij aan dat

door besparingen en vernieuwingen dit soort overlegmomenten op minder regelmatige basis plaatsvinden. De meerwaarde van een overleg is volgens de deelnemers dat er samen, interprofessioneel en in samenspraak met de PZOV creatief kan nagedacht worden over doelen en het zorgplan beter wordt afgestemd op de verschillende verwachtingen. Bij het uitwerken van het DZOP willen de deelnemers graag inzetten op dit overleg en de interactie tussen professionals en PZOV.

1.3 Conclusie opleidingsdag één

We kunnen na de eerste opleidingsdag concluderen dat doelgerichte zorg bijdraagt aan een meer persoonsgerichte invulling van zorg die afstand neemt van het taakgerichte werken. Daarnaast kunnen we concluderen dat BelRAI data zoals de CAP's en zorgschalen belangrijk zijn en kunnen bijdragen aan doelgerichte zorg in het bijzonder bij het formuleren van zorgdoelen. Het vraagt echter de juiste kennis, ervaring en vaardigheden om de vertaalslag te maken van BelRAI output naar zorgdoelen. Dit zal aangeleerd moeten worden aan professionals. Hoe de vertaalslag juist gebeurt, wat de vaardigheden zijn en hoe we BelRAI kunnen verbinden met tools en methodieken voor doelgerichte zorg is nog onduidelijk. Hierop spitst de tweede dag zich toe.

ONTWERP

2 Reflectieopdracht één

Ter voorbereiding van de tweede opleidingsdag krijgen de deelnemers een reflectieopdracht. Elke deelnemer dient met minstens één PZOV een doelgericht gesprek te voeren, al dan niet met gebruik van een tool. De tools voor doelgerichte zorg bieden een ondersteuning aan de professional om een gesprek te voeren dat ingaat op wat belangrijk is in het leven van de PZOV om zo tot levensdoelen en zorgdoelen te komen. We bieden de volgende tools aan de deelnemers aan: Mijn Positieve Gezondheid, het Vier bollen model, de Samenspraakfiche, de Doelzoeker, het Clever protocol en Zorg-Esperanto. We geven mee dat deze tools niet exhaustief zijn en er nog tal van andere tools beschikbaar zijn. Bij deze PZOV dient er ook een BelRAI afgenomen te worden of is dit recent gebeurd. Over het doelgerichte gesprek maken de deelnemers een schriftelijke reflectie, waarin ze aangeven hoe het gesprek verliep, of ze tot doelen zijn gekomen en of ze bijkomende informatie uit BelRAI hebben kunnen halen. We geven hieronder een samenvatting van de resultaten uit de schriftelijke opdrachten.

2.1 Doelgericht gesprek

Alle deelnemers omschrijven het doelgerichte gesprek als een positieve ervaring. Twee deelnemers omschrijven het als een aangenaam gesprek met veel openheid. Het geeft de mogelijkheid om te praten, los van het dossier of de taken die uitgevoerd moeten worden. Daarnaast haalt een deelnemer aan dat ze in dit gesprek veel te weten is gekomen over de PZOV. Er is meer tijd om in te gaan op wat de PZOV belangrijk vindt en hij kan meer open vertellen.

2.2 BelRAI

Een deelnemer gebruikte de BelRAI Screener en geeft aan dat er door de situatie van de PZOV geen bijkomende informatie uit de BelRAI Screener gehaald kon worden om doelen te formuleren. De vier andere deelnemers nemen een volledige BelRAI HC af bij de PZOV. Volgens twee deelnemers geven de schalen en CAP's extra input om items in het doelgerichte gesprek te bespreken. BelRAI helpt

bijvoorbeeld om de sterktes van een PZOV in kaart te brengen, waarop dan ingezet kan worden om doelen meer concreet te maken en zorgdoelen en middelen te bepalen. BelRAI kan ook achtergrondinformatie geven om doelen meer te kaderen. Zo geeft een deelnemer aan dat de PZOV tijdens het doelgerichte gesprek het doel formuleert dat hij zich geborgen wil voelen. Uit BelRAI blijkt dat er mantelzorgers zijn, maar deze onvoldoende tijd hebben om dagelijks langs te gaan bij de PZOV wat meer omkadering van het doel geeft. Een andere deelnemer voegt hieraan toe dat wanneer ook een tool zoals de samenspraakfiche gebruikt wordt, de PZOV reeds heeft nagedacht over zijn doelen en situatie en dit een mooi aanknopingspunt vormt om in het gesprek de BelRAI output te bespreken.

Daarnaast geven de CAP's aan waar nog verbetering mogelijk is. Hierrond kan de hulpverlener een gesprek aangaan om doelen te bepalen. Soms kan het zijn dat CAP's aangeven dat er geen verbetering meer mogelijk is. Dit kan, zoals in de casus van een deelnemer, ingaan tegen het vooropgestelde doel van de deelnemer. De vraag is hoe hier dan mee omgegaan moet worden of hoe deze informatie al dan niet gebruikt kan worden om de zorgdoelen hierop af te stemmen. Wederom kan de BelRAI output hier een aanknopingspunt vormen om in gesprek te gaan over de haalbaarheid van het doel van de PZOV.

3 Opleidingsdag twee

ONTWERP

De tweede opleidingsdag is minder theoretisch van aard dan de eerste dag. We beginnen de tweede dag met het bevragen van de ervaringen van de deelnemers met de eerste opdracht en het doelgerichte gesprek. Hierbij worden de keuzes voor de gebruikte tools doelgerichte zorg toegelicht, of de tool hielp om tot een ander gesprek te komen en hoe doelen werden geformuleerd op basis van het doelgerichte gesprek. Door de ervaringen te bespreken maken we ook een terugkoppeling naar de eerste dag en de theorie over doelgerichte zorg. Nadien wordt de link gelegd met BelRAI, waarbij BelRAI in het doelgericht zorgproces wordt binnengebracht en de workflow wordt besproken. Nadien wordt de stap van het doelgericht gesprek en de BelRAI output naar zorgdoelen gemaakt, waarbij ook het interpreteren en bespreken van de BelRAI output aan bod komt. Vervolgens wordt stilgestaan bij wat de BelRAI Screener kan betekenen in het DZOP, waarna wordt afgesloten met hoe BelRAI in het DZOP gepresenteerd kan worden.

3.1 Doelgerichte zorg

3.1.1 Ervaringen met het doelgerichte gesprek

We vragen de deelnemers om hun PZOV met wie ze het gesprek hadden te schetsen en hun ervaring te omschrijven. De vijf deelnemers werken met de doelgroep van kwetsbare ouderen. Vier van de vijf deelnemers gebruiken de tool Mijn Positieve Gezondheid, de andere deelnemer kiest voor de tool Samenspraakfiche. Vier deelnemers hadden reeds contact met de PZOV door voorafgaand de BelRAI HC af te nemen of in kader van een opvolging. Voor één deelnemer was het doelgericht gesprek het eerste contact met de PZOV.

Alle deelnemers kaderen het gesprek voorafgaand bij de PZOV, omdat het toch een andere manier van werken is. De deelnemers zijn allen positief over het verloop en de resultaten van het gesprek. Drie deelnemers halen aan dat ze veel te weten zijn gekomen over de PZOV en dat er dieper is ingegaan op de dingen die de PZOV belangrijk vindt. Zowel de hulpverleners als de PZOV houden een positief gevoel over aan het gesprek, in tegenstelling tot de BelRAI die door de PZOV als belastend ervaren kan worden. Bij een deelnemer ervaart de PZOV het gesprek als onwennig door het gebruik van een vragenlijst. Om

BelRAI af te nemen gebruiken de deelnemers geen vragenlijst, ze stellen de juiste vragen gedurende een gesprek en vullen BelRAI achteraf in. Drie deelnemers geven aan dat door te werken met de tools rond het doelgerichte gesprek andere aspecten besproken zijn die minder naar voor komen in BelRAI. Het gaat hierbij om aspecten zoals gelukkig zijn, levenskwaliteit en zingeving.

De deelnemer die gebruik maakt van Samenspraakfiche geeft aan dat het werken met deze tool omslachtiger is doordat het ook voorbereiding vraagt van de PZOV. Gezien de PZOV in deze casus een hoge leeftijd heeft, werd de mantelzorger betrokken om de voorbereiding te ondersteunen. De deelnemer ervaart deze voorbereiding als een meerwaarde omdat de PZOV al heeft gereflecteerd over doelstellingen en dit voor meer wisselwerking en interactie zorgt. Door de voorbereidingen samen te leggen met de BelRAI HC resultaten komen ze makkelijker tot doelen.

3.1.2 Het kiezen van een tool

Voor de opdrachten reikten we verschillende tools aan. Deze tools bieden inspiratie om na te gaan wat ertoe doet voor de PZOV en diens behoeften, noden en wensen in beeld te brengen. In Vlaanderen is de bewuste keuze gemaakt om verschillende tools naast elkaar aan te bieden, zodat professionals ze op een intuïtieve manier kunnen gebruiken. Het is opvallend dat vier van de vijf deelnemers gebruik maken van Mijn Positieve Gezondheid. We stellen ons de vraag wat een mogelijke reden hiertoe kan zijn. De deelnemers werken voornamelijk met ouderen. Daarbij geven ze aan dat voor ouderen een gesprek niet te lang mag duren en de tool niet te ingewikkeld mag zijn. De twee gebruikte tools sluiten hier het meest bij aan. Zo lijkt Doelzoeker in eerste instantie volgens een deelnemer niet werkbaar bij de doelgroep van zwaar zorgbehoevende ouderen. De geschikte afbeeldingen kiezen en plakken zal niet iedereen fysiek kunnen, waardoor dit veel tijd in beslag kan nemen. De tool Zorg Esperanto lijkt twee deelnemers eveneens te ingewikkeld voor deze doelgroep. Daarnaast geven de deelnemers aan dat bij de andere tools de valkuil bestaat dat de mantelzorger de tool invult, waardoor de PZOV minder aan bod komt.

De tool Positieve Gezondheid omschrijven de deelnemers als een aantrekkelijk en laagdrempelig instrument, dat eenvoudig in gebruik is en visueel aantrekkelijk is door de emoticons. Gedurende het doelgerichte gesprek lieten twee deelnemers de PZOV de tool zelf invullen en werd het nadien samen overlopen. Een deelnemer moest regelmatig hulp geven opdat de tool correct werd ingevuld. De twee andere deelnemers gebruikten de tool als leidraad voor het gesprek, ze stelden de vragen en vulden het antwoord van de PZOV in.

De deelnemer die voor Samenspraakfiche koos, ziet vooral een meerwaarde in het feit dat de PZOV zich kan voorbereiden op het gesprek. Het is niet eenvoudig om in een enkel gesprek tot levensdoelen te komen. Door de Samenspraakfiche in te vullen, alleen of met behulp van de mantelzorger, kan hij al reflecteren over wat er goed en wat er minder goed gaat in het leven. In een tweede gesprek legt de professional dan zijn eigen voorbereiding, die van de PZOV en de BelRAI resultaten samen.

Hulpverleners geven aan dat ze baat hebben bij een tool om hen te ondersteunen om tot de levensdoelen van de PZOV te komen. Zeker wanneer hulpverleners minder vertrouwd zijn met doelgerichte zorg kan een tool ondersteuning bieden.

3.1.3 De aard van het andere gesprek

De deelnemers zijn het gewoon om hun gesprekken te voeren met BelRAI als leidraad om BelRAI in te vullen en nadien deze resultaten te bespreken. We vragen aan de deelnemers of ze door middel van het doelgericht gesprek tot een ander gesprek zijn gekomen. Drie deelnemers geven aan dat ze niet het

gevoel hadden dat een ander gesprek is gevoerd, maar dat het wel vlotter verlopen is. Door het doelgericht gesprek krijgt de PZOV meer inspraak, meer verantwoordelijkheid en wordt hij meer betrokken. Twee deelnemers halen eveneens aan dat het een meerwaarde is dat de tools niet enkel focussen op problemen, maar ook op de mogelijkheden van de PZOV, waarbij een opdeling in thema's een extra hulp is. Daarnaast geven de tools verdieping om betekenisvolle zaken voor de PZOV te achterhalen.

De Samenspraakfiche vormt, volgens de deelnemer die hem gebruikte, een meerwaarde als communicatietool in het bijzonder bij complexe zorgsituaties. De deelnemer geeft hierbij wel aan de BelRAI resultaten nodig te hebben om tot doelen te komen. De BelRAI resultaten kunnen de doelen van de PZOV bevestigen en een bijkomende motivator zijn om hierrond te werken. Twee deelnemers geven aan dat ze sneller tot doelen zijn gekomen door de combinatie van het doelgerichte gesprek en BelRAI. Een andere deelnemer geeft aan dat het doelgerichte gesprek de BelRAI completer maakt. Het doelgericht gesprek heeft ertoe bijgedragen dat de deelnemer de PZOV beter leerde kennen voornamelijk op vlak van zingeving en kwaliteit van leven.

3.1.4 Het formuleren van doelen

Alle deelnemers hebben in het doelgerichte gesprek samen met de PZOV doelen kunnen formuleren. Bij twee deelnemers heeft de PZOV zelf zijn doelen aangegeven. De andere deelnemers gaven ondersteuning zodat de PZOV ook zelf doelen kan formuleren. Een voorbeeld van ondersteuning die werd geboden is aan de PZOV verduidelijken dat een doel kan zijn om de situatie te behouden zoals het is. Het behouden van een situatie vormt een evenwaardig doel en is ook vaak een geruststelling voor de PZOV. Een andere deelnemer vult hierbij aan dat hulpverleners vaak de neiging hebben te veel te willen veranderen en voorbijgaan aan het behouden van een situatie die goed loopt.

3.2 BelRAI

In het tweede deel van de opleidingsdag gaan we in op de plaats en de rol van BelRAI in het doelgerichte zorgproces. We staan ook stil bij de workflow die hiermee gepaard gaat en welke vaardigheden een professional moet bezitten om de vertaling van BelRAI output naar zorgdoelen te maken. Tot slot gaan we kort in op hoe de deelnemers BelRAI in het DZOP zien.

3.2.1 BelRAI in het doelgerichte zorgproces

We starten de discussie rond BelRAI door na te gaan waar de deelnemers BelRAI situeren in het doelgerichte zorgproces, zoals voorgesteld in de voorgaande onderzoeksfase. Om dit in beeld te brengen tonen we het schema van het doelgerichte proces. Aan dit schema voegen de onderzoekers BelRAI toe, op basis van de ervaringen uit opleidingsdag één. Het resultaat is onderstaande Figuur 3. BelRAI staat hier als instrument onder de levensdoelen met een enkele pijl naar de zorgdoelen.



Figuur 3 Voorstel 1 proces doelgerichte zorg met BelRAI

We vragen aan de deelnemers of BelRAI hier op zijn plaats staat of beter ergens anders kan staan, bijvoorbeeld later in het proces of met dubbele pijlen. In eerste instantie gaan de deelnemers akkoord met de positie van BelRAI. Twee deelnemers geven aan dat ze graag vanuit BelRAI vertrekken en het een inclusiecriteria vormt voor de zorgvernieuwingsprojecten waarin ze werken. Vier deelnemers geven aan dat ze BelRAI gebruiken om zorgdoelen te formuleren en de zorgplanning op te stellen. Toch stelt zich één deelnemer de vraag of er niet ook een pijl moet komen van BelRAI naar de levensdoelen omdat deze deelnemer ervaart dat zorgschalen en CAP's mogelijk kunnen helpen om levensdoelen te bepalen. Het bespreken van de BelRAI output geeft vaak vorm aan het gesprek dat de zorgaanbieder voert met de PZOV en toont aspecten die de PZOV niet steeds zelf ziet of zelf ter sprake zal brengen. Als tegenargument wordt aangehaald dat het trekken van een pijl van BelRAI naar de levensdoelen zorgt voor een valkuil. Het eigen professionele referentiekader kan te prominent naar voren komen en professionele waarden en normen kunnen omgevormd worden naar een levensdoel van de PZOV. Doelgerichte zorg heeft juist tot doel om het perspectief van de PZOV prioritair te behandelen. De levensdoelen zijn hierbij het terrein van de PZOV, BelRAI vormt het terrein van de professional. Het perspectief van de professional dient pas ingebracht te worden als de levensdoelen helder zijn.

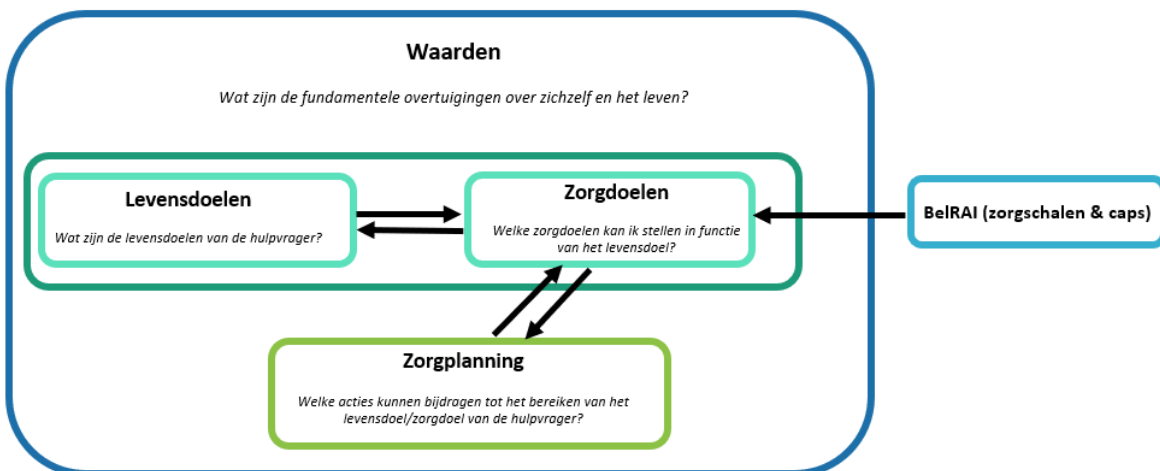
Uiteraard gaat het hier niet om een lineair proces, maar om een wisselwerking tussen de verschillende doelen. Om valkuilen, zoals te veel sturing in het doelgerichte gesprek, te vermijden, komen we samen met de deelnemers tot het volgende proces: (1) een doelgericht gesprek over levensdoelen, al dan niet met een tool; (2) de BelRAI afname; (3) de BelRAI output en de levensdoelen linken om tot zorgdoelen te komen; (4) een zorgplan opstellen op basis van de zorgdoelen. Onderstaand schema geeft dit proces visueel weer (Figuur 4).



Figuur 4 Voorstel 2 Proces doelgerichte zorg met BelRAI

In dit tweede schema worden de levensdoelen als terrein van de PZOV beschouwd. De zorgdoelen ontstaan uit de input van de levensdoelen en BelRAI. Volgens een deelnemer weerspiegelt dit schema de interactie tussen BelRAI en de doelen van de PZOV. Het geeft aan dat de PZOV en de hulpverlener tot een gemeenschappelijk inzicht komen via verschillende bronnen.

De volgende vraag die zich aandient is of BelRAI zich binnen of buiten het kader van de waarden situeert. Figuur 5 geeft de positie van BelRAI buiten het waardenkader weer.



Figuur 5 Voorstel 3 Proces doelgerichte zorg met BelRAI

De output van BelRAI is verkregen op basis van algoritmes, door een wetenschappelijk en objectief instrument. Dit doet vermoeden dat BelRAI zich buiten het waardenkader situeert. De deelnemers geven aan dat ze dit niet zo ervaren. Zowel bij afname van de BelRAI als bij het overlopen van de output om tot zorgdoelen te komen houdt BelRAI rekening met de waarden en de normen van de PZOV.

Bij de scoring van BelRAI moeten zorgaanbieders alert zijn hun eigen denkkader achterwege te laten en geen waarden voor de PZOV in te vullen. Er moet geluisterd worden naar wat de PZOV zelf als zelfstandig beschouwt. De deelnemers geven aan dat ze geneigd zijn zwaarder te scoren dan het voor de PZOV aanvoelt omdat er te veel vanuit het eigen professionele waardenkader wordt gescoord. Indien de PZOV

bijvoorbeeld het opwarmen van een diepvriesmaaltijd aanschouwt als koken en een volwaardige maaltijd waar hij tevreden mee is, dan scoort de hulpverlener het item 'koken' als zelfstandig ook als de hulpverlener dit niet als een gezonde maaltijd zou beschouwen. Dit kan soms voor discrepantie zorgen tussen wat de zorgverlener zou willen scoren en wat de zorgverlener uiteindelijk scoort, rekening houdend met de waarden van de PZOV. Uiteindelijk is het de PZOV die beslist waaraan er gewerkt zal worden en wat voor hem belangrijk is. Door hiermee rekening te houden in de scoring haalt de hulpverlener ook randinformatie zoals waarden uit het afnamegesprek en zitten de waarden ook reeds vervat in de CAP's en zorgschalen.

Het bespreken van de BelRAI output koppelen de deelnemers vaak aan een gesprek rond zorgdoelen, waarin de subjectieve ervaringen rond de objectieve items worden bevestigd. Bijvoorbeeld wanneer uit de BelRAI komt dat er een valrisico is (het objectieve), kan de hulpverlener vragen of de PZOV schrik heeft om te vallen (het subjectieve). De deelnemers halen aan dat ze in dit gesprek de levensdoelen, de CAP's en zorgschalen bespreken, ze samen met de PZOV en zijn context de afweging maken waaraan ze gaan werken en dit omzetten naar zorgdoelen. De PZOV heeft hierbij zeggenschap over de doelen en wat deze wel en niet wilt bereiken. Als de doelen niet binnen het waarden- en normenpatroon van de PZOV passen, dan moeten hulpverleners hier rekening mee houden. Het omzetten van CAP's naar zorgdoelen gebeurt niet zonder in overleg te gaan met de PZOV. Met deze bevindingen komen we tot het finale schema die de koppeling weergeeft tussen BelRAI en het doelgericht zorgproces (Figuur 6).



Figuur 6 Finaal voorstel Proces doelgerichte zorg met BelRAI

3.2.2 De stap van de BelRAI output naar zorgdoelen

Met BelRAI resultaten alleen kun je echter nog geen doelen formuleren. Deze resultaten dienen ook correct geïnterpreteerd te worden. In het DZOP zullen BelRAI resultaten beschikbaar zijn, vervolgens is het aan de professionals zelf om deze BelRAI resultaten correct te interpreteren en te vertalen naar doelen.

Twee deelnemers leggen uit hoe zij te werk gaan om van BelRAI output tot zorgdoelen te komen. Een van de twee deelnemers geeft aan dat hier een verschil zit tussen de normale werking en wanneer er een doelgericht gesprek plaatsvindt. Zonder doelgericht gesprek kijkt de deelnemer als voorbereiding naar de BelRAI resultaten en gaat na wat er relevant kan zijn. Deze stap is nog niet gekoppeld aan doelen. Wanneer de deelnemer naar het gesprek gaat om de resultaten te bespreken kent de PZOV de

resultaten nog niet en is hij ook niet voorbereid. De hulpverlener bespreekt de resultaten en vraagt of de PZOV zich hierin herkent. In dit gesprek neemt de hulpverlener de leiding en bestaat de valkuil dat er te weinig aandacht is voor wat de PZOV wil. Doormiddel van het doelgerichte gesprek is de deelnemer nu omgekeerd te werk gegaan. Als tool gebruikte de deelnemer de Samenspraakfiche. De Samenspraakfiche vraagt een voorbereiding van de PZOV en zijn mantelzorger, waardoor het gesprek nu langs twee kanten komt. In de Samenspraakfiche moeten de hulpverlener, de PZOV en de mantelzorger acties formuleren waarrond ze willen werken. Deze acties hebben ze in het gesprek samen vertaald naar doelstellingen. Er werd telkens op zoek gegaan wat er achter die acties schuilgaat om ze te vertalen naar zorgdoelen. De hulpverlener linkte vervolgens de acties en zorgdoelen met de CAP's en zorgschalen.

De tweede deelnemer doet ook telkens voorbereidend werk alvorens in gesprek te gaan met de PZOV over doelen. Het voorbereidend werk bestaat uit twee delen. Enerzijds neemt de deelnemer de BelRAI af. De BelRAI output wordt in het team kritisch bekeken met telkens de vraag herkennen wij de PZOV hierin en welke CAP's en schalen kleuren rood of oranje. Anderzijds nemen ze een doelgericht gesprek af, met een tool, om tot levensdoelen te komen. Vervolgens legt de deelnemer de informatie uit beide bronnen samen en bespreekt en analyseert deze met het team. Het team formuleert samen voorstellen rond doelen omdat het belangrijk is dat iedereen van het team hierachter staat en op de hoogte is van mogelijke doelstellingen. In een laatste stap gaat één professional uit het team in gesprek met de PZOV en de mantelzorgers om de voorstellen voor te leggen, dit af te toetsen met de wensen van de PZOV en tot concrete doelstellingen te komen.

3.2.3 Het interpreteren en bespreken van de BelRAI output

Zowel in een teambespreking als later in het DZOP zullen er zorgpartners zijn die niet op de hoogte zijn van de BelRAI output of die geen kennis hebben van BelRAI. Aan hen dienen de BelRAI resultaten uitgelegd te worden. Bovendien is het belangrijk dat de PZOV en zijn mantelzorgers uitleg krijgen over de resultaten, zodat hij begrijpt waarom sommige CAP's en schalen oplichten. Bij de PZOV gebeurt de vertaling best via voorbeelden aan de hand van de persoonlijke doelen en zonder jargon.

Op basis van een BelRAI assessment, kan een PDF worden gecreëerd met resultaten, namelijk welke CAP's geactiveerd en niet geactiveerd zijn en waarom. De professional die de PDF met de PZOV bespreekt dient te weten wat elke schaal en CAP betekent, wat erachter schuilgaat, waar je rekening mee moet houden en dergelijke meer. Dit alles komt terug in de BelRAI trainingen die een professional kan volgen. In de training reikt men ook hulpmiddelen aan om de BelRAI taal te leren spreken en te vertalen, onder andere de BelRAI wiki van het FOD (zie [BelRAIWiki: Main \(belgium.be\)](https://www.belraiwiki.be/)). Ook al hebben de deelnemers in dit onderzoek heel wat ervaring en kunnen ze de BelRAI resultaten interpreteren en omzetten in doelen, toch geven ze aan dat ze baat hebben bij hulpmiddelen die deze vertaling ondersteunen.

De zorgaanbieder die de BelRAI bevraging afneemt, zal niet steeds de persoon zijn die deze resultaten zal interpreteren. Het is geen must dat de hulpverlener die die BelRAI resultaten bespreekt ook de BelRAI zelf heeft ingevuld, maar dit biedt wel een meerwaarde. Dit maakt dat alle hulpverleners die met het DZOP zullen werken, ook deze zonder kennis van de BelRAI afname, de generieke vaardigheden aangeleerd moeten krijgen om te leren wat BelRAI kan betekenen in de context van de zorg voor een persoon. De hulpverlener dient voldoende kennis te hebben, of moet weten waar hij deze kennis kan vinden, om de BelRAI resultaten correct te interpreteren en op basis van het rapport gesprekken te kunnen voeren en doelstellingen te bepalen samen met de PZOV. In dit gesprek is het belangrijk dat de

hulpverlener steeds aan de PZOV vraagt wat hij of zij belangrijk vindt. Het vraagt veel tijd en oefeningen om deze vaardigheden in de vingers te krijgen. De deelnemers stellen het frequent bezig zijn met BelRAI, zowel het invullen als het bespreken, als een belangrijke voorwaarde. De onderzoekers zien een zekere overlap tussen de training doelgerichte zorg en de vaardigheden die worden aangeleerd tijdens een BelRAI training.

3.2.4 De rol van de BelRAI Screener

In dit onderzoek werken vier deelnemers met BelRAI HC en één deelnemer met BelRAI Screener. De BelRAI Screener is een verkorte BelRAI. De Screener geeft een totaalscore maar geeft geen CAP's of zorgschalen. Volgens de deelnemers geeft de BelRAI Screener een beperkter beeld en minder input dan een BelRAI HC. De deelnemer die de BelRAI Screener gebruikt, geeft aan dat de focus meer ligt op het gesprek dat wordt gevoerd, dan op de output. Door het gesprek gaat de professional meer in op bepaalde aspecten en verkrijgt op deze manier informatie. Daarnaast geeft de totaalscore wel enige input zoals het verschil in mogelijkheden en uitvoering, het bepalen of en hoeveel zorg er nodig is. De vraag stelt zich wel of de Screener voldoende is om input te geven bij zorgdoelen.

3.2.5 BelRAI in het DZOP

Naar aanleiding van de informatie over hoe hulpverleners de BelRAI output bespreken gaan we tijdens de discussie kort in op hoe BelRAI in het DZOP gepresenteerd kan worden. We houden hierbij in het achterhoofd dat nog niet alle BelRAI instrumenten voor alle doelgroepen al breed zijn geïmplementeerd.

De deelnemers stellen dat het moeilijk is om de BelRAI output toe te passen zonder ervaring en kennis van BelRAI. Als BelRAI resultaten in het DZOP geïntegreerd worden, dan zullen deze vereenvoudigd moeten worden. De deelnemers geven aan dat de terminologie te moeilijk is, bijvoorbeeld door het gebruik van het woord dehydratatie in plaats van 'u moet meer drinken'. Als de PZOV toegang heeft tot de resultaten moet er een mogelijkheid zijn dat hij bijkomende uitleg of een gesprek met de hulpverlener kan aanvragen. Tegelijkertijd stellen de deelnemers dat er ondanks het lange gesprek dat ze met de PZOV voeren om de BelRAI in te vullen, er nadien maar weinig mensen vragen wat de resultaten zijn.

3.3 DZOP

3.3.1 Zorgaanbieder perspectief en PZOV perspectief in de workflow van het DZOP

Bij het bespreken van de workflow van het DZOP, komt naar voor dat hierin twee perspectieven vervat zitten. Enerzijds is er het perspectief van de zorgaanbieder en anderzijds het perspectief van de PZOV. Het blijkt niet evident te zijn om deze twee perspectieven gelijk te stellen aan elkaar. Het BelRAI verhaal is het perspectief van de zorgaanbieder. Door BelRAI resultaten te gebruiken als startpunt in het zorgproces bestaat de valkuil dat de zorgaanbieder zich tegenover de PZOV gaat plaatsen en moet gaan oordelen, terwijl deze eigenlijk steeds naast de PZOV moet blijven staan. Het doelgericht gesprek waarin de levensdoelen worden besproken en wat belangrijk is in het leven van de PZOV, is het perspectief van de PZOV.

De deelnemers aan het onderzoek geven aan dat ze de BelRAI resultaten ter voorbereiding van het doelgericht gesprek reeds willen doornemen. Dit heeft echter als valkuil dat het doelgericht gesprek dan te veel gestuurd wordt vanuit het hulpverleners perspectief en de BelRAI resultaten en minder vanuit de PZOV. Op dit moment bezit de zorgaanbieder kennis die de PZOV niet heeft. De reden waarom

zorgaanbieders zich comfortabel voelen bij deze manier, is dat er op deze manier vanuit de BelRAI resultaten risico's en mogelijkheden kunnen getoond worden waar de PZOV zelf geen zicht op heeft, wat op zijn beurt leidt tot mogelijke zorgdoelen. Vanuit doelgerichte zorg vertrekt een hulpverlener juist vanuit de persoon en kijkt men pas naar BelRAI bij de opmaak van de zorgdoelen. De deelnemers geven zelf aan dat ze het als een meerwaarde ervaren om de zorg en ondersteuning vanuit de PZOV te laten vertrekken. Doelgerichte zorg waarborgt dat het perspectief van de PZOV als startpunt van zorg geldt. Nadat het PZOV perspectief duidelijk is, kan vervolgens het perspectief van de zorgaanbieder ernaast gelegd worden.

De workflow in het DZOP moet dus garanderen dat het perspectief van de PZOV voorop staat en het zorgaanbieders perspectief niet de overhand krijgt. Dit kan door volgende workflow te hanteren:

- Stap 1: levensdoelen bepalen aan de hand van een doelgericht gesprek, waarbij de PZOV voorop staat en de PZOV voorbereid is op het gesprek.
- Stap 2: zorgdoelen bepalen volgens:
 - Input uit de levensdoelen
 - BelRAI resultaten (zorgschalen en CAP's; mogelijks de totaalscore van de Screener) die beschikbaar zullen zijn ONTWERP
- Stap 3: zorgplan bepalen volgens de zorgdoelen. Doelstellingen concretiseren en acties bepalen.

In dit proces is het essentieel om te luisteren naar en bezig te zijn met de PZOV en steeds de noden en de wensen van de PZOV mee te nemen.

Deelnemers geven aan dat ze zich gesteund zouden voelen in de workflow door de levensdoelen, zorgdoelen en middelen uit te splitsen. En dat het ook voor de PZOV zelf waardevol is om hierover te reflecteren. Op deze manier hebben beide partijen een duidelijk zicht en kunnen compromissen gesteld worden waar nodig om samen aan dezelfde doelstelling te werken.

3.4 Conclusie opleidingsdag twee

We kunnen uit de tweede opleidingsdag concluderen dat BelRAI en het doelgerichte gesprek elkaar aanvullen in het DZOP. Het doelgerichte gesprek zorgt zowel voor een verdieping als voor een verbreding inzake thema's zoals zingeving en levenskwaliteit die in BelRAI niet aan bod komen. De deelnemers ervaren dat BelRAI voornamelijk input biedt rond de zorgdoelen, waar het doelgericht gesprek de levensdoelen helder krijgt. Om de zorgdoelen te bepalen en nadien een zorgplan op te stellen, moeten zowel het doelgerichte gesprek als de BelRAI output vertaald worden, dit vergt vaardigheden en ervaring. Dit dient ook steeds in overleg met de PZOV en zijn context te gebeuren en vraagt een zekere intermenselijke interactie. Tevens toont de tweede opleidingsdag het belang aan van de verschillende perspectieven in het DZOP. Deelnemers geven aan dat het een meerwaarde is om het perspectief van de PZOV prioriteit te geven en het perspectief van de zorgaanbieder pas naar voor te laten komen bij het opstellen van de zorgdoelen.

4 Reflectieopdracht twee

Ter voorbereiding van de derde en laatste opleidingsdag krijgen de deelnemers een tweede reflectieopdracht. De tweede opdracht stelt verdiepende vragen over het doelgerichte proces dat de deelnemers met hun PZOV doorlopen. Zo wordt er onder andere ingegaan op de waarden, de levensdoelen en zorgdoelen die ze formuleren. Daarnaast stellen we vragen over welke elementen van het doelgerichte proces en welke elementen uit BelRAI de deelnemers wensen op te nemen in het DZOP. We geven hieronder een samenvatting van de resultaten weer. De tweede opdracht is door vier van de vijf deelnemers ingevuld.

4.1 Doelgerichte zorg

Voor het formuleren van levensdoelen kan er een onderscheid worden gemaakt tussen expliciete en impliciete levensdoelen. Expliciete doelen zijn levensdoelen die de PZOV zelf benoemt tijdens het doelgerichte gesprek. Impliciete doelen zijn de levensdoelen die de hulpverlener tussen de lijnen leest in het gesprek. Uit de opdracht komt naar voor dat twee deelnemers zowel impliciete als expliciete levensdoelen formuleren. Bij een deelnemer zijn de impliciete en expliciete levensdoelen dezelfde. De onderwerpen van geformuleerde levensdoelen komen ook naar voor uit de BelRAI resultaten. Een deelnemer geeft aan geen impliciete doelen geïdentificeerd te hebben in het gesprek, de PZOV was cognitief erg sterk en mondig genoeg om al zijn wensen en doelen duidelijk te maken. Een andere deelnemer daarentegen heeft geen expliciete doelen, maar in het gesprek bevestigt de PZOV wel de impliciete doelen van de hulpverlener wanneer deze door de professional expliciet gemaakt worden.

Eveneens kunnen de zorgdoelen afwijken van wat de PZOV wenst of wat de zorgaanbieder in gedachten heeft. Drie deelnemers geven aan dat er enkele verschillen zijn tussen de zorgdoelen van de PZOV en de zorgdoelen van de deelnemers, de zorgaanbieders zelf. Bij een deelnemer gaat het zorgdoel van de zorgaanbieder reeds dieper in op de middelen en acties die nodig zijn om het doel te bereiken, waarbij in het zorgdoel van de PZOV dit nog niet wordt geformuleerd. Bij een andere deelnemer formuleerde de PZOV geen zorgdoelen tijdens het gesprek en komen de zorgdoelen enkel van de hulpverlener. In andere casussen worden de zorgdoelen samen opgesteld.

De rol die de PZOV krijgt in het proces van doelgerichte zorg verschilt per PZOV en deelnemer. Bij één deelnemer krijgt de PZOV een grote rol, hij heeft gedurende het proces steeds zelf aangegeven wat hij wil bereiken. Bij de andere deelnemers is men steeds samen tot levensdoelen en zorgdoelen gekomen. Ook hierin bestaan verschillen, het samen doelen formuleren kan gaan van de hulpverlener die suggesties doet die de PZOV dan verbetert of aanvult tot de PZOV die met behulp van een tool voorbereidingen maakt om vlotter tot doelen te komen.

Tot slot vormen waarden een belangrijke omkadering van levensdoelen, zorgdoelen en het doelgerichte proces. Hier kan opnieuw een onderscheid gemaakt worden tussen expliciete en impliciete waarden. De impliciete waarden die de deelnemers aanhalen zijn de volgende:

- Nederigheid
- Respect
- Niet alleen zijn

De expliciete waarden die in de gesprekken naar voor komen zijn:

- Privacy
- Zelfstandigheid
- Verbondenheid met lotgenoten
- Zich gehoord voelen
- Dankbaarheid
- Vrijheid
- Vriendelijkheid
- Gezondheid
- Openheid
- Respect
- Zekerheid
- Geborgenheid

ONTWERP

Het achterhalen van de waarden ondersteunt de deelnemers om zicht te krijgen op wat belangrijk is in het leven van de PZOV en om de levensdoelen beter te kaderen. Dit inzicht helpt hen in de volgende stap naar zorgdoelen door steeds in het achterhoofd te houden wat belangrijk is voor de PZOV en mee zijn keuzes zal leiden.

4.2 BelRAI

BelRAI gebruiken binnen doelgerichte zorg heeft volgens de deelnemers een meerwaarde op verschillende aspecten. De BelRAI output ondersteunt bij het formuleren van zorgdoelen doordat de output enerzijds zicht geeft op het functioneren en de risico's door middel van de zorgschalen en anderzijds op de mogelijkheden door middel van de CAP's. Daarnaast belicht BelRAI aspecten die de hulpverlener kan meenemen in het gesprek om zorgdoelen te formuleren samen met de PZOV. De informatie uit BelRAI bevestigt vaak de levensdoelen van de PZOV of de zorgdoelen die hij of zij hierrond wenst te formuleren. Een handig hulpmiddel bij het formuleren van zorgdoelen is het noteren van de BelRAI output per levensdoel, zoals een deelnemer in zijn casus demonstreert.

Naast de ondersteunde rol bij het formuleren van zorgdoelen, geeft BelRAI zicht op de evolutie van de PZOV doorheen de tijd en haalt het aandachtspunten aan. Verder krijgt de hulpverlener heel wat informatie over de PZOV en zijn netwerk en houdt de BelRAI ook rekening met de waarden van de PZOV.

4.3 DZOP

In de reflectieopdracht moesten de deelnemers aangeven welke elementen ze uit het doelgerichte zorgproces en uit BelRAI wensen op te nemen in het DZOP en hoe ze dit gepresenteerd willen zien. Een puntsgewijze opsomming van de elementen die de deelnemers benoemden in de opdracht is hieronder terug te vinden.

4.3.1 Doelgerichte zorg

- Hulpmiddelen om waarden te bepalen.
- Het in kaart brengen van het (zorg)netwerk, de omgeving en naasten rond de PZOV en de afspraken die binnen dit netwerk gemaakt worden.
- De wensen van de PZOV.
- De doelen die het team wil voorstellen.
- Zorginhoudelijke informatie: wat telt voor de PZOV?.
- Items uit het levensverhaal van de PZOV die relevant zijn.
- Zorgcoördinatie en casemanagement.
- Evaluatiemomenten en MDO's.
- De afgestemde doelen en het actieplan.
- De BelRAI output en items die verder te bevragen zijn bij de PZOV om zijn wensen in kaart te brengen.

4.3.2 BelRAI

- De CAP's, met een nadruk op de sterktes van de PZOV en niet enkel op de zwaktes.
- De evolutie van de PZOV ten opzichte van vorige BelRAI afnames.
- Een eenvoudige, visuele weergave van de BelRAI resultaten in een heldere taal.
- Een gestructureerde weergave bijvoorbeeld per item, levensdomein, per zorgnood, zonder hierbij meteen een of meerdere zorgdoelen te formuleren. Eventueel kan er gewerkt worden met icoontjes.
- De mogelijkheid om de resultaten te bespreken in een overleg of MDO.

5 Opleidingsdag drie: de focusgroep

De derde opleidingsdag starten we met drie presentaties over onderzoeksprojecten rond het DZOP. De eerste presentatie geven beleidsmedewerkers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Ze lichten toe wat het DZOP wel en niet zal zijn en hoe het DZOP opgebouwd zal zijn. In hun visie staan de levensdoelen centraal en pikken ze in op bestaande systemen zoals BelRAI en tools van doelgerichte zorg om zorgdoelen en het zorgplan op te bouwen. Het DZOP is hierbij opgebouwd uit verschillende componenten zoals een zorgplan, een communicatiemodule, een zorgteam, een agenda- en journaal-functie, rapporteringsmogelijkheden en een workflow.

De tweede presentatie gaat in op het project 'digitale zorgondersteuning in de praktijk in Limburg als hefboom voor Vlaanderen', waarbij de onderzoekers een app presenteren. Deze app vormt een voorbereiding voor het DZOP en focust zich voornamelijk op digitale communicatie en gegevensdeling. De app en het onderzoek vertrekt vanuit zorgpaden en gaat na wat de impact van de app en de gebruikservaring is bij zowel de PZOV als de zorgverleners.

Tot slot lichten de onderzoekers van het voorliggend onderzoek de bevindingen van de eerste fase en de bevindingen van de afgelopen twee opleidingsdagen toe. Hierbij stellen ze open vragen over hoe die bevindingen een plaats kunnen krijgen in het DZOP. Na de presentaties vragen we de deelnemers aan te geven wat ze meenemen uit de presentaties, wat zij nuttig achten voor het DZOP en wat ze achterwege zouden laten. Onderstaande alinea's geven een overzicht van deze discussie.

5.1 Het DZOP als reflectie instrument

Vooraleer wordt ingegaan op wat opgenomen moet worden in het DZOP, is het belangrijk om het doel van het DZOP duidelijk te krijgen.

Doorheen de focusgroep is duidelijk geworden dat het DZOP als doel heeft om zowel de PZOV, zijn context en de zorgaanbieder te laten reflecteren over de huidige zorg. Het startpunt hierbij is het verhaal van de PZOV waarbij de persoon zelf reflecteert over wat hij belangrijk vindt in zijn leven en zijn levensdoelen. De zorgaanbieder reflecteert op zijn beurt over hoe de zorg momenteel loopt en hoe deze beter afgestemd kan worden op de levensdoelen, noden en wensen van de PZOV. Een deelnemer omschreef het gesprek waarin levensdoelen worden geformuleerd als een stap terugzetten om vervolgens grote stappen vooruit te zetten, om de zorg vervolgens vorm te laten krijgen zoals het bij de PZOV past. Dit omschrijft wat het DZOP beoogt, een instrument dat zorgaanbieders een stap doet terugnemen en helpt reflecteren over zinvolle en betekenisvolle zorg.

5.2 PZOV als mede-eigenaar van zijn DZOP

In de opbouw van het DZOP zien we de PZOV als mede-eigenaar van zijn eigen DZOP. In het DZOP zal de PZOV centraal staan en dus ook toegang hebben tot alle gedeelde informatie. Een deelnemer geeft aan dat het een meerwaarde is dat de PZOV zicht heeft op zijn doelen en zijn evolutie, iets dat vandaag vaak niet gecommuniceerd wordt. Wanneer hulpverleners informatie gaan delen, betekent dit volgens drie deelnemers dat hulpverleners hun taal meer gaan moeten afstemmen op de PZOV. Zorgaanbieders staan hier voor open en trachten hier al naartoe te werken, maar ze beseffen dat een mindshift zal moeten plaatsvinden in de manier van rapporteren om dit te realiseren.

Naast toegang tot het dossier moet de PZOV volgens een deelnemer ook de keuzes kunnen maken om aan te geven wat wel en niet geregistreerd en gedeeld mag worden in het dossier. Tot op heden wordt belangrijke informatie, verkregen in informele gesprekken tussen PZOV en hulpverlener, vaak niet geregistreerd, enkel wanneer de PZOV dit uitdrukkelijk vermeldt. Deze zaken kunnen echter ook relevant zijn voor het zorgtraject. Op dit moment moet de zorgaanbieder kunnen filteren of dit bijdraagt aan het zorgtraject en het zorgteam over deze informatie moet beschikken. Vervolgens is het de rol van de zorgaanbieder om de PZOV het belang uit te leggen om deze informatie te registreren en te delen in het kader van het zorgproces, om zo de PZOV te ondersteunen in het maken van de keuze.

Gezien het DZOP een samenwerkingsplatform is, komt de vraag op of ook de PZOV de mogelijkheid moet hebben om informatie met zijn zorgteam te delen. De deelnemers zien hier de voordelen van in. Het zou handig zijn als de PZOV aanvullingen of nuances kan maken op de reeds geregistreerde informatie door de zorgaanbieder, bijvoorbeeld via een vakje notities. Ook wanneer hij graag gecontacteerd wenst te worden over het zorgplan zou hij dit moeten kunnen aangeven. De PZOV zou ook zijn voorbereidingen op het doelgericht gesprek reeds via het DZOP kunnen delen of indien mogelijk zelfs op het platform maken. Dit kan volgens de deelnemers de PZOV het gevoel geven dat hij meebouwt aan zijn eigen zorgplan, dat het iets is dat samen wordt gedaan. Twee deelnemers merken hierbij op dat dit afhankelijk zal zijn van de doelgroep en zelfs van persoon tot persoon. Ondersteuning door de mantelzorgers om dit te realiseren zal in sommige situaties nodig zijn.

Door de PZOV toegang te geven tot het dossier, heeft deze ook zicht op de eigen doelen en het zorgplan. Dit maakt dat de PZOV zijn eigen proces, evolutie en zorgtaken kan opvolgen. Volgens een deelnemer is de PZOV de persoon die het best kan inschatten welke zorgtaken in zijn perceptie voltooid zijn. Dit garandeert dat het tempo van de PZOV wordt gevolgd en dat de zorgaanbieders niet sneller gaan en voorbijstreven aan taken en doelen. Bovendien is het moeilijk om te bepalen wanneer een taak en doel is afgerond. Doelen zijn dynamisch en wijzigen, wat vandaag een doel is kan morgen geen doel meer zijn. Ook de evolutie van zowel doelen als zorgtaken weergeven, is niet evident, want hoe bepaal je hoever iets is afgerond. Hierin zou de PZOV het mandaat moeten krijgen om zelf te bepalen wanneer iets voor hem voltooid is.

5.3 Communicatie

Per doelstelling, middel of actie in het DZOP, wordt idealiter een verantwoordelijke aangeduid. Dit maakt dat zowel de PZOV, als de collega zorgaanbieders een aanspreekpunt hebben. De deelnemers geven aan dat dit helpt om een zicht te behouden op wie deel uitmaakt van het zorgteam en wie welke taak opneemt, wat momenteel niet altijd even duidelijk is voor de zorgaanbieders. We stellen de vraag of het DZOP daarnaast de mogelijkheid van een chatfunctie moet bezitten of dat het delen van contactgegevens van het zorgteam volstaat. Een deelnemer haalt aan reeds te werken met Siilo, een chat app voor zorgverleners. Via deze weg maakt een team van zorgverleners een online groep voor een PZOV aan en delen ze bestanden en niet dringende zaken rond de PZOV met elkaar. Dit zorgt volgens de deelnemer voor een vlottere communicatie waardoor er sneller op elkaar kan ingespeeld worden en het is ook drempelverlagend. Een andere deelnemer heeft toch twijfels bij deze manier van communiceren. Het gevaar bestaat dat er berichten verloren gaan wanneer niet iedereen dit even gelijkmatig opvolgt. Daarnaast zijn er ook bedenkingen omtrent het beroepsgeheim. Volgens de app ontwikkelaars uit het project van Limburg is hier rekening mee gehouden inzake GDPR en werken ze met dubbele factor identificatie. Daarnaast is het de PZOV die toestemming dient te geven wie van het zorgteam mag

deelnemen aan de app en wie toegang heeft tot welke inhoud. Wanneer enkel de contactgegevens te zien zijn geeft dit ook al een mooi zicht op wie betrokken is, iets dat nu niet voor elke zorgverlener duidelijk is.

5.4 BelRAI als ondersteuning in het DZOP

De deelnemers zijn het erover eens dat in het DZOP de BelRAI resultaten, of de totaalscores van de Screener, worden opgenomen en niet het volledige BelRAI assessment. Dit wil evenwel zeggen dat iedereen die de resultaten raadpleegt deze moet kunnen interpreteren. Daarnaast geven de deelnemers aan dat de resultaten meer gestructureerd moeten zijn, een hulpverlener zou in een oogopslag moeten zien waar het om gaat. Het zou voor zorgaanbieders een ondersteuning zijn om per geactiveerde zorgschaal of CAP extra toelichting te ontvangen waarom deze oplicht.

Momenteel is de Federale Overheidsdienst bezig met het ontwikkelen van een document dat de BelRAI output meer omkadert. Het document start met de wensen en levensdoelen van de PZOV en de wensen van de primaire mantelzorger. Nadien is er een luik met persoonlijke informatie. Daarna volgt een opsomming van de zorgschalen. Bij elke zorgschaal staat de huidige en de vorige score, een definitie, een opsomming van de items die in de schaal vervat zitten en een aanduiding van de items waar de PZOV op scoort of een probleem heeft. De CAP's worden op eenzelfde manier gepresenteerd. Dit document zorgt ervoor dat de output nog meer op maat wordt weergegeven. Deze manier van werken kan een optie voor het DZOP zijn.

Daarnaast stelt een deelnemer voor om de BelRAI wiki te vermelden bij de resultaten, als suggestie om de BelRAI in menselijkere taal weer te geven. De wiki vormt een handig werkinstrument gezien het alle definities en informatie over BelRAI bevat. De deelnemers geven echter aan dat voor PZOV en zorgaanbieders zonder BelRAI ervaring dit complex geformuleerd is. Bovendien bestaat bij een wiki de valkuil dat de professionals die met BelRAI werken hun eigen manier van denken en werken proberen op te leggen. Andere hulpverleners uit andere sectoren, zoals bijvoorbeeld zorg voor personen met een handicap of de jeugdzorg, zullen ook hun tools, terminologie of wiki's hebben. Als voor elke sector een uitgebreide wiki toegevoegd dient te worden in het DZOP, dan is er de valkuil dat het DZOP een verzameling van wiki's wordt.

De BelRAI integreren in het DZOP vraagt meer dan enkel de resultaten te uploaden of te koppelen in een digitaal zorgplan. Het is inzetten op de vertaling en het intermenselijke gesprek.

5.5 Registratie en visualisatie in het DZOP

Met de presentaties en het DZOP in het achterhoofd vragen we aan de deelnemers welke onderdelen ze uit de presentaties als ondersteunend ervaren. Inzake doelgerichte zorg komt naar voor dat zorgverleners die geen kennis hebben van doelgerichte zorg de sleutelvragen zoals 'wat is een goede dag voor u' kunnen gebruiken om betekenisvolle doelen te identificeren. De sleutelvragen zijn ruim genoeg geformuleerd zodat ze loskomen van het taakgerichte en kunnen leiden tot een gesprek over de levensdoelen en over wat belangrijk is voor de PZOV. Naast de sleutelvragen geven de deelnemers aan dat de tools hen helpen om tot een ander gesprek te komen en ze graag de tools zelf of de vragen hieruit willen weerhouden in het DZOP. Het eerste gesprek over levensdoelen kan best als een interventie geïntegreerd worden opdat het niet verloren gaat tussen de zorgdoelen, de zorgtaken en afspraken in het DZOP.

Verder haalt een deelnemer aan dat ze binnen hun organisatie een zorgkompas hebben ontwikkeld. Dit instrument gaat in op doelgerichte zorg en met name op de vier volgende luiken: wat moet er gebeuren, wat wil de PZOV, hoe komt dit tot stand en wie neemt de taak op. Deze tool zou ook een bijdrage kunnen leveren aan het DZOP. Tot slot vermelden de deelnemers nog zaken die hen zouden kunnen ondersteunen in het DZOP en doelgerichte zorg, met name een luik rond waarden waarin voorbeelden van waarden met een eenvoudige definitie vermeld staan, het tonen van de evolutie van de PZOV en het beperken van informatie tot datgene waar effectief in het zorgplan rond gewerkt zal worden.

De zorgaanbieders geven aan dat ze een totaal zicht willen hebben op de PZOV. Bij de rapportage is aandacht nodig voor de terminologie. Zorgaanbieders dienen op zo'n manier te rapporteren dat hun doel niet hoger wordt gesteld dan het doel van de PZOV. Bovendien moet de focus liggen op wat goed loopt. Wanneer de focus ligt op wat niet goed loopt en waar de PZOV voor kiest om niet aan te werken, krijgt het zorgaanbieders perspectief de bovenhand. Door de focus te leggen op wat goed loopt, komt het zorgaanbieders perspectief en het PZOV perspectief in evenwicht.

We staan ook stil bij de visualisatie van verschillende aspecten in het DZOP. Zo dient er in het DZOP vermeld te staan wie het zorgdoel of de zorgtaken zal opvolgen. Een deelnemer vult verder aan dat het goed is voor de PZOV dat hij weet tot wie hij zich kan richten bij vragen. In functie van de zorgtaken zouden de deelnemers graag van alle betrokken zorgverleners de taken zien. Zo weet iedereen wie waar mee bezig is en zit men niet op een eilandje. Bovendien zijn er ook doelen waar samen aan gewerkt wordt. Dit wordt momenteel gerealiseerd in de ontwikkeling van de app. De app geeft een overzicht van welke zorgverleners betrokken zijn. Daarnaast halen de ontwikkelaars van de app aan dat er ook de mogelijkheid kan zijn dat elke zorgverlener kiest wat hij ziet, enkel zijn eigen taken of ook die van anderen. In de huidige dossiersystemen van drie deelnemers is er de mogelijkheid om aan te duiden of een zorgtaak in opstart is, in uitvoering is of voltooid is. De deelnemers geven aan dat deze mogelijkheden momenteel amper tot niet worden gebruikt en hulpverleners hier niet direct bijilstaan. Zorgaanbieders vinden het fijn om op de hoogte gehouden te worden indien een zorgtaak is opgestart, maar alle details hiervan hoeven ze niet te weten. Er moet vertrouwen zijn in het team dat de verantwoordelijke van een zorgtaak deze ook uitvoert. De deelnemers geven aan dat het voor hen voldoende is om te vermelden welke zorgtaak door welke professional wordt opgevolgd. Het weergeven van elkaars taken mag geen controlefunctie worden. Men moet erop vertrouwen dat een zorgverlener zijn taak uitvoert en tijdig aangeeft wanneer er een reden is om een taak niet op te starten of niet vordert.

Bij de visualisatie van de zorgtaken komt ook de presentatie van de zorgtaken aan bod. We vragen na hoe de deelnemers dit zien, bijvoorbeeld via percentages. De deelnemers zijn om verschillende redenen geen voorstanders van werken met percentages. Enerzijds kan men de vraag stellen in welke mate een PZOV wil dat een doel 100% behaald wordt. Anderzijds is het niet duidelijk wie bepaalt of iets 50%, 70% of 100% behaald is. Daarnaast zijn doelen flexibel en kunnen ze steeds aangepast worden, zodat het moeilijk is deze te kwantificeren. Percentages kunnen de focus leggen op het behalen van doelen. Bij doelgerichte zorg ligt de focus op het reflecteren over zorg en het proces dat wordt doorlopen, dan het realiseren van doelen.

5.6 Conclusie opleidingsdag drie

Het is duidelijk dat alle vraagstukken over het DZOP niet in één focusgroep kunnen worden beantwoord, maar de bovenstaande alinea's geven alvast een eerste insteek. Het doel van het DZOP is om te reflecteren over zorg, over het aanbieden van een workflow om te reflecteren over wat zinvol, belangrijk en betekenisvol is eerder dan het vormen van een verzamelplaats met een overlading van alle mogelijke informatie en het nastreven van het behalen van doelen. Een andere vraag die openblijft, is de vraag rond de afbakening van het gedeeld terrein. We willen dat het DZOP ingaat op wat de professionals met elkaar en met de PZOV willen delen om tot een zorgplan te komen met een hoofdfocus op de wensen en levensdoelen van de PZOV en de mantelzorger. Fundamenteel in het DZOP zullen de interactie, het gesprek en het samen nadenken zijn. Het gaat om een platform dat de PZOV betreft en waar zorgaanbieders, PZOV en zijn context samen kunnen communiceren.

ONTWERP

Hoofdstuk 5

Discussie

In de discussie bieden we een antwoord op de verschillende onderzoeksvragen, maken we de verbinding met de vorige onderzoekfase en staan we stil bij de beperkingen van het onderzoek.

1 Antwoord op de onderzoeksvragen

1.1 Hoe willen zorgaanbieders digitaal ondersteund worden bij het verlenen van doelgerichte zorg?

1.1.1 Welke structuur moet het DZOP hebben en welke elementen moeten hierin opgenomen worden?

Het DZOP dient een structuur te hebben die zorgaanbieders begeleidt om doelgerichte zorg in de praktijk te brengen. Daarbij zorgt de structuur ervoor dat het persoonlijke gesprek met de PZOV wordt aangegaan en het intermenselijke contact wordt gegarandeerd. De indeling in waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan biedt een structuur. Hiernaast zou het DZOP de *goal-elicitation* als een interventie moeten ondersteunen. Dit kan door bijvoorbeeld de tools voor het doelgerichte gesprek als interventie in het DZOP te positioneren of door het invullen van een sleutelvraag te verplichten. Door het doelgericht gesprek als een interventie te erkennen wordt gegarandeerd dat het perspectief, de noden en de wensen van de PZOV steeds wordt meegenomen in het zorgproces en dit niet door de zorgaanbieder wordt ingevuld. Het afsplitsen van de *goal-elicitation* als interventie heeft nog een bijkomend doel. Door dit af te splitsen kunnen verschillende sectoren (vb.: jeugdzorg, gehandicaptenzorg) eigen methodieken en tools inbrengen, die op hun eigen manier trachten te verhelderen wat betekenisvol is voor de PZOV.

Verschillende elementen kunnen opgenomen worden in de structuur van het DZOP om zorgaanbieders te ondersteunen. Onder de 'waarden' zouden hulpverleners graag de mogelijkheid hebben om voorbeelden van waarden te krijgen met telkens een eenvoudige definitie. Onder de 'levensdoelen' bieden de tools voor doelgerichte zorg ondersteuning. Deze tools kunnen als communicatiemiddel dienen en helpen om een ruim beeld van de PZOV te schetsen. Naast de tools voor doelgerichte zorg kunnen ook de sleutelvragen ondersteuning bieden. Deze vragen werden reeds in de vorige onderzoeksfase geïdentificeerd en werden in deze fase aan de zorgaanbieders voorgelegd. De sleutelvragen zijn korte vragen, die een professional kan integreren in een gesprek. De sleutelvragen helpen om het taakgerichte los te laten en brengen de persoonlijke doelen in kaart. Mogelijke sleutelvragen die geïntegreerd kunnen worden, zijn de volgende:

- Wat doe je op een dag?
- Wat is een goede dag?
- Als je mag dromen, wat zou je dan dromen?
- Had je hobby's die je vroeger graag deed?

- Vertel eens over vroeger
- Wat maakt je blij?

Onder de 'zorgdoelen' kan het een ondersteuning zijn voor zorgaanbieders om expliciet te vermelden dat zorgdoelen niet steeds om verandering dient te gaan. Een doel kan ook zijn om iets te behouden zoals het momenteel loopt. Een bijkomende ondersteuning bij de zorgdoelen is om te benadrukken dat de focus van zorgdoelen ligt op de mogelijkheden en niet op de beperkingen.

Onder de 'zorgplanning' zou het zorgaanbieders ondersteunen om enkel zorgtaken op te nemen waar effectief rond gewerkt wordt.

Naast de voorgestelde structuur, moet er in het DZOP ook aandacht en ruimte zijn voor interprofessionele samenwerking. Zorgaanbieders willen een zicht hebben op wie tot het zorgteam behoort en wie welke taken opneemt. Daarnaast willen zorgaanbieders ook de mogelijkheid hebben om op een laagdrempelige manier met elkaar te communiceren.

1.1.2 Hoe willen zorgaanbieders levensdoelen, zorgdoelen en een zorgplanning registreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?

Het gesprek waarin de levensdoelen verhelderd worden dient gerapporteerd te worden zodat hier niet aan voorbijgegaan wordt. De literatuur haalt reeds aan dat het invullen van een digitaal dossier niet ten koste mag gaan van de interacties met de PZOV (Jie Mein et al., 2011; Stanhope & Matthews, 2019). Zorgaanbieders willen gerust doelen, achtergrondinformatie, waarden, wensen en noden registreren, met ruimte voor het eigen verhaal, maar niet te uitgebreid.

Een element dat zorgaanbieders niet in detail willen registreren, zijn de zorgtaken. De zorgtaak op zich en wie dit opneemt dient geregistreerd te worden, maar de evolutie van de zorgtaken willen zorgaanbieders niet noodzakelijk registreren. Doelen zijn flexibel en evolueren, sommige doelen zullen dus nooit voltooid zijn en sommige doelen hoeven nooit voltooid te zijn. Het weergeven van zorgtaken als voltooid of percentages die reeds voltooid zijn, zijn volgens de professionals niet wenselijk.

Zorgaanbieders willen dat ook de PZOV zelf zaken kan registreren in het DZOP. Door de PZOV actief te betrekken in zijn DZOP, krijgt deze ook eigenaarschap over zijn eigen zorgplan. Dit garandeert dat er voldoende aandacht gaat naar het perspectief van de PZOV en het perspectief van de zorgaanbieder niet de bovenhand neemt.

1.2 Op welke manier kunnen doelgerichte zorg en BelRAI gelinkt worden in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan?

1.2.1 Welke elementen van BelRAI kunnen doelgerichte zorg ondersteunen en bevorderen?

Het doel van BelRAI is om de noden en het functioneren van de PZOV in kaart te brengen. Hiervoor wordt de BelRAI output, zoals de CAP's en zorgschalen gebruikt. Met deze output gaat de zorgaanbieder in gesprek met de PZOV om samen een zorgplan met individuele zorgdoelen op te stellen. Deze BelRAI output dient door de zorgaanbieder vertaald te worden naar zorgdoelen op maat van de PZOV en het zorgteam. Zowel de zorgdoelen als de vaardigheden die zorgaanbieders hebben om de vertaalslag te maken, vormen elementen die doelgerichte zorg ondersteunen.

Het belang ligt dus niet alleen in wat de BelRAI output genereert maar ligt ook in de vertaling die de professional maakt naar de zorgdoelen en het in gesprek gaan over de BelRAI output met de PZOV en

het zorgteam. Het vertalen van BelRAI data vraagt verschillende vaardigheden, kennis en ervaring. Zo moet de professional BelRAI resultaten kunnen interpreteren. Dit wil zeggen dat de professional weet wat een score bij een zorgschaal betekent, wanneer een CAP actief is, wat er schuilgaat achter elke CAP en zorgschaal, wat de resultaten triggert en dergelijke meer. Het is geen must dat de professional die aan de slag gaat met de BelRAI resultaten de BelRAI ook heeft afgenomen, maar het is wel een meerwaarde.

Om te komen tot zorgdoelen is meer nodig dan enkel de BelRAI data. De zorgdoelen ontstaan uit de input van de levensdoelen en BelRAI resultaten. Het doelgerichte gesprek dat de levensdoelen van de PZOV in kaart brengt schets een ruim beeld van de PZOV. BelRAI neemt hierbij een aanvullende, ondersteunende rol in, om een volledig beeld van het functioneren van de PZOV te bekomen. In een volgend gesprek worden de levensdoelen en BelRAI samengenomen om tot zorgdoelen te komen. Professionals kunnen het als ondersteunend ervaren om de BelRAI output per levensdoel te gaan schikken, om na te gaan welke CAP's en zorgschalen per levensdoel informatie aanreiken en kunnen leiden tot zorgdoelen.

Het is de combinatie van de resultaten uit het doelgerichte gesprek, de BelRAI resultaten en het gesprek met de PZOV dat tot zorgdoelen leidt. Een gesprek enkel en alleen vertrekkende vanuit BelRAI resultaten, zonder voorafgaand een doelgericht gesprek te voeren, heeft de valkuil dat de hulpverlener het gesprek te veel leidt, meer voorkennis heeft en voorbijgaat aan de doelen van de PZOV.

1.2.2 Welke input vanuit het doelgericht gesprek en welke input vanuit BelRAI kunnen de zorgaanbieder ondersteunen in het verlenen van doelgerichte zorg in het DZOP?

Zowel het doelgericht gesprek waarin de levensdoelen verhelderd worden als de output van de BelRAI resultaten vormen input voor een doelgericht DZOP. Door het doelgericht gesprek en BelRAI een plek te geven in het DZOP, krijgen zowel de PZOV als de zorgaanbieder een stem bij het bepalen van het zorgproces. In het DZOP is BelRAI ondersteunend aan doelgerichte zorg om de zorgdoelen te formuleren. Het proces van doelgerichte zorg in het DZOP werd aangevuld met BelRAI en leidt tot de volgende workflow die in het DZOP toegepast kan worden (Figuur 7).



Figuur 7 Proces doelgerichte zorg en BelRAI

De volgende zaken komen in de workflow aan bod:

- Het verhelderen van de levensdoelen in de *goal-elicitation* waarbij tools of sleutelvragen worden gebruikt. Dit gesprek staat los van de BelRAI afname.
- BelRAI resultaten inbrengen in het proces van doelgerichte zorg. Deze BelRAI resultaten zijn ondersteunend en bieden input bij het opstellen van zorgdoelen.
- Het opstellen van zorgdoelen door informatie samen te brengen. De professionals brengen de levensdoelen en de BelRAI resultaten samen en voeren hierrond een interdisciplinair overleg samen met de PZOV. In deze stap brengen we de twee perspectieven samen, namelijk die van de PZOV en die van de professional(s), om tot een gemeenschappelijk inzicht te komen. In overleg met de PZOV wordt een afweging gemaakt waarrond de PZOV wil werken en zetten ze deze afweging samen om naar zorgdoelen. Het omzetten van BelRAI resultaten naar zorgdoelen gebeurt steeds in overleg met de PZOV.
- Een zorgplanning opstellen met middelen en acties op basis van de afgesproken zorgdoelen.
- Overkoepelend dient het zorgteam aandacht te hebben voor de waarden, noden, behoeften en emoties van de PZOV die mee vervat zitten in het zorgproces.

ONTWERP

De workflow geeft duidelijk aan dat het perspectief van de professional en instrumenten zoals BelRAI, maar ook ziekte specifieke richtlijnen of andere instrumenten pas naar voor komen op het moment dat er wordt overgegaan tot het formuleren van zorgdoelen. Dit dient mee in rekening genomen te worden bij het positioneren van deze instrumenten in het DZOP. Bovendien zal deze workflow in de praktijk niet zo rechtlijnig verlopen als hier beschreven. Doelen evolueren steeds en zijn dynamisch. In de workflow moet er de ruimte zijn om een eigen traject te volgen en stappen over te slaan of stappen terug te keren.

Naast de workflow blijkt uit het onderzoek dat overleg en samenwerking belangrijk zijn. Enerzijds is overleg belangrijk om de BelRAI resultaten te bespreken met het zorgteam, waarbij extra aandacht is voor hulpverleners die niet werken met BelRAI. Doordat BelRAI resultaten om oplossingen vragen van verschillende disciplines zorgt BelRAI voor een bredere kijk bij hulpverleners en leren ze al doende wat andere disciplines doen en kunnen. Door van elkaar te leren en met BelRAI te werken kunnen hulpverleners een interdisciplinaire kijk ontwikkelen en draagt het bij tot samenwerking. Anderzijds is een overleg waardevol om samen met de PZOV, zijn mantelzorger en het zorgteam creatief na te denken over doelen. Zorgaanbieders zouden zich ondersteunt voelen als de workflow van het DZOP interprofessioneel overleg faciliteert.

2 Koppeling met de voorgaande onderzoeksfase

In de voorgaande onderzoeksfase werden vijf aanbevelingen geformuleerd om levensdoelen te formuleren en de vertaalslag van levensdoelen naar zorgdoelen naar een zorgplan in het DZOP te maken:

- 1) Erken het doelgericht gesprek als methodiek om tot levensdoelen te komen.
- 2) Train hulpverleners in het afnemen van doelgerichte gesprekken.
- 3) Ondersteun het proces van doelgerichte zorg als een dynamisch proces.
- 4) Splits waarden, levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan concreet op.
- 5) Voorzie vrije tekstvelden in het DZOP om het verhaal van de PZOV te brengen.

Dit onderzoeksrapport bouwt voort op de bevindingen die in de eerste fase werden geformuleerd. Daarom wordt de terugkoppeling met deze vijf initiële aanbevelingen gemaakt.

(1) Ook in deze onderzoeksfase komt het belang van het doelgerichte gesprek als methodiek om tot levensdoelen te komen aan bod. Het belang van dit doelgerichte gesprek werd bevestigd en verder uitgebreid. De reden waarom dit gesprek aan belang toeneemt, is om te garanderen dat het perspectief van de PZOV centraal staat in het zorgproces. Zeker wanneer andere assessments, zoals de BelRAI, mee input geven in het zorgproces dient men hier alert voor te zijn. De tools en sleutelvragen zijn hierbij een belangrijk hulpinstrument die de zorgaanbieder en de PZOV ondersteunen om tot de levensdoelen te komen.

(2) Doorheen de opleidingsdagen werd duidelijk dat hulpverleners niet enkel getraind moeten worden in het afnemen van doelgerichte gesprekken, maar ook in het opstellen van zorgdoelen. Enerzijds bieden de levensdoelen input voor de zorgdoelen, maar anderzijds bieden ook de CAP's en de zorgschalen input voor de zorgdoelen. Het vergt kennis, vaardigheden en ervaring om verschillende informatiebronnen te combineren en samen met de PZOV zorgdoelen op te stellen. De deelnemers in dit onderzoek volgden een BelRAI training, waar hen deze vaardigheden werden aangeleerd. Deze vaardigheden konden ze vervolgens ook toepassen om de levensdoelen te vertalen in zorgdoelen.

(3) Deze aanbeveling werd eveneens in dit onderzoek bevestigd. Het DZOP dient dynamisch opgesteld te worden, want doelen kunnen veranderen.

(4) Het belang van waarden komt ook in dit onderzoek naar boven. Ook in BelRAI, wat een gestandaardiseerd assessment is op basis van algoritmes, komt het belang van waarden aan bod. Dit maakt dat waarden een plaats verdienen in het DZOP. De opsplitsing waarden, levensdoelen, zorgdoelen en zorgplan werd in deze onderzoeksfase door de deelnemers toegepast. De deelnemers gaven hierbij aan dat deze opdeling hen ondersteunt en helpt reflecteren over de huidige zorg en de zorg die nodig is volgens de noden en wensen van de PZOV.

(5) Het voorzien van vrije tekstvelden werd in dit onderzoek nogmaals bevestigd. Hierbij ontstond echter een aandachtspunt dat in vrije tekstvelden ook de valkuil kan bestaan dat standaard doelen worden opgesteld, zonder rekening te houden met de wensen en behoeften van de PZOV.

3 Beperkingen van het onderzoek

Voor de opbouw van het DZOP is het belangrijk om te bepalen wat het DZOP is en welke fundamentele zaken hierin vervat moeten zijn, vooraleer de verschillende componenten en functies van het DZOP vorm krijgen. Dit onderzoek biedt een verkennend antwoord op de fundamentele zaken die in het DZOP vervat moeten zijn, rekening houdend met de vraag om BelRAI en doelgerichte zorg te integreren. Het project biedt nog geen uitsluitende antwoorden op alle vragen over het DZOP en brengt ook enkele beperkingen met zich mee.

Ons onderzoek betreft een kort onderzoek met een kleine groep van vijf participanten. De onderzoeksactiviteiten dienden op drie maanden tijd uitgevoerd worden, waardoor er minder tijd voor rekrutering was en het aantal opleidingsdagen beperkt werd tot drie dagen. Binnen de kleine groep van participanten was er bovendien een oververtegenwoordiging van één sector, namelijk de ouderenzorg. Daarnaast kon maar één deelnemer uitspraken doen over de dagelijkse werking met de Screener in de thuiszorg. Dit brengt de beperking met zich mee dat er voorzichtigheid geboden is om de uitspraken van

de deelnemers te veralgemenen, ze brengen immers enkel het perspectief van professionals in een deel van de ouderenzorg en beperkt de thuiszorg in kaart. Om harde uitspraken te doen over de positionering en rol van de BelRAI Screener in het DZOP hebben we te weinig input verkregen. Tot slot wordt de PZOV niet betrokken in deze fase van het onderzoek. De focus ligt immers op de dwarsverbinding tussen doelgerichte zorg en BelRAI, waarbij BelRAI het terrein is van de professional die de BelRAI invult. Dat betekent uiteraard niet dat de PZOV niet op andere momenten betrokken moet worden. Ook de mantelzorg werd niet betrokken in deze fase van het onderzoek. Zij kunnen net zoals de PZOV baat hebben om betrokken te worden bij de zorgplanning en de ontwikkeling van het DZOP. Mogelijk kan het DZOP een luik voorzien voor de mantelzorgers, waarbij de BelRAI assessments voor mantelzorgers die volop in ontwikkeling zijn ook hun bijdrage kunnen leveren.

We kaderen dit onderzoek dan ook als een verkennend onderzoek. Een vervolgonderzoek dient in te zetten op de volgende aspecten: (1) verbreding van de doelgroep van professionals en (2) het betrekken van de PZOV en mantelzorgers. Het verbreden van de doelgroep van professionals is belangrijk aangezien elke doelgroep een eigen insteek heeft over wat zij ondersteunend vinden in een DZOP. Alle perspectieven moeten in acht genomen worden wil men draagvlak creëren voor het DZOP in de praktijk. Het betrekken van de PZOV is een aandachtspunt, gezien zij centraal staan in het DZOP en belangrijke gebruikers zullen zijn. In vervolgonderzoek wordt best nagegaan wat de verwachtingen zijn van de PZOV en hoe de PZOV het DZOP mee vorm wil geven en wil gebruiken.

Op de stuurgroep vergadering kwam ook de vraag naar boven op welke manier het DZOP kan bijdragen aan populatiemanagement. Doorheen het onderzoeksproces kwam meermaals naar boven dat het DZOP bovenal een instrument moet zijn die de hulpverleners op het terrein ondersteunt om te communiceren en tot geïntegreerde zorg te komen. Het DZOP heeft niet als prioritair doel om beleidsdata te verzamelen. Mogelijks kan relevante data wel uit BelRAI gehaald worden. Daarvoor dient eerste een lijst opgesteld te worden met welke beleidsdata relevant zijn en verzameld dienen te worden, om nadien te bepalen waar deze data verzameld kan worden.

Hoofdstuk 6

Aanbevelingen

De resultaten uit het onderzoek laten ons toe verschillende aanbevelingen te formuleren. Eerst komen de aanbevelingen voor de opbouw van het DZOP aan bod, als tweede komen de aanbevelingen met betrekking tot de invulling van de componenten van het DZOP aan bod. Er wordt afgesloten met aanbevelingen naar vervolgonderzoek toe.

1 Aanbevelingen voor de opbouw van het DZOP

Aanbeveling 1: Positioneer het DZOP als communicatie instrument voor kwaliteitsvolle zorg in plaats van als maatstaf om doelen te behalen.

Het fundament van het DZOP zit in de intermenselijke interactie, in het in gesprek gaan met elkaar en met de PZOV en het samen reflecteren over goede zorg met aandacht voor levensdoelen. Het DZOP moet dit proces van communiceren en reflecteren ondersteunen. Dit kan door expliciete aandacht te geven aan de verschillende delen van het proces van doelgerichte zorg. Bovendien kan dit ook door het bereiken van doelen bewust niet op te nemen in het DZOP. Het is niet evident om te bepalen wanneer een doel al dan niet bereikt is.

Aanbeveling 2: Beschouw het perspectief van de PZOV als prioritair in het DZOP

Het perspectief van de PZOV dient centraal te staan in het DZOP, net zoals zijn waarden en levensdoelen. Het perspectief van de professional wordt pas ingebracht op het moment dat de professional samen met de PZOV zorgdoelen formuleert. Dit garandeert dat zorg niet gestuurd wordt uit de verwachtingen en wensen van de professional en de PZOV daadwerkelijk centraal staat. Het vraagt aandacht en training van de professional om enerzijds het PZOV perspectief te integreren en anderzijds het eigen professionele perspectief niet te vroeg in te brengen. Komt het professionele perspectief te vroeg naar voor bestaat de valkuil dat het eigen professionele referentiekader wordt vertaald naar levensdoelen van de PZOV. Hierbij dient de hulpverlener ook alert te zijn om het waardenkader van de PZOV te respecteren en geen waarden voor de PZOV in te vullen.

Om dit te realiseren wordt aanbevolen om de *goal-elicitation* af te splitsen en als interventie te positioneren. Dit garandeert dat tijd wordt genomen om eerst het perspectief van de PZOV te verduidelijken vooraleer wordt overgegaan tot het formuleren van de zorgdoelen.

Aanbeveling 3: Voorkom dat het DZOP een overdaad aan informatie wordt, door duidelijk te maken wat er opgenomen kan worden in het DZOP.

We willen dat het DZOP een platform wordt dat bijdraagt aan samenwerking tussen professionals en niet leidt tot het opdringen of opleggen van de eigen professionele manier van denken en werken. Het mag ook niet overspoeld worden door allerlei documenten en wiki's waarin het overzicht snel verloren raakt. Elke sector zal immers zijn eigen instrumenten, data en werkwijze hebben. Bij het opstellen van het DZOP moet dus rekening gehouden worden met wat een professional raadpleegt op de achtergrond (nice to know) en wat de professional wil delen met zijn collega's en de PZOV (need to know). De wiki die een professional raadpleegt om een voorbereiding te maken om BelRAI resultaten te vertalen en te

presenteren in het team of in overleg met de PZOV is nice to know, en moet dus niet opgenomen worden in het DZOP. Het document waar per levensdoel linken gemaakt zijn met de BelRAI output en dat een opsomming geeft van de CAP's en zorgschalen waarmee effectief aan de slag gegaan wordt in de zorgdoelen en het zorgplan is wel need to know en heeft een plaats in het DZOP. De vertaalslag is reeds gemaakt en zo hebben ook andere professionals die niet met BelRAI werken de mogelijkheid hier informatie uit te halen.

Het afbakenen van het gedeeld terrein zal ertoe bijdragen dat een context ontstaat waarbinnen professionals uit verschillende sectoren, met verschillende achtergronden, perspectieven, instrumenten en andere output de ruimte hebben om te reflecteren over levensdoelen, zorgdoelen en waarden.

Aanbeveling 4: Verbind doelgerichte zorg met BelRAI door in te zetten op een geïntegreerde training doelgerichte zorg - BelRAI

Opdat BelRAI volwaardig ondersteuning kan bieden in het formuleren van zorgdoelen, moet een professional de vertaalslag maken van de BelRAI resultaten naar zorgdoelen. Zorgaanbieders dienen met een bril van doelgerichte zorg naar BelRAI te kijken. Hierbij dient ook de combinatie met de levensdoelen en de input uit het doelgerichte gesprek gemaakt te worden om tot de zorgdoelen te komen. Het vraagt echter heel wat vaardigheden en oefening om BelRAI resultaten juist te interpreteren, te vertalen en aandacht te hebben voor de waarden die hierin vervat zitten. Het is belangrijk om het belang van deze vertaling en het in gesprek gaan over de resultaten met de PZOV en het team naar voor te halen. Het zijn immers niet enkel de BelRAI resultaten die van belang zijn, maar juist hetgeen dat de professional ermee doet. BelRAI in het DZOP mag daarom niet herleid worden tot het simpelweg delen van de BelRAI resultaten.

Het ontwikkelen van de vaardigheden om de vertaalslag van de levensdoelen en de BelRAI resultaten naar zorgdoelen en een zorgplan te maken kan geïntegreerd worden in zowel BelRAI trainingen als trainingen doelgerichte zorg. We zien namelijk een zekere overlap in de vaardigheden die nodig zijn om BelRAI resultaten te interpreteren en te vertalen naar zorgdoelen en de aspecten die in de training doelgerichte zorg naar voorkomen. Daarom dient breed ingezet te worden op een training die beide perspectieven combineert.

2 Aanbevelingen met betrekking tot de invulling van de componenten van het DZOP

De deelnemers hebben ook input gegeven voor de vormgeving van het DZOP. Dit is gebaseerd op de componenten die het Vlaams Agentschap in het DZOP wil invullen. Het DZOP zal beschikbaar zijn voor diverse doelgroepen. Dit maakt het een uitdaging om het DZOP op te bouwen op een manier dat het zoveel mogelijk tegemoetkomt aan alle individuele noden. Deze aanbevelingen vormen een eerste aanzet en zijn te overwegen, wegens de beperkte en homogene groep deelnemers die input gaven voor deze aanbevelingen. Het zal belangrijk zijn om andere partners te betrekken om deze aanbevelingen verder uit te werken.

1. Zorgplan

Het zorgplan omvat de zorgtaken voor de professionals. Voor sommige professionals kan het voldoende zijn bij de zorgtaken aan te geven dat het in uitvoering is en wie uit het zorgteam dit opvolgt. De vraag stelt zich of dit ook voldoende is voor de PZOV die dit misschien ook mee wenst op te volgen. De mogelijkheid om een overzicht te zien van de zorgtaken van alle hulpverleners blijft best een keuze per

professional. Voor de visuele weergave van zorgtaken in het zorgplan wensen de professionals niet te werken met percentages die de voltooiing van een taak weergeven.

2. Communicatiemodule

Binnen het luik communicatie hechten de professionals waarde aan overleg- en evaluatiemomenten. Dit kan de samenwerking bevorderen en het betrekken van de PZOV. Daarnaast zou het DZOP een mogelijkheid kunnen opnemen waarbij de PZOV kan aanduiden dat hij gecontacteerd wenst te worden. Naast de meer officiële communicatie, kan een chatfunctie voor niet dringende zaken of om documenten te delen binnen een zorgteam rond een PZOV een meerwaarde zijn. Een belangrijk aandachtspunt bij een chatfunctie is de afstemming op GDPR, privacy en beroepsgeheim van de verschillende sectoren.

3. Zorgteam

Een overzicht van het zorgteam met vermelding van contactgegevens en wie welke taak opneemt is een meerwaarde.

4. Agenda en journaalfunctie

De agenda en journaalfunctie mogen beperkt blijven. In de agenda en de journaalfunctie moet de PZOV ook in staat zijn om zelf zaken te noteren.

5. Rapporteringsmogelijkheden

De professionals nemen graag beknopt het levensverhaal en achtergrondinformatie van de PZOV op in het DZOP. Uit de literatuur blijkt eveneens dat er voldoende plaats voorzien moet worden om persoonlijke informatie te geven (Stanhope & Matthews, 2019). Bij het rapporteren is het belangrijk dat de terminologie is afgestemd op de PZOV en enkel datgene opgenomen wordt waarvoor de PZOV toestemming geeft.

Voor de PZOV moet de mogelijkheid bestaan om zelf doelstellingen op te stellen, te raadplegen en aan te passen, en opmerkingen of nuances aan te brengen bij wat professionals rapporteren. Bijkomend moet er de mogelijkheid zijn om eigen voorbereidingen te delen met de zorgverleners.

6. Workflow

De workflow van het DZOP dient het doelgericht gesprek te ondersteunen. Een digitaal zorgplan dient flexibel te zijn en aanpasbaar aan de werking van verschillende organisaties en sectoren. In de workflow is plaats voorzien om assessments binnen te brengen zoals bijvoorbeeld BelRAI, maar ook assessment eigen aan de sectoren en doelgroepen.

In de opsomming van deze componenten is het frappant dat de levensdoelen en de zorgdoelen geen expliciete plaats krijgen. Daarom wordt aanbevelen om nog twee componenten toe te voegen. Een component levensdoelen en een component zorgdoelen. Op deze manier krijgen de levensdoelen en zorgdoelen een expliciete plaats in het DZOP.

3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aanbeveling 1: Verbreed in vervolgonderzoek de doelgroep van professionals naar andere sectoren, zodat de visie van alle sectoren weerspiegeld wordt in de vormgeving van het DZOP.

Gezien nog niet alle BelRAI instrumenten voor alle doelgroepen breed zijn geïmplementeerd was de doelgroep van deelnemers kleiner dan de doelgroep waarvoor een DZOP beschikbaar zal zijn. Daarom dient het vervolgonderzoek in te zetten op een uitbreiding van de doelgroep van professionals in andere sectoren. Dit kan gaan over de welzijnssector, jeugdzorg, gehandicaptenzorg...

Elke sector zal zijn eigen instrumenten en perspectieven meebrengen en er kunnen sectorspecifieke vereisten zijn voor het DZOP. Deze verschillende visie moeten in beeld gebracht worden om een draagvlak te creëren voor de uitwerking en implementatie van het DZOP. Elke sector moet zich kunnen terugvinden in het DZOP. Het samenwerken en betrekken van de verschillende sectoren kan ook bijdragen tot het concretiseren en afbakenen van het gedeelde terrein. Wat is het raakvlak tussen de sectoren? Waar hebben zij nood aan om samen te werken? Welke informatie wensen zij van andere sectoren en professionals te kunnen zien?

In dit onderzoek kregen we maar beperkt zicht op de bijdrage van de BelRAI Screener aan doelgerichte zorg. Het kan interessant zijn om bij het verbreden van de doelgroep opnieuw bij de sector die uitsluitend werkt met de Screener te polsen over de mogelijke meerwaarde van de Screener.

Daarnaast zijn er nog instrumenten en assessments voorhanden, voor bepaalde sectoren, los van de BelRAI. Net zoals BelRAI als ondersteuning kan worden geraadpleegd in het DZOP, kunnen ook andere instrumenten geraadpleegd worden.

Aanbeveling 2: Betrek de PZOV actief in onderzoek om zicht te krijgen op hun positie in het DZOP

Onderzoek van Finkelstein et al. (2012) toont aan dat de betrokkenheid van de PZOV in het zorgproces toeneemt als IT applicaties PZOV gecentreerde componenten hebben. PZOV betrekken in een digitaal zorgproces is echter geen evidentie, niet elke persoon heeft de gepaste digitale vaardigheden. Investeren in het wegwijs maken van de PZOV op een digitaal platform vormt een meerwaarde gezien uit onderzoek blijkt dat onvoldoende kennis en ervaring met IT, toegangsproblemen tot de app door leeftijd of lage digitale geletterdheid barrières vormen voor de PZOV om zelf aan de slag te gaan met een digitale tool of dossier (Finkelstein et al., 2012). Ook Moerenhout en collega's (2021) deden onderzoek naar het gebruik van elektronische patiëntendossiers door PZOV zelf in Vlaanderen. Slechts 5% van de ondervraagde populatie heeft ervaring met een onlineapplicatie. Dit duidt op het belang van het voldoende en correct opleiden van de PZOV in het gebruik van onlineapplicaties.

Het betrekken van de PZOV is een aandachtspunt, gezien zij centraal zullen staan in het DZOP en hun stem niet vergeten mag worden in de ontwikkeling van het DZOP. Zorg ervoor dat de groep van PZOV voldoende gevarieerd is en de effectieve doelpopulatie van het DZOP omvat. Elke leeftijd, aandoening en dergelijke meer zal immers zijn eigen wensen hebben. Het onderzoek dient eveneens in te gaan op de gebruiksvriendelijkheid, en haalbaarheid voor de diverse PZOV om aan de slag te gaan met een digitale tool, hoe en wat zij willen delen met professionals, in welke mate en hoe zij hun doelen wensen gepresenteerd te zien en dergelijke meer.

Hoofdstuk 7

Conclusie

Dit onderzoek heeft tot doel om het proces van doelgerichte zorg en de invulling van het DZOP verder te operationaliseren en om de dwarsverbinding te maken tussen BelRAI, doelgerichte zorg en het DZOP.

Het onderzoek leert ons dat doelgerichte zorg en BelRAI samengaan in de opbouw van het DZOP. Het DZOP heeft als doel om zorgaanbieders en PZOV te laten reflecteren over zorg en zorg vorm te geven vanuit een doelgerichte visie.

Om tot een doelgericht DZOP te komen is het aangeraden om voldoende tijd en ruimte te voorzien om de goal-elicitation te houden, en dit zelfs als interventie te beschouwen. Op deze manier is het perspectief van de PZOV, en dus ook zijn levensdoelen, helder vooraleer de zorg verder vorm wordt gegeven. Pas als de levensdoelen verhelderd zijn, neemt BelRAI in het proces van doelgerichte zorg een ondersteunende rol in. De levensdoelen en de BelRAI output worden gecombineerd om tot zorgdoelen te komen. Deze zorgdoelen stelt de zorgaanbieder samen op met de PZOV, waarbij de PZOV zelf bepaalt waar hij wel of niet aan wil werken. Dit wordt uiteindelijk vertaald in een zorgplan met afspraken. Onderstaande figuur geeft dit proces nogmaals weer.



Figuur 8 Proces Doelgerichte zorg en BelRAI

Het onderzoek benadrukt dat het DZOP moet bewaken dat het perspectief van de PZOV en dat van de professional gescheiden blijven, gezien ze erg verschillend zijn. De levensdoelen zijn het terrein en perspectief van de PZOV. De hulpverlener kan doormiddel van een doelgericht gesprek bijdragen aan het verhelder van de levensdoelen, maar houdt zijn perspectief hierbij afzijdig. Pas bij de omslag naar zorgdoelen brengt de hulpverlener zijn perspectief in. BelRAI is hierbij ondersteunend en geeft extra input aan de hulpverlener om de zorgdoelen helder en concreet te krijgen. Mogelijks kunnen ook andere instrumenten en assessment uit andere sectoren ondersteunend zijn.

Het in overleg gaan om tot zorgdoelen te komen, zowel met de PZOV als met het team, is een belangrijke actie die aan het DZOP gekoppeld moet worden. Het fundament van het DZOP is immers de intermenselijke interactie, het in gesprek gaan met elkaar en samen creatief nadenken en reflecteren over zorg. DZOP is niet enkel een samenwerkingsplatform, maar ook een reflectie-instrument dat

hulpverleners aanzet tot het reflecteren over wat goede zorg is en wat belangrijk is voor de PZOV met bijzondere aandacht voor de levensdoelen.

ONTWER

Bibliografie

- Adams, N., & Grieder, D. (2013). Treatment Planning for Person-centered Care: Shared Decision Making for Whole Health: Second Edition. In *Treatment Planning for Person-centered Care: Shared Decision Making for Whole Health: Second Edition*. <https://doi.org/10.1016/C2011-0-06989-2>
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (n.d.). *Business Analyse Digitaal Zorg & Ondersteuningsplan* (p. 25).
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2017). Conferentie eerstelijnszorg: reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. In *Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn 2/80*.
- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(10), 854–857. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662>
- BelRAI. (2018). *BelRai in het kort*. <https://belrai.org/nl>
- BelRAI. (2019a). *Clinical Assessment Protocols (CAP's)*. <https://belraiwiki.health.belgium.be/nl/Wiki.jsp?page=CAP%27S>
- BelRAI. (2019b). *Zorgschalen (Scales)*. <https://belraiwiki.health.belgium.be/nl/Wiki.jsp?page=Schalen>
- BelRAIWiki: Main*. (n.d.). Retrieved January 19, 2022, from <https://belraiwiki.health.belgium.be/nl/>
- Berntsen, G., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., Bellika, J. G., Skrøvseth, S. O., Brattland, T., & Rumpfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multimorbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Services Research, 19*(682), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4397-2>
- Berntsen, Gro, Høyem, A., Lettrem, I., Ruland, C., Rumpfeld, M., & Gammon, D. (2018). A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Services Research, 18*(479), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>
- Boeckxstaens, P. (2014). *Multimorbidity : A quantitative and qualitative exploration in primary care*.
- Boeckxstaens, P., Willems, S., Lanssens, M., Decuyper, C., Brusselle, G., Kühlein, T., De Maeseneer, J., & De Sutter, A. (2016). A Qualitative Interpretation of Challenges Associated with Helping Patients with Multiple Chronic Diseases Identify Their Goals. *Journal of Comorbidity, 6*(2), 120–126. <https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.64>
- Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., & Van de Velde, D. (n.d.). Goal-oriented care in primary care: a concept analysis. *Manuscript Submitted for Publication*.
- Charette, S. L., Garcia, M. B., & Reuben, D. B. (2015). Goal-Oriented Care. *Psychology and Geriatrics: Integrated Care for an Aging Population, 1–19*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420123-1.00001-0>
- Council, L. S., Geffken, D., Valeras, A. B., Orzano, A. J., Rechisky, A., & Anderson, S. (2012). A medical home: Changing the way patients and teams relate through patient-centered care plans. *Families, Systems and Health, 30*(3), 190–198. <https://doi.org/10.1037/a0029832>
- Declercq, A. (2019). Opent BelRAI de doos van computergestuurde zorgplanning? *Sociaal.Net*. <https://sociaal.net/achtergrond/belrai-computergestuurde-zorgplanning/>
- Finkelstein, J., Knight, A., Marinopoulos, S., Gibbons, M. C., Berger, Z., Aboumatar, H., Wilson, R. F., Lau, B. D., Sharma, R., & Bass, E. B. (2012). Enabling patient-centered care through health information technology. In *Evidence report/technology assessment* (Issue 206). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99854/>
- Freeman, S., Hirdes, J. P., Stolee, P., Garcia, J., Smith, T. F., Steel, K., & Morris, J. N. (2014). Care planning needs of palliative home care clients: Development of the interRAI palliative care assessment clinical assessment protocols (CAPs). *BMC Palliative Care, 13*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-58>

- Goh, J. M., Gao, G., & Agarwal, R. (2011). Evolving work routines: Adaptive routinization of information technology in healthcare. *Information Systems Research*, 22(3), 565–585. <https://doi.org/10.1287/ISRE.1110.0365>
- interRAI | *Improving Health Care Across The Globe*. (n.d.). Retrieved January 19, 2022, from <https://interrai.org/>
- Kern, L. M., Edwards, A., & Kaushal, R. (2014). The Patient-Centered Medical Home, Electronic Health Records, and Quality of Care. *Annals of Internal Medicine*, 160(11), 741. <https://doi.org/10.7326/M13-1798>
- Kuluski, K., Gill, A., Naganathan, G., Upshur, R., Jaakkimainen, R. L., & Wodchis, W. P. (2013). A qualitative descriptive study on the alignment of care goals between older persons with multi-morbidities, their family physicians and informal caregivers. *BMC Family Practice*, 14, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-133>
- Lambert, A.-S., Declercq, A., Flusin, D., Bastiaens, H., De Almeida Mello, J., Lopez Hartmann, M., Schmitz, O., Remmen, R., Anthierens, S., Cès, S., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). *Protocol 3 - Geïntegreerd samenvattend rapport*. https://limo.libis.be/primo-explore/fulldisplay?docid=LIRIAS1988843&context=L&vid=Lirias&search_scope=Lirias&tab=default_tab&lang=en_US&fromSitemap=1
- Lavens, H. (n.d.). *Pilootproject: geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende oudere met multiple chronische aandoeningen*.
- Lim, C. Y., Berry, A. B. L., Hirsch, T., Hartzler, A. L., Wagner, E. H., Ludman, E. J., & Ralston, J. D. (2017). Understanding What Is Most Important to Individuals with Multiple Chronic Conditions: A Qualitative Study of Patients' Perspectives. *Journal of General Internal Medicine*, 32(12), 1278–1284. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4154-3>
- Lines, L. M., Lepore, M., & Wiener, J. M. (2015). Patient-centered, person-centered, and person-directed care: They are not the same. In *Medical Care* (Vol. 53, Issue 7, pp. 561–563). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000387>
- Moerenhout, T., Devisch, I., Cooreman, L., Bernaerdts, J., De Sutter, A., & Provoost, V. (2021). Patients' moral attitudes toward electronic health records: Survey study with vignettes and statements. *Health Informatics Journal*, 27(1), 1–14. <https://doi.org/10.1177/1460458220980039>
- Mold, J., Blake, G., & Becker, L. (1991). Goal-oriented medical care. *Family Medicine*, 23(1), 46–51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2001782/>
- Moors, E., Badisco, J., Hermans, K., & Declercq, A. (2021). *Het ontwikkelen van een model persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming*.
- Moors, Evelien, & Declercq, A. (2019). *Ontwikkelen van afkappunten in BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood*. <http://www.steunpuntwvg.be>
- Morris, J. N., Fries, B. E., Berbabei, R., Steel, K., Carpenter, I., Gilgen, R., DuPasquier, J. N., Frijters, D. H. M., Henrard, J. C., Hirdes, J. P., Belleville-Taylor, P., Berg, K., Bjorkgren, M., Gray, L., Hawes, C., Ljunggren, G., Nonemaker, S., Philips, C. D., & Zimmerman, D. (2009). interRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual, version 9.1. In G. Balint, B. Antala, C. Carty, J.-M. A. Mabieme, I. B. Amar, & A. Kaplanova (Eds.), *Physical Education and Sport for Children and Youth with Special Needs Researches – Best Practices – Situation*. interRAI. <https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>
- Nagykaldi, Z. J., Tange, H., & De Maeseneer, J. (2018). Moving from problem-oriented to goal-directed health records. *Annals of Family Medicine*, 16(2), 155–159. <https://doi.org/10.1370/afm.2180>
- Naik, A. D., Dindo, L. N., Van Liew, J. R., Hundt, N. E., Vo, L., Hernandez-Bigos, K., Esterson, J., Geda, M., Rosen, J., Blaum, C. S., & Tinetti, M. E. (2018). Development of a Clinically Feasible Process for Identifying Individual Health Priorities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(10), 1872–1879. <https://doi.org/10.1111/jgs.15437>
- Parsons, J. G. M., & Parsons, M. J. G. (2012). The effect of a designated tool on person-centred goal identification and service planning among older people receiving homecare in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, 20(6), 653–662. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01081.x>

- Parsons, J., Rouse, P., Robinson, E. M., Sheridan, N., & Connolly, M. J. (2012). Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? *Age and Ageing*, *41*(1), 24–29. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFR118>
- Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012). Goal-Oriented Patient Care — An Alternative Health Outcomes Paradigm. *New England Journal of Medicine*, *366*(9), 777–779. <https://doi.org/10.1056/nejmp1113631>
- Riahi, S., Fischler, I., Stuckey, M. I., Klassen, P. E., & Chen, J. (2017). The value of electronic medical record implementation in mental health care: A case study. *JMIR Medical Informatics*, *5*(1). <https://doi.org/10.2196/medinform.6512>
- Rietkerk, W., Uittenbroek, R. J., Gerritsen, D. L., Slaets, J. P. J., Zuidema, S. U., & Wynia, K. (2021). Goal planning in person-centred care supports older adults receiving case management to attain their health-related goals. *Disability and Rehabilitation*, *43*(12), 1682–1691. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1672813>
- Stanhope, V., Ingoglia, C., Schmelter, B., & Marcus, S. C. (2013). Impact of person-centered planning and collaborative documentation on treatment adherence. *Psychiatric Services*, *64*(1), 76–79. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100489>
- Stanhope, V., & Matthews, E. B. (2019). Delivering person-centered care with an electronic health record. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0897-6>
- Steele Gray, C., Gill, A., Khan, A. I., Hans, P. K., Kuluski, K., & Cott, C. (2016). The electronic patient reported outcome tool: Testing usability and feasibility of a mobile app and portal to support care for patients with complex chronic disease and disability in primary care settings. *JMIR MHealth and UHealth*, *4*(2), e5331. <https://doi.org/10.2196/mhealth.5331>
- Steele Gray, C., Grudniewicz, A., Armas, A., Mold, J., Im, J., & Boeckxstaens, P. (2020). Goal-oriented care: A catalyst for person-centred system integration. *International Journal of Integrated Care*, *20*(4), 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.5520>
- Steele Gray, C., Wodchis, W. P., Upshur, R., Cott, C., McKinstry, B., Mercer, S., Palen, T. E., Ramsay, T., & Thavorn, K. (2016). Supporting Goal-Oriented Primary Health Care for Seniors with Complex Care Needs Using Mobile Technology: Evaluation and Implementation of the Health System Performance Research Network, Bridgepoint Electronic Patient Reported Outcome Tool. *JMIR Research Protocols*, *5*(2), e126. <https://doi.org/10.2196/resprot.5756>
- Taelman, B., & Longin, S. (2021). *Digitaal zorg- en ondersteuningsplatform*.
- Tahsin, F., Tracy, S., Chau, E., Harvey, S., Loganathan, M., McKinstry, B., Mercer, S. W., Nie, J., Ramsay, T., Thavorn, K., Palen, T., Sritharan, J., & Steele Gray, C. (2021). Exploring the relationship between the usability of a goal-oriented mobile health application and non-usage attrition in patients with multimorbidity: A blended data analysis approach. *DIGITAL HEALTH*, *7*, 205520762110455. <https://doi.org/10.1177/20552076211045579>
- Van Dongen, J. J. J., Van Bokhoven, M. A., Daniëls, R., Van Der Weijden, T., Emonts, W. W. G. P., & Beurskens, A. (2016). Developing interprofessional care plans in chronic care: A scoping review. *BMC Family Practice*, *17*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0535-7>
- Van Eenoo, L., De Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2017). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van de interRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen* (Issue december). https://limo.libis.be/primo-explore/fulldisplay?docid=LIRIAS2363240&context=L&vid=Lirias&search_scope=Lirias&tab=default_tab&lang=en_US&fromSitemap=1
- Vandeuren, J. (2014). *Naar een e-Zorgzaam Vlaanderen*. <http://www.flanderscare.be>
- Vanlinthout, E., & Declercq, A. (2021). *Zorgzwaartebepaling bij personen met een handicap en de BelRAI/interRAI-schalen: een verkennende studie*. <https://archief.steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/ef66-belrai-zorgzwaartebepaling>

- Vanneste, L., Torfs, L., Boeckxstaens, P., & De Sutter, A. (2021). *Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan*. <http://www.steunpuntwvg.be>
- Vermeire, T. (2019). *De digitalisering van de eerste lijn : BelRAI en DZOP*. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/belrai>
- Vermeulen, B., Van Eenoo, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). *Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. www.kuleuven.be/lucas
- Vermunt, N. P., Harmsen, M., Elwyn, G., Westert, G. P., Burgers, J. S., Olde Rikkert, M. G., & Faber, M. J. (2018). A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. *Health Expectations*, 21(2), 528–538. <https://doi.org/10.1111/hex.12647>
- Vlaamse Regering. (2014). Regeerakkoord Vlaamse Regering 2014-2019. *Publicatie Vlaamse Overheid*, 167.
- Vlaamse Regering. (2019a). *Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg , de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*.
- Vlaamse Regering. (2019b). *Ontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg , de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders* (Vol. 1878, Issue 1, pp. 1–173).

ONTWERP

Bijlage

Bijlage 1: rekruteringsbrief

Doelgerichte zorg & de rol van BelRAI in het DZOP

In opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid voert UGent onderzoek naar de plaats van levensdoelen van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (PZON) in het Digitaal Zorg- en Ondersteuningsplan of DZOP. De ontwikkeling van het DZOP is een onderdeel van de hervorming in de eerste lijn. Dit is het zorgplan dat in de toekomst zal worden uitgerold om interprofessionele samenwerking in de eerste lijn te faciliteren en te financieren. BelRAI wordt volop uitgerold als inschalingsinstrument binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en enkele instrumenten zijn sinds juni reeds verplicht. Voor dit onderzoeksproject vertrekken we daarom vanuit het gegeven dat BelRAI en BelRAI-data aanwezig zijn. Vanuit LUCAS, KU Leuven onderzoeken we momenteel op welke manier BelRAI-data kunnen bijdragen tot het digitaal zorgplan en welke ondersteunde rol het kan vervullen bij het formuleren van zorgdoelen. We willen dit samen met het werkveld onderzoeken. Jullie hebben immers de kennis en ervaring en weten waar zorgaanbieders nood aan hebben.

Hiervoor zijn we op zoek naar **hulpverleners uit zowel zorg & welzijn** (bij voorkeur uit het geïntegreerd breed onthaal of gezinszorg) met een interesse in de eerste lijn, doelgerichte zorg en (basis)kennis en ervaring met BelRAI. Met een kleine interprofessionele groep van hulpverleners willen we graag intensief samenwerken om beide projecten verder vorm te geven. Het gaat hierbij om een tweedaagse training waarin we levensdoelen verhelderen, zorgdoelen opstellen en nagaan hoe BelRAI zich hiertoe verhoudt en ondersteuning kan bieden. Na de tweedaagse training volgt een focusgroep die de vertaalslag maakt van doelgerichte zorg en BelRAI naar een mogelijke vormgeving hiervan in het DZOP. Het is een participatief onderzoek waarbij het leren van en met elkaar centraal staat.

Concreet, waar gaat het over?

We geloven in een bijzonder boeiend traject maar vragen wel wat engagement... Na elke les wordt een **huiswerkopdracht** meegegeven. Deze vormen onze onderzoeksdata en zijn **essentieel** voor de ontwikkeling van het DZOP. We vragen dan ook aan de deelnemers om zich niet enkel te engageren voor de training, maar ook voor de huiswerkopdrachten.

- Je neemt deel aan het onderzoek dat bestaat uit **twee lesmomenten** en **één focusgroep** die telkens zullen plaatsvinden op dinsdag. De lessen gaan fysiek door op de campus UZ Gent met een optie tot hybride les bij onvoorziene omstandigheden zoals het hebben van symptomen. Dit wil zeggen dat de training fysiek doorgaat, maar dat u bij ziekte online kan meevolgen.

- Onderstaande tabel geeft een kort overzicht van de lessen, de opdrachten, de timing en de inhoud.

Les/opdracht	Timing	Inhoud
Les 1: De weg naar een goed gesprek & persoonlijke doelen	Dinsdag 26 oktober 13-16u Optie tot lunch vanaf 12u15	In deze les maakt u kennis met doelgerichte zorg en de basis van BelRAI. U leert een gesprek te voeren met de PZON waarin de levensdoelen verhelderd worden. Verder reflecteert u over de meerwaarde die BelRAI kan geven in doelgerichte zorg.
Opdracht 1	<u>Deadline insturen:</u> <small>ONTWERP</small> Vrijdag 12 november Geschatte tijdsinvestering: maximaal 2 uur per PZON	We vragen u om minstens één PZON te identificeren waarbij u BelRAI zal afnemen of waarbij u dit recent gedaan heeft en om de persoonlijke doelstellingen te verhelderen in een doelgericht gesprek. Uw ervaringen schrijft u neer in de reflectieopdracht die u dan aan ons bezorgt.
Les 2: Een nieuw evenwicht tussen hulpverlener en hulpvrager	Dinsdag 16 november: 10u30-16u Lunch inbegrepen	De tweede les gaat in op de rol die de PZON en de zorgverlener kunnen innemen in het verwezenlijken van de levensdoelen. De focus ligt op het onderscheid tussen zorgdoelen en middelen. U leert maatwerk bieden door bij elke unieke persoon af te wegen welke soort en hoeveelheid aan ondersteuning gewenst is en reflecteert hierbij op welke

		manier BelRAI dit kan ondersteunen.
Opdracht 2: Aan de slag gaan met zorgdoelen.	<p><u>Deadline insturen:</u> Vrijdag 26 november</p> <p>Geschatte tijdsinvestering: maximaal 2 uur</p> <p style="text-align: center;">ONTWER</p>	U maakt een reflectie over uw rol als hulpverlener, hoe doelgerichte zorg die ondersteunt of verandert en hoe BelRAI een ondersteuning kan bieden in het formuleren van zorgdoelen. U reflecteert ook over hoe u dit alles graag verwezenlijkt wilt zien in een digitaal zorgplan. Uw antwoorden en ervaringen schrijft u neer in de reflectieopdracht die u dan aan ons bezorgt.
Focusgroep	<p>Dinsdag 30 november 13u-16u</p> <p>Optie tot lunch vanaf 12u15</p>	De focus is de stap naar het DZOP. Hoe wenst u doelgerichte zorg verwezenlijkt te zien in een digitaal zorgplan? Hoe wilt u dat BelRAI-informatie wordt weergegeven tijdens een overleg? Waar heeft u nood aan?

Wat kan het voor jou betekenen?

- Je staat mee aan de basis van het vormgeven van het toekomstig DZOP. Je geeft mee richting aan de manier waarop het proces rond levensdoelen in het DZOP moet worden weergegeven om PZON's en zorgverstrekkers maximaal te ondersteunen in dit proces. Je bepaalt mee hoe BelRAI wordt opgenomen in het DZOP en geeft aan hoe hulpverleners hier het meeste baat bij hebben.
- Je krijgt handvaten aangeboden om doelgerichte zorg toe te passen in de praktijk.

Zoals je leest is het een project met een brede maatschappelijke & wetenschappelijke waarde waarbij jij actief kan bijdragen aan de toekomst van de eerste lijn.

Bijlage 2: draaiboek training doelgerichte zorg en BelRAI



VIVEL
Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn

Verbindt en versterkt
de eerste lijn

Doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie op zorg & welzijn – toevoeging BelRAI

De ontwikkeling van een trainingspakket en strategie voor implementatie in de context van de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen



Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn

Koning Albert II-Laan 35

1030 Brussel

+ 32 (473) 95 41 15

www.vivel.be

info@vivel.be

Draaiboek

Interprofessionele training doelgerichte zorg in de context
van de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen



Email: info@vivel.be

Vlaams instituut voor de Eerste Lijn

Website: www.vivel.be

Ond. Nr. 0720 947 550

Inhoudsopgave

Overzicht van de lessen.....	4
Draaiboek interprofessionele training.....	5
Lesmoment 1: De weg naar een goed gesprek & persoonlijke doelen.....	5
Leerdoelstellingen	5
Lesopbouw	6
Vorbereidende opdracht 1.....	8
Lesmoment 2: Een nieuw evenwicht tussen hulpverlener en hulpvrager	9
Leerdoelstellingen	9
Lesopbouw	10
Vorbereidende opdracht 2.....	13
Focusgroep: doelgerichte zorg en BelRAI in het DZOP	14
Doelstellingen	14
Opbouw.....	14
Doel focusgroep.....	15
Presentaties.....	15
Geleide discussie	15
Einde.....	16
Bijlagen.....	17
Opdracht 1: Levensdoelen in kaart brengen.....	17
Opdracht 2	20

Overzicht van de lessen

Interprofessionele training doelgerichte zorg		
26 oktober	Lesmoment 1: De weg naar een goed gesprek & persoonlijke doelen	Fysiek
16 november	Lesmoment 2: Een nieuw evenwicht tussen hulpverlener en hulpvrager	Online
30 november	Focusgroep: doelgerichte zorg en BelRAI in het DZOP	Online

In het draaiboek open ruimte gelaten voor wie de rol van de trainer en co-teacher zal opnemen. Op basis van de samenwerking zullen de lesmomenten op maat worden gefinetuned & definitieve rolverdeling worden bepaald.

Draaiboek interprofessionele training

Lesmoment 1: De weg naar een goed gesprek & persoonlijke doelen

Duur: 3 uur

Vorm: fysiek

Hoofdtrainer: Dagje, Reini, Els

Leerdoelstellingen

Op het einde van het eerste lesmoment zou elke deelnemer in staat moeten zijn om bij een persoon waarbij de deelnemer het zinvol acht, een gesprek te voeren waarin de levensdoelen van de hulpvrager worden verhelderd. In dit gesprek is er aandacht voor de belangrijke waarden in het leven van de hulpvrager. De deelnemer is in staat zo'n gesprek op te starten en inzicht te krijgen in de situatie van de persoon. Daarnaast heeft de deelnemer een basiskennis van de BelRAI en is in staat om deze af te nemen.

De deelnemer...

- ... kan **een doelgericht gesprek opstarten** met een persoon en hierbij samen met de persoon **tot levensdoelen komen**.
- ... kan een tool kiezen uit het aanbod dat **best geschikt is voor de hulpvrager en zichzelf tijdens het verhelderen van levensdoelen** bij de hulpvrager.
- ... **weet welke vragen te stellen om** bij een persoon zonder eigen hulpvraag of met een 'onrealistische hulpvraag' **meer inzicht te krijgen** in de zorgsituatie.
- ... kan BelRAI (Homecare, LTCF, Screener) afnemen.

Lesopbouw

Onderdeel & Inhoud	Spreker	Duur	
<p><u>Kennismaking & verwelkoming</u> Verwelkoming in het 1^e lesmoment van de training</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Elke deelnemer <i>stelt zich kort voor met naam & functie</i> ⇒ <i>Lesgevers stellen zich voor</i> ⇒ <i>Naar verwachtingen en motivatie polsen</i> - Verloop van het lesmoment - Kadering projecten: wat is de reden van het onderzoek en het doel - Voorstelling DZOP 	Els	±30 min	13u- 13u30
<p><u>Introductie</u> Intro + ijsbreker op basis van</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filmpje Marcel 	Dagje	30 min	13u30- 14u
<p><u>Wat is DGZ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt de deelnemers gevraagd om elkaar kort wat beter te leren kennen & na te denken over de vraag "Wat is DGZ voor jou?" en "Wat weet je er al over?" ⇒ <i>Antwoorden worden gedeeld in groep</i> ⇒ <i>Op basis van de antwoorden wordt een korte discussie gevoerd</i> - Model vanuit de conceptanalyse toelichten (kort) - Knowledge gap 			
<p><u>Wat betekent gezond zijn? Een WHO-perspectief en een GOC-perspectief</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het vraagstuk "Wat is gezondheid?" Hoe definieer je dat? => Problematische definitie vanuit WHO. (kort schetsen waarom we daar willen vanaf stappen) - De relatie tussen gezondheid en levensdoelen van een persoon worden besproken. - Blue zones en de link naar activiteiten 			
<p><i>Pauze 10 min</i></p> <p>14u-14u10 (5 min marge)</p>			
<p><u>Wat zijn doelen?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Voorbeelden over doelen - Flow waarden, levensdoelen, zorgdoelen, zorgplanning al meegeven. Focus op het verschil tussen de zorgdoelen, middelen en levensdoelen - Levensdoelen en goal-elicitation 	Reini	5min	14u15- 14u20

<p><u>BelRAI in vogelvlucht</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Introductie BelRAI - Vertrekpunt BelRAI in DZOP: als ondersteuning <ul style="list-style-type: none"> ⇒ <i>Ervaringen met BelRAI bevragen: Waarvoor gebruikt u BelRAI, hoe gebruik je BelRAI bij het opstellen van het zorgplan?</i> - BelRAI is geen tool voor doelgerichte zorg, biedt ondersteuning <ul style="list-style-type: none"> ⇒ <i>Ziet u een link tussen BelRAI en doelgerichte zorg? In de zorg van een PZON?</i> ⇒ <i>Waar zie je BelRAI in het proces van DGZ?</i> ⇒ <i>Hoe kan BelRAI volgens jou een meerwaarde bieden aan doelgerichte zorg?</i> 	Els	25 min theorie + discussie	14u20- 14u45
<p><u>DGZ vraagt om een basishouding van professional & PZON</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - DGZ gaat bovenal over een basishouding = de ingrediënten. Om deze basishouding te ondersteunen bestaan er ook enkele tools (die kunnen fungeren als recept) 	Reini	±10min	14u45- 14u55
<p><u>Ondersteuning bij DGZ: overzicht tools</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inleiding over ontwikkeling van de verschillende tools & hun meerwaarde boven op de basishouding. 	Reini	10 min theorie	14u55- 15u05
<p>Pauze 10 min voor wie wilt of de keuze om direct al met de tools aan de slag te gaan</p> <p>15u05-15u15</p>			
<p><u>Oefening tool</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tools zelf verkennen - Nabespreking tools: 1 tool 1 minute 	Reini	40 min	15u05- 15u45
<p><u>Instructie van de 1^e opdracht: doelen in kaart brengen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Opdracht 1 wordt toegelicht - Informed consents worden toegelicht - Praktische informatie volgende lesmoment wordt meegedeeld - Vragen worden beantwoord 	Lotte	±10min	15u45- 15u55

Vorbereidende opdracht 1

Na het eerste lesmoment vragen we aan de deelnemer om op zoek te gaan naar hulpvragers waarbij voor hen de hulpvraag niet helemaal duidelijk is of men weerstand ervaart bij deze persoon of iemand waarbij je het gevoel hebt dat die worstelt met het leven met een chronische aandoening. Belangrijk is dat bij deze persoon recent een BelRAI is afgenomen of u gepland heeft om een BelRAI af te nemen.

We vragen aan de deelnemer om met deze hulpvrager een doelgericht gesprek in te plannen. Tijdens dit gesprek gaat de deelnemer al dan niet gebruik makend van een tool voor doelgerichte zorg na wat de levensdoelen zijn van de hulpvrager*. Alle deelnemers kregen bij de start van de training een pakket met daarin een aanbod van enkele tools. Tijdens het eerste lesmoment werden deze tools en hun gebruik geïntroduceerd en is de deelnemer vrij om hiermee te experimenteren. We vragen aan de deelnemers om met minstens één hulpvrager, waarvan reeds een BelRAI is ingevuld, een doelgericht gesprek te voeren. Bijkomend kunnen nog meerdere doelgerichte gesprekken gevoerd worden, zonder de vereiste om hiervan een BelRAI in te vullen. Het opdoen van ervaring in doelgerichte zorg is een grote meerwaarde om actief te kunnen participeren in de volgende lesmomenten.

Na afloop van elk doelgericht gesprek vragen we de deelnemer om a.d.h.v. enkele vragen zijn ervaring neer te schrijven. Deze reflectie zal tijdens het eerste intervisiemoment dienen als input. Door deze reflectie kort na de ervaring neer te schrijven, zal het de deelnemer helpen om tijdens het intervisiemoment terug te grijpen naar deze gesprekken en ervaringen te delen met de groep. De reflectie bij deze opdracht zal vooraf aan het eerste intervisiemoment worden bezorgd aan de trainer. De trainer zal deze reflecties als input gebruiken om de inhoud van het intervisiemoment op maat verder af te stemmen. Opdracht 1 is terug te vinden in de bijlage.

*Afhankelijk van de eventuele tool voor doelgerichte zorg die wordt gekozen om een gesprek op te starten, vraagt dit enige voorbereiding van de hulpvrager. Bij Doelzoeker, Positieve gezondheid & Samenspraak zal de hulpvrager zich vooraf aan het gesprek voorbereiden via het invullen van één of meerdere documenten.

Lesmoment 2: Een nieuw evenwicht tussen hulpverlener en hulpvrager

Duur: +-4u30 lestijd

Vorm: fysiek

Hoofdtrainer: Pauline, Els, Lotte

Leerdoelstellingen

Op het einde van het tweede lesmoment zou elke deelnemer in staat moeten zijn om bij het levensdoel van een persoon enerzijds de reflectie te maken welke rol hij/zij al dan niet kan hebben in het realiseren van dit doel. Anderzijds leert de hulpverlener maatwerk bieden door bij elke unieke persoon af te wegen welke soort en hoeveelheid aan ondersteuning gewenst is en reflecteert hierbij op welke manier BelRAI dit kan ondersteunen.

De concrete doelstellingen voor dit lesmoment:

De deelnemer...

- ... **reflecteert over de nodige en gewenste ondersteuning** van een persoon bij zijn levensdoel en de manier waarop hij al dan niet kan ondersteunen in het streven naar dit levensdoel.
- ... reflecteert welke rol BelRAI speelt in het bepalen van de nodige en de gewenste ondersteuning.
- ...**(er)kent de rol/invloed van zijn persoonlijk en professioneel referentiekader** in doelgerichte zorg.
- ...kan de **draagkracht & draaglast** bij de persoon **identificeren & stemt** in hulpverlening de **graad van ondersteuning af** op de individuele behoeften van de persoon.
- ... **kan het onderscheid benoemen tussen doelen en middelen** in de situatie en hulpvraag van een persoon.
- ... geeft in gepaste mate de persoon **verantwoordelijkheid en keuzevrijheid**.
- ... **coacht de persoon om actief engagement** aan te gaan in zijn zorgtraject.

Lesopbouw

Onderdelen & Inhoud	Spreker	Duur	
Introductie & Kennismaking <ul style="list-style-type: none"> - Arriveren deelnemers - Verloop van het lesmoment 	Lotte	±20 min	10u30-10u50
Opening <ul style="list-style-type: none"> - Alle deelnemers delen een casus en hun ervaringen vanuit opdracht 1. - Reflecties hierover delen - Zijn jullie door de doelgerichte gesprekken anders gaan kijken naar BelRAI data? (CAPs, zorgschalen) 	Pauline Lotte Els	+/-1u	10u50-11u50
Van levensdoelen naar zorgdoelen Eerst bevragen of dit duidelijk is voor hen. Starten vanuit een casus. <ul style="list-style-type: none"> - Doelen aligneren: hoe verhoudt een doel van de patiënt zich t.o.v. zorgdoelen? - Middelen vs. doelen - Doelen zijn dynamisch - Shared decision making & doelgerichte zorg 	Lotte	+/- 20 min	11u50-12u10
Middagpauze (12u10-13u)			
BelRAI en zorgdoelen: <ul style="list-style-type: none"> - Casussen als uitgangspunt: een BelRAI resultaten PDF en een levensdoel naast elkaar leggen en dan vragen hoe zij van deze gegevens naar zorgdoelen gaan en dit stap voor stap uitleggen - Hoe kan BelRAI helpen bij het formuleren van zorgdoelen? - Welke informatie haal ik uit BelRAI bij het formuleren van zorgdoelen (items, CAPs, zorgschalen)? - Welke items of gegevens uit BelRAI helpen om zicht te krijgen op de soort en hoeveelheid ondersteuning die een PZON nodig heeft? - Hoe breng je eigen ervaringen over naar collega's, omzetten van de doelen, BelRAI gegevens interpreteren? (de vertaling maken van BelRAI naar zorgdoelen, zorgplan samen met collega's) 	Els Lotte	+/- 1u	13u-14u

<ul style="list-style-type: none"> - Voldoende aandacht voor de Screener en niet enkel de BelRAI HC/LTCF! Wat kan meegenomen worden vanuit de Screener? 			
<p><u>Mijn positie als hulpverlener</u> Starten vanuit een casus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weg van mijn reddersrol - Persoonlijke en professionele identiteit in doelgerichte zorg - Het andere gesprek voeren - Gedeelde verantwoordelijkheid tussen hulpvrager en zorgaanbieder 	Pauline	±30min	14u-14u30
PAUZE (14u30-14u45)			
<p><u>Empowerment van de hulpvrager</u> Starten vanuit een casus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigenaarschap van de hulpvrager: dilemma, wanneer mag/kan ik als hulpverlener overnemen? - Wat kan ik leren uit Acceptatie & Controle over mijn cliënt? (patiëntprofielen) - Coaching van de hulpvrager en zijn context - Weerstand bij de hulpvrager: kwartje weerstand - De reflecterende professional 	Pauline	±30min	14u45-15u15
<p><u>Introductie professional's agenda</u> ⇒ O.b.v. een casus wordt toegelicht dat de agenda van de hulpverlener en de agenda van de patiënt soms niet op elkaar aansluiten. Wat is kwaliteit als hulpverlener?</p>	Pauline	+-35 min (zowel toelichten casus als interactie)	15u15-15u45
<p><u>Interactief: hoe de agenda bepalen bij deze patiënten? wat is mijn agenda bij deze patiënten?</u> ⇒ Groepjes: ga voor jezelf na op basis van de doelen die je bij je hulpvragers in kaart bracht: <i>Wat haalde ik uit het gesprek? Welke zorgdoelen denk ik dat er nodig zijn? Sluiten mijn agenda en de agenda van de patiënt aan op elkaar? Hoe neem ik dit verder op?</i></p>	Pauline		

<p><i>Instructie van de 2^e opdracht</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Opdracht 2 wordt toegelicht. - Vragen worden beantwoord. 	<p>Lotte</p>	<p>±10min</p>	<p>15u45-15u55</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------	--------------------

Vorbereidende opdracht 2

Na het tweede lesmoment heeft de deelnemer normaal al bij één of meerdere hulpvragers een gesprek gehad omtrent hun levensdoelen. Als zorgaanbieder is het een kunst om op maat en op het tempo van de hulpvrager de gepaste begeleiding te bieden. Een eerste stap hierin is de tijd nemen om de hulpvrager te leren kennen en te achterhalen wat er toe doet in zijn/haar leven. Wanneer de hulpvrager geformuleerd heeft wat zijn levensdoelen zijn, kunnen we ons als zorgaanbieder de vraag stellen welke zorgdoelen hierbij aansluiten & met welke middelen we dit kunnen nastreven/realiseren. Dit proces in doelgerichte zorg werd tijdens lesmoment 2 beschreven als de weg van levensdoelen naar zorgdoelen en middelen.

Voor de doelgerichte gesprekken die de deelnemer had met zijn hulpvrager(s), vragen we om voor opdracht 2 a.d.h.v. enkele vragen te noteren hoe men kijkt naar de vraag/wens van de hulpvrager. De deelnemer maakt een reflectie over wat de levensdoelen, mogelijke zorgdoelen en middelen zijn in de situatie van deze persoon en hoe BelRAI kan ondersteunen in het formuleren van zorgdoelen. Net zoals bij opdracht 1 zal deze reflectie tijdens het eerste intervisiemoment dienen als input voor het groepsgesprek. De trainer zal deze reflecties als input gebruiken om de inhoud van het intervisiemoment op maat verder af te stemmen. Opdracht 2 is terug te vinden in de bijlage.

Bijkomend wordt gevraagd om te reflecteren over een (tussentijdse) zorg- en welzijnsplanning en de digitale voorstelling hiervan.

Focusgroep: doelgerichte zorg en BelRAI in het DZOP

Duur: 30 november; 13u-16u; +-2u30

Vorm: online via teams

Verantwoordelijken: Els en Lotte

Extern: Bert en Stijn; Efro 1302 (Ann-Sophie en Jeroen)

Observatoren: Reini, Ellen, Pauline

Doelstellingen

Het doel van de focusgroep is om een zicht te krijgen op welke elementen een structuur bieden aan hulpverleners in het DZOP. Er wordt nagegaan wat er nodig is om het proces van doelgerichte zorg in het DZOP te ondersteunen en hoe BelRAI hierbij kan ondersteunen.

Opbouw

Onderdelen & Inhoud	Spreker	Duur	
<u>Introductie</u> <ul style="list-style-type: none"> - Wachten tot iedereen is ingelogd - Doel focusgroep toelichten 	Lotte	±15 min	13u-13u15
<u>Presentatie 1</u> <ul style="list-style-type: none"> - Stijn en Bert vanuit het Vlaams agentschap 	Stijn & Bert	+15 min	13u15-13u30
<u>Presentatie 2</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ann-Sophie en Jeroen 	Ann-Sophie & Jeroen	+15 min	13u30-13u45
<u>Presentatie 3</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bevindingen uit het onderzoek 	Els & Lotte	+ 20 min	13u45-14u05
PAUZE (14u05-14u15)			
<u>De stap naar het DZOP - geleide discussie</u> <ul style="list-style-type: none"> - Bevraging (zie geleide discussie) - Als het stroef verloopt: casus zorgteam introduceren 	Els & Lotte	+ 1u25min	14u20-15u45
<u>Afsluit</u> <ul style="list-style-type: none"> - Laatste rondje: wat neem je mee - Bedanking 	Els & Lotte	+ 15min	15u45-16u

Doel focusgroep

Korte introductie waarom de focusgroep georganiseerd wordt. De focusgroep wordt gehouden als afsluiter van de dataverzameling over het onderzoek rond doelgerichte zorg en BelRAI integreren in het DZOP. We willen zicht krijgen op welke elementen en structuur jullie nodig hebben om levensdoelen, zorgdoelen en de zorgplanning te bepalen en ook hoe jullie dit willen rapporteren. Daarnaast willen we vandaag te weten komen welke zaken uit doelgerichte zorg en welke zaken uit BelRAI opgenomen kunnen worden in het DZOP.

Presentaties

Vanuit verschillende perspectieven zal een presentatie worden gegeven over het DZOP, na de presentatie wordt hier dieper op ingegaan tijdens een geleide discussie.

- 1) Ontwikkeling dzop vanuit het Vlaams Agentschap: wat is er tot nu toe, waar willen we naartoe?
- 2) Project efro: voorstelling app en digitale doelzoeker
- 3) Bevindingen uit het onderzoek en delen aanbevelingen uit de vorige onderzoeksfase

Geleide discussie

De presentaties dienen als achtergrondinformatie om de discussie vorm te geven. De discussie start van breed en open naar algemeen en specifiek.

- 1) Als jullie de presentaties erbij nemen, welke aspecten zou je hieruit meenemen, rekening houdend met de opbouw van een DZOP die doelgerichte zorg faciliteert.
 - o Wat vind je werkbaar, wat minder?
 - o Wat spreekt aan en wat niet? Waarom?
- 2) Welke zaken uit het doelgericht gesprek wil je meenemen in het DZOP?
 - o Wat wil je delen?
 - o Wat wil je rapporteren?
- 3) Doorheen de verschillen trainingsdagen werd meermaals aangehaald dat doelen bepalen een proces is, wat is er nodig om dit proces te ondersteunen?
 - o Welke elementen, uit de presentaties, bieden een structuur als je levensdoelen, zorgdoelen en een zorgplan moet opstellen?
 - o Welke zaken uit dit proces wil je rapporteren?
- 4) Welke informatie uit BelRAI wil je in het DZOP zien?
 - o Hoe moet dit weergegeven worden?
- 5) Hoe willen jullie zorgtaken gevisualiseerd zien? (vb.: metertje die vooruitgang aangeeft, af te vinken vakje, percentage dat voltooid is...)
 - o Willen jullie een overzicht zien van alle zorgtaken of enkel zorgtaken die van toepassing zijn op jezelf als hulpverlener?

- 6) Welke persoonlijke informatie van de PZON willen jullie zien?
- 7) Wie moet zicht hebben op welke gegevens? Wat moet de patiënt zien en wat moet de hulpverlener zien?
- 8) Wat zijn do's en don'ts?

Als de geleide discussie moeizaam verloopt kan met een casus gewerkt worden. Hierbij zijn de deelnemers samen een zorgteam. Wat willen jullie als zorgteam met elkaar delen? Welke informatie hebben jullie van elkaar nodig om samen tot een zorgplan te komen? Wat willen jullie met elkaar delen als de patiënt deelneemt aan het overleg?

Einde

- Laatste rondje: wat neem je mee uit de training/het onderzoek?
- Danken voor deelname
- Uitnodigen om in te schrijven op het lerend netwerk doelgerichte zorg om zo verder op de hoogte te blijven

Bijlagen

Opdracht 1: Levensdoelen in kaart brengen

Beste deelnemer,

Graag vragen we je om op zoek te gaan naar **hulpvragers** waarbij voor jou de hulpvraag niet helemaal duidelijk is of je weerstand ervaart bij deze persoon of iemand waarbij je het gevoel hebt dat die worstelt met het leven met een chronische aandoening. Plan met deze personen **een doelgericht gesprek**. Voorzie hiervoor ongeveer een uur tot anderhalf uur de tijd. Je kan hierbij gebruik maken van een tool voor doelgerichte zorg uit het pakket, maar dit is zeker geen verplichting. Bij minstens één van deze personen moet recent een BelRAI ingevuld zijn of wordt een BelRAI als onderdeel van de opdracht ingevuld.

Afhankelijk van de eventuele tool voor doelgerichte zorg die wordt gekozen om een gesprek op te starten, vraagt dit enige voorbereiding van de hulpvrager. Bij Doelzoeker, Positieve gezondheid & Samenspraak zal de hulpvrager zich vooraf aan het gesprek voorbereiden via het invullen van één of meerdere documenten. Ook bij de andere tools kan je vrijblijvend aan de hulpvrager vragen om zich voor te bereiden op het gesprek maar is dit niet noodzakelijk.

Na afloop van elk doelgericht gesprek vragen we je om per PZON onderstaande vragen te beantwoorden. Deze vragen dienen ter reflectie van jouw ervaring. We raden je daarom aan om deze vragen liefst zo kort mogelijk na jouw gesprek met de persoon in te vullen. Deze reflectie zal tijdens het eerste intervisiemoment dienen als houvast om elkaars ervaringen te delen.

Hulpvrager 1

- 1) Hoe verliep het voor jou om een gesprek te starten met de persoon op basis van de zaken die belangrijk zijn in zijn/haar leven?

- 2) Hoe reageerde de persoon op de manier waarop je met hem/haar in contact ging? *Dit kan zowel expliciet zijn (bv: de persoon merkt op dat je op een andere manier met hem in gesprek gaat en maakt hier opmerkingen over) alsook impliciet (bv: je merkt door de vragen die je stelt dat de persoon anders reageert of een andere houding aanneemt in het contact met u).*

- 3) Welk(e) levensdoel(en) heb je samen met de persoon opgesteld of bracht de persoon zelf aan?

Doel:

Doel:

Doel:

Mogelijks kwamen jullie niet tot het stellen van doelen. Je kan hieronder kort noteren waarom er volgens jou geen doelen werden gesteld:

- 4) Ben je tevreden over de doelen die werden gesteld?

Ja/Neen, omdat...-----

- 5) Welke bijkomende informatie geeft BelRAI u over de doelen of het leven van de PZON naast het doelgerichte gesprek?

Opdracht 2

Beste deelnemer,

Momenteel heb je bij één of meerdere PZON een gesprek gehad omtrent hun levensdoelen, waarvan je bij minstens één PZON een ingevulde BelRAI ter beschikking hebt. Zowel uit de vorige opdracht als tijdens de gesprekken uit lesmoment 2, werd het duidelijk dat het geen evidentie is om levensdoelen op papier te krijgen. Als hulpverlener is het een kunst om op maat en op het tempo van de PZON de gepaste begeleiding te bieden. Een eerste stap hierin is de tijd nemen om de PZON te leren kennen en te achterhalen wat er toe doet in zijn/haar leven. Wanneer de levensdoelen geformuleerd zijn, kunnen we de vraag stellen welke zorgdoelen hierbij aansluiten & met welke middelen we dit kunnen nastreven/realiseren. Dit proces in doelgerichte zorg is wat we tijdens lesmoment 2 beschreven als de weg van levensdoelen naar zorgdoelen en middelen.

We illustreren dit proces kort nog even met enkele voorbeelden:

Levensdoel: Ik (de PZON) wil graag zo lang mogelijk met mijn partner thuis kunnen blijven wonen.



Mogelijke onderliggende waarden: geborgenheid, vertrouwen, privacy ...

Zorgdoel: Behouden van de lichamelijke mogelijkheden & voorkomen van valrisico's

Middelen: Meneer en zijn mantelzorger zouden graag meer info willen over een inloopdouche, voor moest zijn achteruitgaande toestand dit vereisen.

Levensdoel: Het sociaal contact dat ik in het buurthuis had dankzij mijn vrijwilligerswerk, gaf mij enorm veel energie en voldoening. Dat mis ik nu heel erg.



Mogelijke onderliggende waarden: verbondenheid, zorgen voor, engagement ...

Zorgdoel: Herstellen van het sociaal engagement & participatie

Middelen: Mevrouw wordt doorverwezen naar twee organisaties uit de buurt waar de wens om opnieuw vrijwilligerswerk op te nemen, zal worden besproken.

Graag stellen we hieronder enkele vragen hoe je momenteel kijkt naar de situatie van jouw PZON. Waar zit je met hen in dit proces? Werden er levensdoelen benoemd door de PZON? Merk je misschien op dat jullie een stap in het proces hebben overgeslagen? Door het beantwoorden van

Email: info@vivel.be

Vlaams instituut voor de Eerste Lijn

Website: www.vivel.be

Ond. Nr. 0720 947 550

deze vragen hopen we jullie meer inzicht te kunnen bieden in het onderscheid tussen de levensdoelen, zorgdoelen en middelen in de situatie van de PZON.

We vragen u vriendelijk om de ingevulde opdracht aan de onderzoekers terug te bezorgen ten laatste tegen 26 november 2021. U kan de opdracht per mail doorsturen naar: lotte.vanneste@ugent.be of els.vanlinthout@kuleuven.be

We wensen u veel succes met de opdracht!

1. Geef hieronder een overzicht van de **levensdoelen** van de PZON die uit het eerste gesprek naar boven kwamen. Deel ze op in levensdoelen die expliciet in het gesprek naar boven kwamen (door de cliënt letterlijk benoemd) en levensdoelen die impliciet naar boven kwamen (wat ik als hulpverlener tussen de lijnen lees).

Expliciet (door de PZON letterlijk benoemd):

Impliciet (wat ik als hulpverlener tussen de lijnen lees):

2. Welke **waarden** schuilen er achter de levensdoelen? Wat is er belangrijk voor de persoon? Deel ze op in waarden die expliciet in het gesprek naar boven kwamen en waarden die impliciet naar boven kwamen.

Expliciet (door de PZON letterlijk benoemd):

Impliciet (wat ik als hulpverlener tussen de lijnen lees):

3. Met welke **zorgdoelen** kunnen we streven naar het realiseren van de levensdoelen van de PZON? Deel ze op in zorgdoelen die jij als hulpverlener voor ogen hebt en zorgdoelen die misschien door de PZON werden benoemd/aangereikt.

Zorgdoelen die ik in gedachten heb:

Zorgdoelen die (eventueel) door de PZON werden aangereikt:

4. Welke meerwaarde kan BelRAI bieden in het formuleren van deze zorgdoelen?

Indien je BelRAI gebruikt hebt om zorgdoelen te formuleren: Welke informatie uit BelRAI heeft geholpen bij het formuleren van de zorgdoelen?

5. Heb je tijdens het gesprek met de hulpvrager bepaalde ideeën gehad rond zorgdoelen die voor jou zinvol leken maar niet aansloten op zijn/haar hulpvraag? Zo ja, hoe ben je hiermee omgegaan?
6. Heeft de hulpvrager een rol kunnen opnemen in het proces waarbij het levensdoel werd omgezet naar zorgdoelen? (Waarom wel of niet? Welke rol heeft hij/zij opgenomen?)

7. Met het DZOP in het achterhoofd:

Hoe zou je willen dat informatie uit BelRAI wordt weergegeven? Hoe zou je willen dat BelRAI-informatie gevisualiseerd wordt tijdens een teamoverleg/in het DZOP?

Welke elementen van doelgerichte zorg zou je graag terugvinden in het DZOP?

5. **Visualiseer** nu per hulpvrager het **proces** (zie tabel). Wat zijn de levensdoelen van de hulpvrager? Welke zorgdoelen kan ik stellen in functie van het levensdoel? Welke acties kunnen bijdragen tot het bereiken van het levensdoel/zorgdoel van de hulpvrager? En wie draagt hiertoe bij?

Levensdoelen	Zorgdoelen	Zorgplanning	Wie doet wat in de zorg- en welzijnsplanning
Voorbeeld Ik wil graag zo lang mogelijk met mijn partner thuis kunnen blijven wonen.	Voorbeeld Behouden van de lichamelijke mogelijkheden & voorkomen van valrisico's.	Voorbeeld Inloopdouce voorzien	Voorbeeld De ergotherapeut voorziet informatie over soorten inloopdouches & neemt contact op met de thuiszorgwinkel. De kinesitherapeut begeleidt meneer met een oefentherapie gericht op het omgaan met het behoud van mobiliteit en zelfstandigheid. De zoon bevestigt handgrepen in de wc & badkamer.
	Voorkomen dat er een disbalans is in de draagkracht en draaglast bij de mantelzorger	Psychosociale ondersteuning van de mantelzorger in de begeleiding van meneer.	De huisarts & maatschappelijk werker bespreken met meneer & zijn partner de belasting van de zorg & het toekomstperspectief over thuis wonen.

Bijlage 3: geïnformeerde toestemming deelnemers

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Een onderzoek naar een generiek kader levensdoelen en de verhouding tussen levensdoelen en operationele zorgdoelen en zorgtaken binnen de zorgplanning (vervolg) + Het operationaliseren van BelRAI resultaten in een doelgericht zorgplan

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Doelgerichte zorg vertrekt van de persoon met een zorgnood en wat die graag wil bereiken. Vervolgens dienen deze persoonlijke doelen van de hulpvrager vertaald te worden in zorgdoelen. In een eerste fase van dit onderzoek werd het proces van doelgerichte zorg in kaart gebracht. De huidige studie wenst hier dieper op in te gaan, alsook na te gaan hoe dit proces geoperationaliseerd kan worden in een digitaal zorgplan. Daarnaast wenst de studie in kaart te brengen hoe BelRAI kan ondersteunen in het formuleren van zorgdoelen en welke plaats BelRAI kan innemen in het digitaal zorgplan.

Om een zicht te krijgen over het verloop van dit proces en de rol van BelRAI in de praktijk vragen we uw deelname. Uw deelname bestaat in een eerste fase uit de audio opnames van de trainingdagen. In een tweede fase bestaat uw deelname uit gesprekken met uw patiënten/cliënten/hulpvragers, waarin u hen ondersteunt om hun persoonlijke doelstellingen te formuleren. Deze gesprekken duren ongeveer 1 uur en er wordt van u verwacht dat u de doelen die tijdens deze gesprekken geformuleerd werden in samenspraak met de hulpvrager neerschrijft. Bij één van de hulpvragers wordt van u ook verwacht een BelRAI instrument in te vullen en ook hierover uw reflectie neer te schrijven. De neerslag van deze doelstellingen en ervaringen wordt gehanteerd als onderzoeksgegevens in dit project. In een volgende fase wordt u gevraagd om deze persoonlijke doelstellingen vertrouwelijk in te brengen in de training om de vertaalslag te maken van de persoonlijke doelen van de hulpvrager naar zorgdoelen. Ook dit overleg wordt opgenomen op audiobestand en letterlijk uitgetikt. Aanvullend willen wij uw inzichten en perspectieven op het proces van doelgerichte zorg, de rol van BelRAI hierin en uw ideeën over het digitale zorgplan verhelderen via een focusgroep. De focusgroep, zal net zoals de trainingdagen ongeveer 3 tot 4 uur duren.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. dr. An De Sutter, Prof. dr. Pauline Boeckxstaens en Prof. Dr. Anja Declercq.

1. TOESTEMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het onderzoek zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

2. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van patiënten in de eerstelijnszorg.

3. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

4. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekers of de door hem/haar aangestelde vervanger.

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Persoonlijke gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker, Prof. dr. An De Sutter. Het onderzoeksteam van de hoofdonderzoeker zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: privacy@ugent.be

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

5. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- 1) Ik stem ermee in het gesprek met mijn hulpvrager te voeren om persoonlijke doelen te verhelderen en BelRAI af te nemen (schriftelijke reflectie).
- 2) Ik stem ermee in tijdens de training overleg te voeren waarin de persoonlijke doelen van de hulpvrager worden omgezet in zorgdoelen (audio-opname).
- 3) Ik stem ermee in deel te nemen aan focusgroepen waarin gepeild wordt naar mijn ervaring over het proces van doelgerichte zorg en BelRAI (audio-opname).

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 4: geïnformeerde toestemming PZOV

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Een onderzoek naar een generiek kader levensdoelen en de verhouding tussen levensdoelen en operationele zorgdoelen en zorgtaken binnen de zorgplanning (vervolg) + Het operationaliseren van BelRAI resultaten in een doelgericht zorgplan

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Om betekenisvolle zorg te bieden is het belangrijk om te vertrekken van de persoonlijke doelstellingen van mensen en niet louter te focussen op ziekte- en probleemgerichte zorg. Doelgerichte zorg vertrekt van de persoon met een zorgnood en wat die graag wil bereiken. Vervolgens dienen de doelen van de persoon vertaald te worden in zorgdoelen. Om dit makkelijker te laten verlopen, willen we het proces van persoonlijke doelen naar zorgdoelen vertalen naar een digitaal zorgplan. We willen hierbij ook kijken hoe het BelRAI-instrumentarium u en de zorgverstrekker kan helpen om zorgdoelen te formuleren.

Om een zicht te krijgen over het verloop van dit proces in de praktijk vragen we uw deelname. Uw deelname bestaat uit een gesprek met uw zorgverstrekker, waarin hij/ zij met u in gesprek gaat om uw persoonlijke doelen te formuleren. Dit gesprek zal ongeveer 1uur duren. We vragen uw toestemming om de persoonlijke doelstellingen die u samen met uw zorgverstrekker op papier zet te communiceren met ander zorgverleners tijdens een interprofessionele training. Tijdens dit overleg proberen de deelnemers aan de training denkbeeldig (als soort van oefening) de vertaalslag te maken van uw persoonlijke doelen die u eerder opstelde naar zorgdoelen. Daarnaast vragen we uw toestemming dat uw zorgverstrekker vertrouwelijk mag communiceren (zowel mondeling als schriftelijk) over de resultaten en gegevens van uw BelRAI-afname tijdens de training. Deze training wordt opgenomen op audiobestand en nadien letterlijk uitgetikt.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede

klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. dr. An De Sutter, Prof. dr. Pauline Boeckxstaens en Prof. Dr. Anja Declercq.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het onderzoek zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van patiënten in de eerstelijnszorg.

4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, en in overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002, betreffende de rechten van de patiënt, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekers of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische

tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Persoonlijke gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker, Prof. dr. An De Sutter. Het onderzoeksteam van de hoofdonderzoeker zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: privacy@ugent.be

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- 4) Ik stem ermee in deel te nemen aan het gesprek met mijn zorgverlener om enerzijds mijn persoonlijke doelen in kaart te brengen en anderzijds de BelRAI af te nemen.
- 5) Ik stem ermee in dat mijn BelRAI-gegevens vertrouwelijk besproken worden door mijn zorgverlener tijdens de training (zowel mondeling als schriftelijk).
- 6) Ik stem ermee in dat mijn persoonlijke doelen, die opgesteld worden tijdens het gesprek met mijn zorgverlener uitgeschreven worden en nadien gecommuniceerd worden tijdens een training (audio-opname).

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

