

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Het operationaliseren van BelRAI resultaten  
in een doelgericht zorgplan**

Els Vanlinthout  
Lotte Vanneste  
Pauline Boeckxstaens  
Anja Declercq



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



Publicatie nr. 2022/09

SWVG-Rapport 77

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Het operationaliseren van BelRAI resultaten in een doelgericht zorgplan

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq<sup>1</sup>

Copromotor: Prof. dr. Pauline Boeckxstaens<sup>2</sup>

Onderzoekers: Els Vanlinthout<sup>1</sup>, Lotte Vanneste<sup>2</sup>

<sup>1</sup> LUCAS KU Leuven

<sup>2</sup> Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

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 meegeleverde gegevens.

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

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

#### Het consortium SWVG

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

## Rapport 77

Februari 2022

### Het operationaliseren van BelRAI resultaten in een doelgericht zorgplan

Onderzoekers: Els Vanlinthout<sup>1</sup>, Lotte Vanneste<sup>2</sup>

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq<sup>1</sup>

Copromotor: Prof. dr. Pauline Boeckxstaens<sup>2</sup>

<sup>1</sup> LUCAS KU Leuven

<sup>2</sup> Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

### Samenvatting

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid streeft ernaar om de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag (PZOV) centraal te stellen in de zorg en ondersteuning die hij krijgt. 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. Om dit mogelijk te maken dient de communicatie tussen de burger en verschillende zorgpartners gefaciliteerd te worden. Daarom investeert het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP), waarbij de zorgnoden en doelstellingen van de persoon het uitgangspunt vormen. Het DZOP moet een digitaal communicatie- en planningsinstrument en samenwerkingsplatform zijn dat zelfmanagement, zorgcoördinatie en casemanagement vergemakkelijkt. Het biedt praktische ondersteuning in het opstellen en opvolgen van het zorgplan. De zorgnoden, zorgdoelen, levensdoelen en de PZOV zelf krijgen een centrale rol binnen het DZOP.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wenst BelRAI te integreren in het DZOP en het te verbinden met doelgerichte zorg. 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 reikt een gemeenschappelijke taal aan. Het 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 een kwaliteitsvol zorgplan met individuele zorgdoelen op te stellen. Aan elk BelRAI-instrument zijn algoritmes verbonden die resultaten berekenen zoals zorgschalen en Clinical Assessment Protocols (CAP's). Deze CAP's en zorgschalen geven input aan de professional om met de PZOV in gesprek te gaan om samen tot individuele zorgdoelen en een uniek zorgplan volgens de wensen van de PZOV te komen (BelRAI, 2019; Declercq, 2019; decreet VSB, art 2, 5°; interRAI 2021; Moors, Badisco, Hermans & Declercq, 2021; Van Eenoo, et al., 2017; Vlaamse Regering, 2019). BelRAI zal in de toekomst in verschillende sectoren geïmplementeerd zijn, waardoor BelRAI gegevens beschikbaar zullen zijn. Daarom vertrekken we voor de ontwikkeling van het DZOP vanuit het gegeven dat BelRAI data beschikbaar zijn en niet louter voor het DZOP ingevuld moeten worden.

Om tot de opbouw van het DZOP te komen zijn twee onderzoeken uitgevoerd binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: het onderzoek naar doelgerichte zorg (EF71) en het onderzoek dat nagaat wat de rol van BelRAI hierin kan zijn (EF72). Elk onderzoek heeft zijn eigen te beantwoorden vragen, maar de projecten zijn met elkaar verbonden en de dataverzameling en de rapportering verliepen gelijklopend en in samenwerking. Het doel van dit gezamenlijk onderzoek is de verdere operationalisering van het DZOP en nagaan op welke manier de BelRAI resultaten ingebed kunnen worden in het DZOP om de omslag van levensdoelen naar operationele zorgdoelen te ondersteunen. Doordat de onderzoeken en de rapportering samen zijn uitgevoerd zijn de hoofdstukken literatuur, methode, resultaten en conclusie nagenoeg identiek aan elkaar in beide rapporten. De verschillen bevinden zich in de onderzoeksvragen, het hoofdstuk waarin deze vragen beantwoord worden en de aanbevelingen.

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**

Dit onderzoek heeft tot doel na te gaan hoe BelRAI kan ondersteunen in het formuleren van zorgdoelen en hoe BelRAI weergegeven kan worden in een doelgericht DZOP.

De onderzoeksdoelstellingen leiden tot de volgende vier onderzoeksvragen:

1. Welke BelRAI-output moet opgenomen worden in DZOP?
2. Hoe kan die output worden gebruikt om het formuleren van zorgdoelen te ondersteunen? Hoe kunnen we de gegevens van BelRAI zo goed, handig en duidelijk mogelijk visueel voorstellen?
3. Hoe kan de workflow van een zorgteam eruitzien om van het formuleren van levensdoelen en het bekijken van de BelRAI-output te komen tot operationele zorgdoelstellingen op de korte en de langere termijn? Kan een BelRAI inschaling een richtinggevend startpunt zijn voor interdisciplinaire samenwerking? Kunnen zorgdoelen per doelgebied (beroepsgroep/mantelzorg/...) aangeleverd worden?
4. Welke BelRAI instrumenten zijn momenteel klaar om in een pilootopstelling te gebruiken?

De onderzoeksdoelstellingen en onderzoeksvragen geven we weer in hoofdstuk 2.

### **Methode**

Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen kozen we voor participatory action research (PAR). Kenmerkend voor deze methode is dat onderzoekers nauw samenwerken met het werkveld en actief deelnemen en reflecteren centraal staat (Baum, MacDougall & Smith, 2006). Vijf eerstelijns-zorgverleners, met expertise in het werken met BelRAI, volgden een training doelgerichte zorg. In deze training doelgerichte zorg wordt een koppeling met BelRAI gemaakt. De training bestaat uit twee lesmomenten, twee reflectieopdrachten en een focusgroep. De afsluitende focusgroep maakt de verbinding naar het DZOP en spitst toe op het verder verdiepen van de onderzoeksvragen. Tijdens de drie opleidingsdagen is er aandacht voor leren van en met elkaar en is er tijd om te reflecteren over de huidige zorg en het eigen handelen. De training is telkens opgenomen en verbatim getranscribeerd voor

data-analyse. De transcripties zijn thematisch geanalyseerd per opleidingsdag en beschrijvend weergegeven in de resultaten. Ook de reflectieopdrachten ondergingen eenzelfde thematische analyse.

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

## **Resultaten**

In Hoofdstuk 4 beschrijven we de resultaten van de thematische analyse. De eerste opleidingsdag was de meest theoretische van alle drie en focuste in het begin op de theorie en de concepten van doelgerichte zorg. De deelnemers reflecteerden 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 richtten we ons op BelRAI en probeerden we de link te leggen tussen BelRAI en doelgerichte zorg. De deelnemers deelden hun ervaringen met BelRAI en hoe ze in hun huidige werking BelRAI toepassen om doelen te formuleren. De deelnemers hadden veel expertise over BelRAI, daar waar doelgerichte zorg nog nieuw was voor hen. Na de eerste opleidingsdag konden we concluderen dat doelgerichte zorg bijdraagt aan een meer persoonsgerichte invulling van zorg die aansluit bij zorg op maat. Daarnaast bleek 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. Tijdens de tweede opleidingsdag gingen we hier verder op in. De deelnemers bereidden een reflectie-opdracht voor. Voor deze opdracht voerden de deelnemers een doelgericht gesprek uit, al dan niet aan de hand van een tool, met minstens een PZOV bij wie ze ook een BelRAI-beoordeling uitvoerden. We legden de link tussen het doelgerichte gesprek en BelRAI. Uit de ervaringen bleek dat BelRAI en het doelgerichte gesprek elkaar aanvullen. Het doelgerichte gesprek zorgt voor een verdieping en een verruiming in thema's zoals zingeving, die in BelRAI niet of minder aan bod komen. De deelnemers ervoeren dat BelRAI voornamelijk input biedt voor 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 gebruikt worden. Dit vergt vaardigheden en ervaring. Het dient ook steeds in overleg met de PZOV te gebeuren en vraagt goede interactie.

Daarnaast benadrukten de deelnemers tijdens de tweede opleidingsdag het belang van de verschillende perspectieven. 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. Het is belangrijk dat het perspectief van de PZOV en het professionele perspectief gescheiden blijven. Volgens de deelnemers dient het perspectief van de PZOV prioritair te zijn en komt het perspectief van de professional pas naar voor bij het formuleren van de zorgdoelen.

De laatste opleidingsdag bestond uit een focusgroepgesprek dat zich toespitste op het verbinden van doelgerichte zorg en BelRAI met het DZOP. De focusgroep startte met drie presentaties over het DZOP. We vroegen aan de deelnemers wat ze uit elke presentatie meenamen, wat zij nuttig achtten voor het DZOP en welke onderdelen of informatie ze zouden laten vallen. Volgens de deelnemers moet het DZOP een workflow aanreiken om te reflecteren over wat zinvol, belangrijk en betekenisvol is. Het mag geen verzamelplaats met een overdaad aan informatie worden. De deelnemers waren het erover eens dat in het DZOP een PDF-document met BelRAI resultaten, mits enige vereenvoudiging, of de totaalscores van de Screener kan worden opgenomen, maar liever niet het volledige BelRAI assessment. BelRAI integreren in het DZOP vraagt meer dan enkel de resultaten te uploaden of ze te koppelen in een digitaal

zorgplan. Het is het inzetten op de vertaling naar een plan en een gesprek. Ze willen dat het DZOP ingaat op wat de professionals met elkaar en met de PZOV willen delen om tot een zorgplan te komen, met de focus op de wensen en levensdoelen van de PZOV en de mantelzorg. 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 waren onvoldoende om alle vraagstukken rond het DZOP te beantwoorden, maar het geeft wel een eerste verkennende input.

### Antwoord op de onderzoeksvragen

#### 1. Welke BelRAI-output moet opgenomen worden in een DZOP?

Uit het onderzoek blijkt dat de CAP's en zorgschalen, die voortvloeien uit algoritmes na het invullen van de BelRAI, de gewenste output zijn om op te nemen in het DZOP. De twee soorten resultaten vullen elkaar aan en zijn beiden nodig om zorgdoelen te formuleren. Door de twee te combineren bekomt de hulpverlener een globaal beeld van de PZOV (BelRAI, 2019; Hirdes et al., 2011). Het is belangrijk dat de professional steeds samen met de PZOV de BelRAI-output overloopt om te kijken waaraan de PZOV wenst te werken. Vervolgens worden dan de CAP's en zorgschalen waaraan de PZOV wilt werken verder meegenomen in een overleg om zorgdoelen te bepalen.

De BelRAI-output van de Screener verschilt van de andere BelRAI-assessments. De Screener geeft namelijk geen CAP's en zorgschalen maar een totaalscore op de vijf domeinen dat het bevroegt. Maar één van de deelnemers werkte dagelijks met de Screener, waardoor het onvoldoende duidelijk is in welke mate de output van de Screener zal bijdragen en ondersteuning kan bieden om tot zorgdoelen te komen.

#### 2. Hoe kan die output worden gebruikt om het formuleren van zorgdoelen te ondersteunen?

Uit BelRAI komen CAP's en zorgschalen die input geven aan de hulpverlener om samen met de PZOV in overleg te gaan om zijn wensen en behoeften te bespreken om zo tot zorgdoelen te komen. Hiervoor dient de professional een vertaalslag te maken van de resultaten naar een taal die het team en de PZOV begrijpt. Het vertalen van BelRAI-data vraagt verschillende vaardigheden, kennis en ervaring. Het belang ligt dus niet alleen in wat de BelRAI-output genereert, maar ook in wat de professional ermee doet.

Het is de combinatie van de resultaten uit het doelgerichte gesprek, de BelRAI-resultaten en het gesprek met de PZOV die tot goede 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. In een vervolgesprek worden levensdoelen en BelRAI-output samengelegd om tot zorgdoelen te komen. Deze aanpak zorgt voor het samenbrengen van het perspectief van de PZOV en het professionele perspectief.

De deelnemers schoven drie voorstellen naar voor om de BelRAI-output te presenteren in het DZOP.

- De PDF met de resultaten die BelRAI genereert (CAP's, zorgschalen of de totaalscore in het geval van de Screener). De PDF zou wel vereenvoudigd moeten worden met een gestructureerde en visueel aantrekkelijkere weergave.
- Het opstellen van een document waarin enkel de CAP's en zorgschalen staan opgesomd waarrond effectief gewerkt wordt in de zorgdoelen en het zorgplan.
- Naast een document met de resultaten, verwijzen naar de BelRAI-wiki. De BelRAI-wiki geeft definities en informatie over BelRAI, al dient een professional ook hier te weten hoe hij of zij ermee kan werken.

Het DZOP mag wel geen pure doorverwijzing naar wiki's worden. Een wiki is eerder een hulpmiddel dat een professional in de achtergrond gebruikt, bij het maken van zijn vertaling en heeft eigenlijk geen plaats in een DZOP. In het DZOP kunnen beter de documenten gehanteerd worden die reeds de vertaling hebben gemaakt. We geven om deze reden de voorkeur aan het tweede voorstel van de deelnemers.

3. Hoe kan de workflow van een zorgteam eruitzien om van het formuleren van levensdoelen en het bekijken van de BelRAI-output te komen tot operationele zorgdoelstellingen op de korte en de langere termijn? Kan een BelRAI inschaling een richtinggevend startpunt zijn voor interdisciplinaire samenwerking? Kunnen zorgdoelen per doelgebied (beroepsgroep/mantelzorg/...) aangeleverd worden?

Door het doelgerichte gesprek en BelRAI een plek te geven in het DZOP, krijgen zowel de PZOV als de zorgaanbieder een stem in het uitwerken van het zorgproces. In het DZOP is BelRAI ondersteunend aan doelgerichte zorg om de zorgdoelen te formuleren.

In dit onderzoek komen we tot de volgende workflow:

- Het verhelderen van de levensdoelen via een doelgericht gesprek waarbij tools of sleutelvragen worden gebruikt. Dit gesprek staat los van de BelRAI afname.
- 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 dat van de PZOV en dat 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.

In de praktijk zal de workflow niet zo rechtlijnig verlopen, doelen evolueren steeds en zijn dynamisch. Er moet ruimte zijn om een eigen traject te kunnen volgen.

Naast de workflow blijken ook 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 en het zorgteam creatief na te denken over doelen.

4. Welke BelRAI instrumenten zijn momenteel klaar om in een pilootopstelling te gebruiken?

Nog niet alle BelRAI-instrumenten voor alle doelgroepen zijn al breed geïmplementeerd. De implementatie verloopt immers stapsgewijs. Voor een pilootopstelling kunnen volgende BelRAI-assessments gebruikt worden: BelRAI LTCF en BelRAI HC (vanaf juni 2023). Gezien de positionering en bijdrage van de Screener nog onvoldoende duidelijk is, kan het nuttig zijn hier verder onderzoek naar te doen in pilootopstellingen van het DZOP.

De beperkingen van het onderzoek situeren zich op het vlak van de kleine groep van participanten, een oververtegenwoordiging van de sector ouderenzorg en het niet betrekken van PZOV en mantelzorgers inzake het bevragen van hun houding, mening en ideeën over het DZOP in deze fase van het onderzoek.

## **Aanbevelingen**

De aanbevelingen gaan over de verbinding tussen BelRAI, doelgerichte zorg en het DZOP.

### **1. Aanbevelingen voor de opbouw van het DZOP**

*Aanbeveling 1: 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. 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 het risico dat het eigen professionele referentiekader wordt vertaald naar levensdoelen van de PZOV.

*Aanbeveling 2: 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 - enkel need to know informatie wordt opgenomen).

*Aanbeveling 3: 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. 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 ontwikkelen van de vaardigheden kan geïntegreerd worden in zowel BelRAI trainingen als trainingen doelgerichte zorg. We zien namelijk een overlap van de vaardigheden om BelRAI te vertalen en de aspecten uit de training doelgerichte zorg.



## **2. 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 met in het bijzonder aandacht voor welzijnswerkers. Elke sector zal zijn eigen instrumenten en perspectieven meebrengen en er kunnen sectorspecifieke vereisten zijn voor het DZOP. Zorg ervoor dat de verschillende visies in beeld gebracht worden om uiteindelijk draagvlak te creëren voor de uitwerking en implementatie van het DZOP.

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

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.

Ook de mantelzorger werd niet betrokken in deze fase van het onderzoek. Mantelzorgers kunnen er net zoals de PZOV baat bij hebben om betrokken te worden bij de zorgplanning, de ontwikkeling van het DZOP en verder onderzoek. Mogelijk kan het DZOP een luik voorzien voor de mantelzorgers, waarbij de BelRAI assessments voor mantelzorgers die volop in ontwikkeling zijn ook een bijdrage kunnen leveren.



## Inhoud

<b>Afkortingen</b>	<b>14</b>
<b>Inleiding</b>	<b>15</b>
<b>Hoofdstuk 1</b> <b>Literatuur: doelgerichte zorg, BelRAI en de stap naar het digitaal zorg- en ondersteuningsplan</b>	<b>17</b>
1      Doelgerichte zorg	17
2      BelRAI	19
3      De stap naar een digitaal zorg- en ondersteuningsplan	25
<b>Hoofdstuk 2</b> <b>Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen</b>	<b>29</b>
1      Onderzoeksdoelstelling	29
2      Onderzoeksvragen	29
<b>Hoofdstuk 3</b> <b>Methode</b>	<b>31</b>
1      Participanten	31
2      Dataverzameling	33
3      Data-analyse	36
<b>Hoofdstuk 4</b> <b>Resultaten</b>	<b>39</b>
1      Opleidingsdag één	39
1.1    Doelgerichte zorg	39
1.2    BelRAI	41
1.3    Conclusie opleidingsdag één	43
2      Reflectieopdracht één	44
2.1    Doelgericht gesprek	44
2.2    BelRAI	44
3      Opleidingsdag twee	45
3.1    Doelgerichte zorg	45
3.2    BelRAI	47
3.3    Conclusie opleidingsdag twee	55
4      Reflectieopdracht twee	55
4.1    Doelgerichte zorg	55
4.2    BelRAI	57
4.3    DZOP	57
5      Opleidingsdag drie: de focusgroep	58
5.1    Het DZOP als reflectie instrument	58
5.2    PZOV als mede-eigenaar van zijn DZOP	59

5.3	BelRAI als ondersteuning in het DZOP	59
5.4	Conclusie opleidingsdag drie	60
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Discussie</b>	<b>61</b>
1	Antwoord op de onderzoeksvragen	61
1.1	Welke BelRAI-output moet opgenomen worden in DZOP?	61
1.2	Hoe kan die output worden gebruikt om het formuleren van zorgdoelen te ondersteunen? Hoe kunnen we de gegevens van BelRAI zo goed, handig en duidelijk mogelijk visueel voorstellen?	62
1.3	Hoe kan de workflow van een zorgteam eruitzien om van het formuleren van levensdoelen en het bekijken van de BelRAI-output te komen tot operationele zorgdoelstellingen op de korte en de langere termijn? Kan een BelRAI inschaling een richtinggevend startpunt zijn voor interdisciplinaire samenwerking? Kunnen zorgdoelen per doelgebied (beroepsgroep/mantelzorg/...) aangeleverd worden?	63
1.4	Welke BelRAI instrumenten zijn momenteel klaar om in een pilootopstelling te gebruiken?	65
2	Beperkingen van het onderzoek	65
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>67</b>
1	Aanbevelingen voor de opbouw van het DZOP	67
2	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	68
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Conclusie</b>	<b>71</b>
	<b>Bibliografie</b>	<b>73</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>79</b>

## **Lijst Tabellen**

Tabel 1	Schalen BelRAI (BelRAI, 2019)	21
Tabel 2	CAP's BelRAI (BelRAI, 2019)	22
Tabel 3	Deelnemers	32
Tabel 4	Training Doelgerichte zorg en BelRAI	33
Tabel 5	Inhoud training doelgerichte zorg en BelRAI	34

## **Lijst Figuren**

Figuur 1	Implementatie BelRAI	16
Figuur 2	Doelgerichte zorgproces (Vanneste et al., 2021)	19
Figuur 3	werkwijze TARGET (Parson & Parson, 2012)	25
Figuur 4	Voorstel 1 Proces doelgerichte zorg met BelRAI	48
Figuur 5	Voorstel 2 Proces doelgerichte zorg met BelRAI	49
Figuur 6	Voorstel 3 Proces doelgerichte zorg met BelRAI	49
Figuur 7	Finaal voorstel Proces doelgerichte zorg met BelRAI	50
Figuur 8	De workflow doelgerichte zorg met BelRAI	64
Figuur 9	Workflow doelgerichte zorg met BelRAI	71

## Afkortingen

<b>ADL</b>	Activiteiten Dagelijks Leven
<b>BelRAI</b>	Belgische versie interRAI suite (interRAI: internationaal Resident Assessment Instrument)
<b>CAP</b>	Clinical Assessment Protocols
<b>DZOP</b>	Digitaal Zorg- en Ondersteuningsplan
<b>ePRO tool</b>	electronic patient reported outcomes
<b>FOD</b>	Federale Overheidsdienst
<b>HC</b>	Home Care
<b>IADL</b>	Instrumentele Activiteiten Dagelijks Leven
<b>LTCF:</b>	Long Term Care Facilities
<b>MDO</b>	Multidisciplinair overleg
<b>PAR</b>	Participatory action research
<b>PZOV</b>	Persoon met een Zorg- en Ondersteuningsvraag
<b>RUG</b>	Resource Utilization Groups
<b>SMART</b>	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden
<b>TARGET</b>	Towards Achieving Realistic Goals in Elders
<b>VSB</b>	Vlaamse Sociale Bescherming
<b>WVG</b>	Welzijn Volksgezondheid en Gezin
<b>WZC</b>	Woonzorgcentra

## Inleiding

Er is een groeiende nood aan een paradigmashift van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg, met aandacht voor de wensen, noden en persoonlijke doelen. Doelgerichte zorg is een concept dat gaat over zorgverlening vanuit deze vraaggestuurde visie, waarbij de persoon en zijn waarden, doelen en normen centraal staan en de zorg vormgeven (Adams & Grieder, 2014; Gray et al., 2020; Lines, Lepore & Wiener, 2015; Rietkerk, Uittebroek, Gerritsen, Slaets, Zuidema & Wynia, 2019; Stanhope & Matthews, 2019). 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 (PZOV<sup>1</sup>) centraal te zetten in de zorg, waarbij de zorg is afgestemd op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren van elke burger. 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 (Vandeurzen, 2019). 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 en Gezondheid, 2017; BelRAI 2019; Declercq, 2019; interRAI, 2021; Vandeurzen, 2019; Van Eenoo, De Cuyper, Declercq & Van Audenhove, 2017; Vanneste, Torfs, Boeckxstaens & De Sutter, 2021; Vlaams Netwerk Doelgerichte zorg, 2020; Vermeire z.d.).

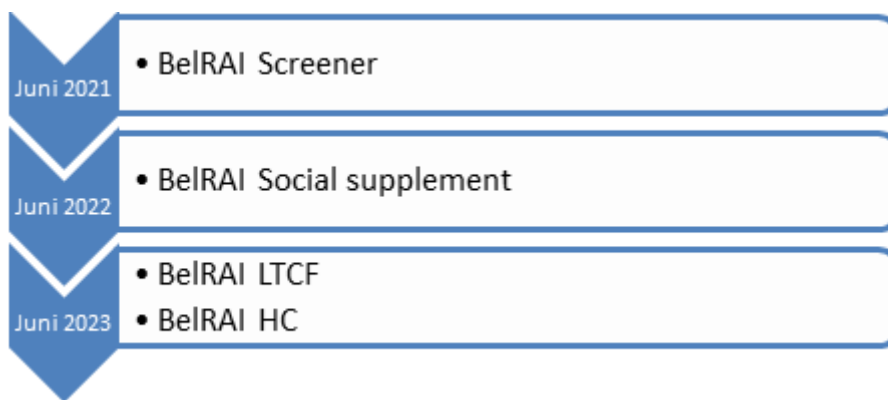
In een eerste onderzoeksfase werd het proces van doelgerichte zorg onder de loep genomen en werden reeds inzichten verworven over hoe de levensdoelen het fundament van het DZOP kunnen vormen. Dit gebeurde via een PAR methodiek waarbij zorgaanbieders en onderzoekers samen leerden over het DZOP. Het onderzoek 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.

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, 2019). 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

---

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

Protocols (CAP's). Deze CAP's en zorgschalen geven input aan de professional om een zorgplan op te stellen, maar het zorgplan of de zorgdoelen rollen niet automatisch uit een BelRAI beoordeling. De 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 stellen<sup>2</sup> (BelRAI, 2019; Declercq, 2019; decreet VSB, art 2, 5°; interRAI 2021; Moors, Badisco, Hermans & Declercq, 2021; 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

Om tot de opbouw van het DZOP te komen zijn twee onderzoeken gevoerd: een onderzoek naar doelgerichte zorg en een onderzoek over de rol van BelRAI hierin. Elk onderzoek heeft eigen onderzoeksvragen, maar de projecten zijn met elkaar verbonden en de dataverzameling en de rapportering verlopen gelijklopend en in samenwerking. Het doel van dit gezamenlijk onderzoek is de verdere operationalisering van het DZOP en na te gaan op welke manier de BelRAI resultaten ingebed kunnen worden in het DZOP om de omslag van levensdoelen naar operationele zorgdoelen te ondersteunen. Doordat de onderzoeken en de rapportering samen zijn uitgevoerd zijn de hoofdstukken literatuur, methode, resultaten en conclusie nagenoeg identiek aan elkaar in de twee rapporten. Het verschil tussen de rapporten situeert zich in de onderzoeksvragen en in het antwoord op die vragen.

---

<sup>2</sup> 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 het digitaal zorg- en ondersteuningsplan

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de literatuur over doelgerichte zorg. De bevindingen uit de eerste onderzoeksfase worden kort 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 literatuur omtrent digitale zorgplannen en elektronische patiëntendossiers. In deze paragraaf staan we eveneens stil bij de doelstellingen van het DZOP.

#### 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 (Gray et al., 2020). In doelgerichte zorg staat de PZOV centraal en zijn persoonlijke waarden en doelen leiden de klinische en professionele keuzes (Adams & Grieder, 2014; Lines, Lepore & Wiener, 2015; Rietkerk, Uittebroek, Gerritsen, Slaets, Zuidema & Wynia, 2019; Stanhope & Matthews, 2019).

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 zorgdoelen vervolgens vertaald worden in een zorgplan met middelen en strategieën. In het voorafgaand projectonderzoek (Vanneste et al., 2021) werd uitgebreid stilgestaan bij wat levensdoelen zijn, hoe deze worden geformuleerd en hoe de verhouding is tussen levensdoelen, zorgdoelen en het zorgplan.

De levensdoelen verschillen sterk tussen individuen, net zoals hun gezondheid en functioneren verschilt (Vanneste et al., 2021; Vermunt, Harmsen, Westert, Olde Rikkert & Faber, 2017a). Op basis van uitgebreid literatuuronderzoek, een document analyse en video-observaties, werden 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). De elementen zijn (1) 'waarden en emoties als basis voor een levensdoel', (2) 'het verleden, het heden en de toekomst van een individu', (3) 'activiteiten in verschillende levensdomeinen', (4) 'een levensdoel is gerelateerd met de brede definitie van gezondheid met expliciete aandacht voor kwaliteit van leven', (5) 'de sociale en fysieke context' en (6) 'hanteren van een positieve formulering'. Een levensdoel bestaat vaak uit een combinatie van verschillende elementen, maar hoeft gezinszins alle

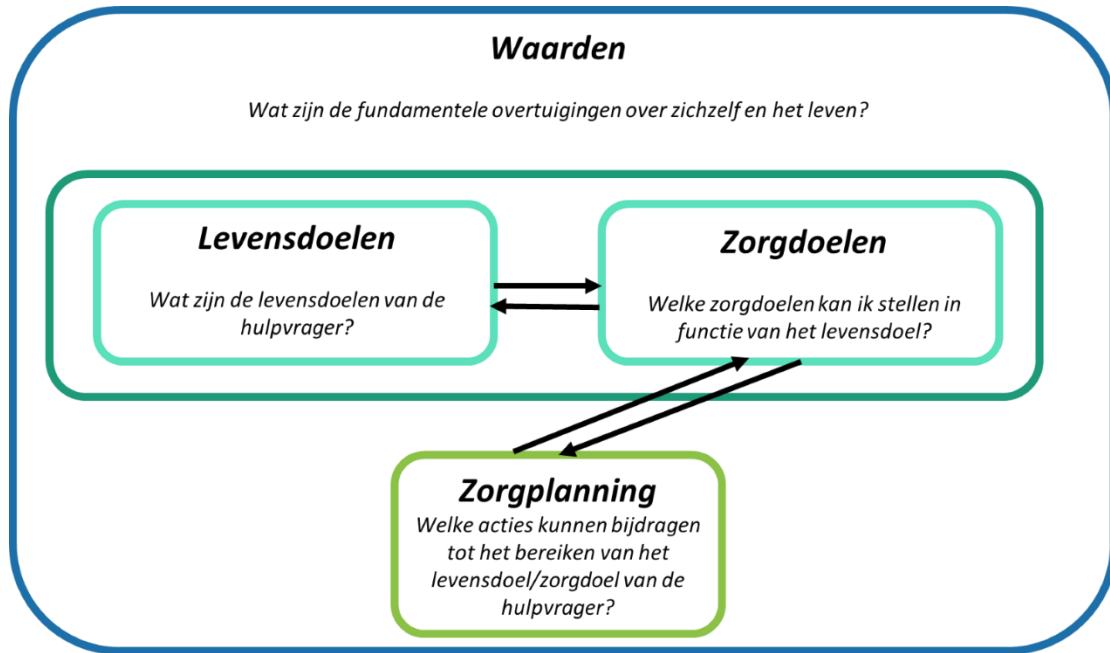
elementen te omvatten. De elementen zijn ook geen vereiste voor het formuleren van een levensdoel en dienen eerder als handvaten ter inspiratie (Lim et al., 2017; Vanneste et al., 2021).

Het bepalen van levensdoelen is geen vanzelfsprekendheid (Boeckxstaens et al., 2016). Om na te gaan wat de levensdoelen van een PZOV zijn, dient de hulpverlener met hem of haar in gesprek te gaan. Dit is de goal-elicitation encounter en een belangrijke stap in het bepalen van de levensdoelen. Door in gesprek te gaan krijgt de zorgverlener 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. Het stellen van doelen is immers een individueel en evoluerend proces, gezien de doelen worden aangepast aan de veranderende noden van de persoon gedurende zijn leven (Dörfler & Kulnik, 2020; Poté, Boeckxstaens & Piessens, 2019; Rietkerk et al., 2019; Stanhope et al., 2013; Vanneste et al., 2021; Vermunt et al., 2017b). De zorgverlener ondersteunt de PZOV in de goal-elicitation bij het identificeren en uitdrukken van problemen, behoeften, noden, wensen en deze te kaderen of te omvatten in levensdoelen. Tijdens het gesprek kunnen tools voor doelgerichte zorg als leidraad dienen. De 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 moet een natuurlijk gesprek blijven dat goed 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 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. 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 (Adam & Grieder, 2014; Reuben & Tinetti, 2012; Vanneste et al., 2021). In de vorige onderzoeksfase werd het proces van doelgerichte zorg gevisualiseerd (Figuur 2). 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. Daarom vinden we in de literatuur

aanbevelingen om doelen voldoende flexibel te formuleren, zodat er ruimte is om deze aan te passen aan veranderende omstandigheden (Dörfler & Kulnik, 2020; Vanneste et al., 2021).



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 personen met een zorg- en ondersteuningsnood (PZOV) in kaart brengen, met als uiteindelijke doel bij te dragen tot het optimaliseren van de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit<sup>3</sup> (decreet VSB, art 2, 5°; interRAI 2021; 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. Verder is er geen verschil met de internationale beoordelingsinstrumenten (Van Eenoo et al., 2017). De suite van beoordelingsinstrumenten bestaat voor een groot deel (50-70%) uit een gemeenschappelijke set van items die voor alle doelgroepen of zorgsettings dezelfde zijn, de core-items. Naast de core-items bestaan er nog specifieke items die afhankelijk zijn van doelgroep, zorgnoden of setting, waarmee elk instrument aangevuld wordt tot een uniek inschalingsinstrument per sector of delen van de sector. Dit maakt dat de BelRAI suite bij verschillende doelgroepen en zorgsectoren van toepassing is, gaande van thuiszorg, woonzorgcentra tot acute en geestelijke gezondheidszorg. De overeenkomst tussen de instrumenten maakt het tevens mogelijk en eenvoudiger om informatie tussen zorgverleners en -organisaties uit te wisselen en te vergelijken, uiteraard enkel mits toestemming van de PZOV (BelRAI 2018; Declercq, 2019; interRAI, 2021; Lambert et al., 2018, 2018a, 2018b; Moors & Declercq, 2019; Neyens & Declercq, 2018; Van Eenoo

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

et al., 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021; Vanlinthout & Declercq, 2021; Van Regenmortel et al., 2018, 2020; Vermeulen, Van Eenoo, Vanneste & Declercq, 2015).

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 en BelRAI LTFC. We lichten kort de verschillende instrumenten toe. De **BelRAI Screener** is een verkort instrument dat ontwikkeld werd gezien niet elke PZOV nood heeft aan een volledige BelRAI afname en helpt om te bepalen bij welke persoon er een uitgebreide afname nodig is en bij wie niet. Via deze weg helpt de Screener 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. De Screener brengt het niveau van functioneren van een volwassen persoon op vijf domeinen in kaart, namelijk (1) Activiteiten dagelijks leven (ADL); (2) Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven (IADL); (3) Cognitieve problemen; (4) Psychische problemen en (5) Gedragsproblemen (Moors & Declercq, 2019; Vanlinthout & Declercq, 2021; Vermeulen et al., 2015). De **BelRAI Home Care (HC)** brengt het functioneren van personen in kaart die nood hebben aan thuiszorg. De afname gebeurt bij voorkeur in de thuisomgeving, om zo de omgevingselementen juist te scoren. Tot de doelpopulatie van BelRAI HC behoren volwassenen met een complexe, chronische of post-acute zorgbehoefte die thuiszorg (zullen) ontvangen (Morris et al., 2009a; Lambert et al., 2018a, 2018b; Lambert, Declercq, De Almeida Mello, Cès & Macq, 2018; Vanlinthout & Declercq, 2021). Het beoordelingsinstrument **BelRAI Long Term Facilities (LTFC)** brengt het functioneren van personen met langdurige en complexe zorgnoden in residentiële voorzieningen, bijvoorbeeld een woonzorgcentrum, in kaart (Morris et al., 2009b; Vanlinthout & Declercq, 2021).

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 in zijn items op de volgende vijf domeinen van functioneren: (1) de hoeveelheid assistentie die personen ontvangen bij activiteiten van het dagelijks leven en bij bepaalde behandelingen, (2) gezondheidsproblemen, (3) sociaal leven, (4) stemming en gedrag en (5) cognitieve toestand. Om BelRAI in te vullen wordt er beroep gedaan op verschillende methodes van informatieverzameling. Bij voorkeur is de zorggebruiker steeds de eerste bron van informatie. Dit vereist enerzijds een vraaggesprek met de zorggebruiker zelf of met zijn of haar primaire hulpverlener. Anderzijds kan men informatie vergaren door de persoon over een gemiddelde tijdsspanne van drie dagen te observeren, in gesprek te gaan met het zorgteam, medische dossiers of andere beschikbare documenten te herzien. Vaak gebeurt de beoordeling van BelRAI voor 90% via observatie en zijn het een of meerdere hulpverleners uit een multidisciplinair team die BelRAI invullen (Declercq, 2019; interRAI, 2021; Van Eenoo et al., 2017; Vanlinthout & Declercq, 2021; Van Regenmortel et al., 2020).

Na de beoordeling worden via software en gevalideerde algoritmes de resultaten zoals Clinical Assessment Protocols (CAP's), Zorgschalen, Kwaliteitsindicatoren en Resource Utilization Groups (RUGs) berekend. Het zorgvuldig invullen van BelRAI is hiervoor zeer belangrijk. De schalen en CAP's kunnen immers enkel berekend worden wanneer alle daartoe bestemde items, de triggers genaamd, zijn ingevuld (BelRAI, 2019; Hirdes et al., 2011). De algoritmes berekenen enerzijds de zorgschalen die een globaal beeld van de gezondheid, de functionele status en de zorgnoden van de PZOV geven. Voorbeelden van de schalen kan u vinden in tabel 1.

Tabel 1 Schalen BelRAI (BelRAI, 2019)

Schaal	Betekenis
Hiërarchische ADL-schaal	Meet de mate van zelfstandigheid van ADL-taken
Leeftijd	Beoordelingsjaar min het geboortjaar
BMI	Gaat na of de PZOV te weinig of te veel weegt. (Kritiek: niet voor alle doelgroepen even geschikt)
Gezondheidsinstabiliteitsschaal	Gaat risico op ernstige gezondheidsachteruitgang na
Communicatieschaal	Geeft weer in welke mate PZOV problemen heeft met communiceren
Cognitief Presteren Schaal 1	Meet het cognitief functioneren, in welke mate verstoord
Depressieschaal	Aanwezigheid depressieve symptomen (geen diagnose)
IADL-schaal	Meet de zelfstandigheid en de mogelijkheden van IADL-taken
Method of Assigning Priority Levels	Ondersteuning voor besluitvorming. Noden en hoogdringendheid ingrijpen gerangschikt volgens vijf prioriteitsniveaus.
Pijnschaal	Indicatie ernst en frequentie van pijn
Pressure Ulcer Risk Scale	Risico's op het ontwikkelen van doorligwonden

Anderzijds worden via andere algoritmes de CAP's of alarmpjes berekend. De CAP's geven problemen of levensdomeinen aan waar de mogelijkheid bestaat dat de PZOV kan recupereren, verbeteren of waar preventief op ingezet kan worden om (verdere) achteruitgang tegen te gaan. Een CAP kan ook aangeven dat er geen potentieel meer is tot verbetering. Een CAP of alarmpje is actief wanneer bepaalde aspecten, subsets of deelverzamelingen van het BelRAI-instrument als trigger gekoppeld zijn aan het basisprobleem in de betreffende CAP en deze gescoord zijn voor de PZOV. Tabel 2 geeft een overzicht van de bestaande CAP's. Voor BelRAI LTCF en BelRAI HC werd eveneens een CAP's handboek uitgewerkt, waarin wordt aangegeven wat de mogelijkheden tot verbetering zijn en hoe hieraan gewerkt kan worden. Het handboek geeft voor elke CAP informatie op vier punten: (1) de probleemsigalering geeft aan waarom het belangrijk is om in te zetten op de CAP en wat mogelijke onderliggende problemen kunnen zijn; (2) doelen van zorg geven aan wat de voordelen zijn van bepaalde interventies; (3) triggers geven aan wanneer een CAP actief wordt. Voor wie of welke doelgroepen is de CAP interessant? Wie heeft er baat bij zorg op een van de aangegeven probleemgebieden? In de triggers zit een zekere hiërarchie, deze voorspellen de gezondheid en de veranderingen, potentieel tot verbetering of aanpassing in de toekomst; (4) richtlijnen geven aan wat de beste interventie is, naargelang het onderliggende probleem. Ze zijn gebaseerd op best practice richtlijnen en omvatten verschillende mogelijkheden zoals oplossingen voor problemen, acties die achteruitgang voorkomen of mogelijk-

heden om een omgeving tot verbetering te creëren. Daarnaast geven ze voorbeelden van acties. De voorbeelden in het handboek zullen niet op elke PZOV van toepassing zijn, maar kunnen wel inspiratie bieden om aan de slag te gaan met de CAP en dit verder om te zetten naar concrete zorgdoelen (BelRAI, 2019; Freeman et al., 2014; Hirdes et al., 2011; Morris et al., 2010; Van Eenoo et al., 2017). Een belangrijk aandachtspunt bij het CAP's handboek is evenwel dat het reeds dateert van 2008 en op sommige vlakken sterk verouderd is.

Tabel 2 CAP's BelRAI (BelRAI, 2019)

CAP	Uitleg
<b>CAP's functioneel presteren</b>	
Bevordering van lichaamsbeweging	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actief bij PZOV die minder dan twee uur beweegt</li> <li>• Plan lichaamsbeweging die aansluit bij doelen</li> <li>• Lichaamsbeweging doen toenemen</li> </ul>
IADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mogelijkheden PZOV als interesse om meer zelfstandig IADL uitvoeren</li> </ul>
ADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mate van onafhankelijkheid</li> <li>• Veel zaken hebben invloed op ADL</li> <li>• Achteruitgang voorkomen, ADL prestaties verbeteren</li> </ul>
Thuisomgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenmerken omgevingsrisico</li> <li>• Ongunstige gevolgen slechte woonomgeving tegen gaan</li> </ul>
Kans op opname in een instelling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij PZOV met verhoogd risico op opname, acties om risico te verminderen</li> </ul>
Fysieke fixatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ook passieve fixatie</li> <li>• Gebruik beperken en preventief werken</li> </ul>
<b>CAP's cognitie en geestelijke gezondheid</b>	
Cognitieverlies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verminderde cognitieve capaciteiten bedreigen zelfstandigheid en verhogen risico op opname</li> <li>• Doel zo lang mogelijk zelfstandig blijven</li> <li>• Bij PZOV met risico op beginnend verlies</li> </ul>
Delirium	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PZOV met actieve deliriumsymptomen</li> <li>• Risicopersonen opsporen: preventie</li> <li>• Doel: terug naar oorspronkelijke status brengen</li> </ul>
Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactie tussen communicatieve toestand en cognitieve vaardigheden dagelijkse besluitvorming</li> <li>• Doel: verbetering communicatieve vaardigheden</li> <li>• Doel voorkomen vermijdbare communicatieve achteruitgang</li> </ul>
Stemmingsstoornis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij aanwezige stemmingsstoornissen of risico</li> <li>• Doel: stabilisatie, bedreiging voor zichzelf of anderen verminderen</li> </ul>
Gedrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduceren dagelijkse vertoon van storend gedrag</li> <li>• Bij niet dagelijks vertoon: voorkomen dat frequentie toeneemt</li> </ul>

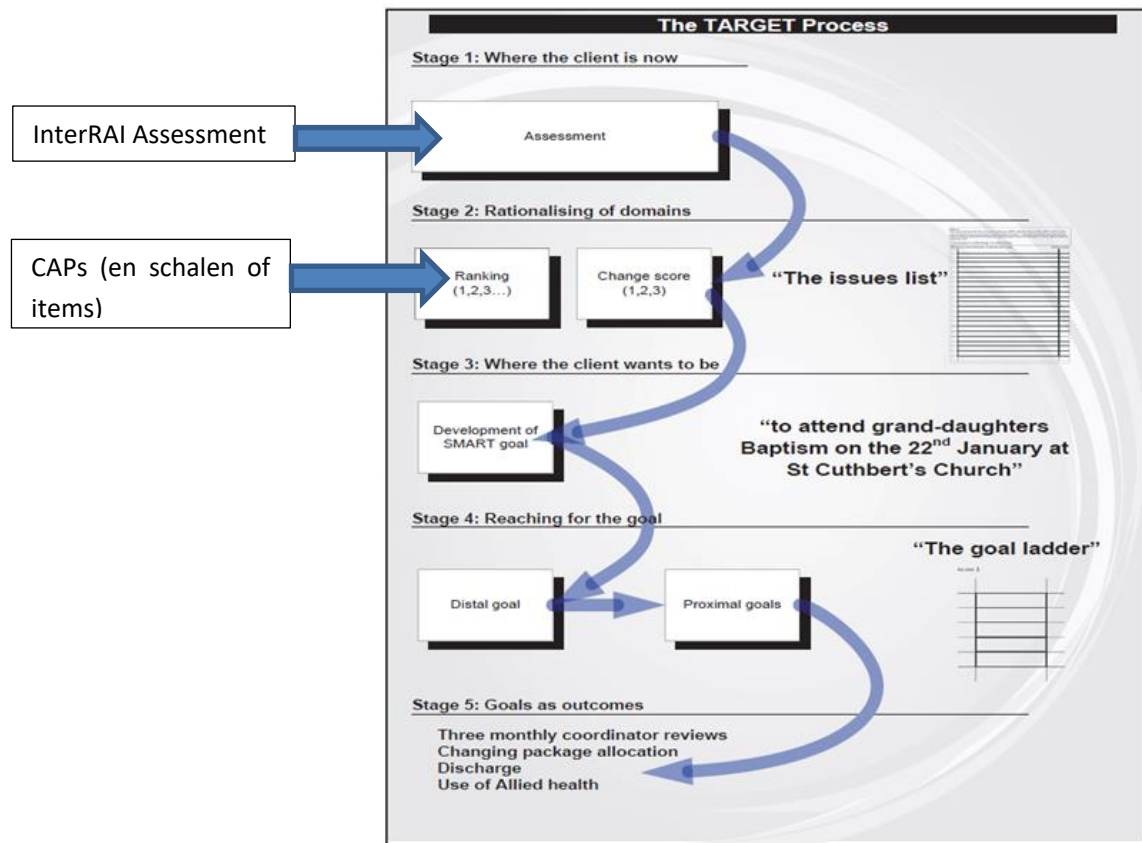
Mishandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificeren PZOV die misbruikt of verwaarloosd worden</li> <li>• Bepalen welke maatregelen men moet nemen</li> <li>• Korte termijn: vraagt het een onmiddellijke interventie?</li> <li>• Lange termijn: behandelen psychologische gevolgen</li> </ul>
<b>CAP's sociaal leven</b>	
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actief als niet meer deelnemen aan activiteiten, niet op gemak bij starten activiteiten of aangaan relaties</li> <li>• Doel: betrokkenheid bij activiteiten verhogen</li> </ul>
Mantelzorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situaties waar extra hulp van anderen nodig hebben en of situaties waar formele hulpverleners nodig zijn</li> <li>• Informeel zorgnetwerk dat voordeel haalt uit een backup-plan of een tweede zorgplanning als de toestand achteruitgaat</li> </ul>
Sociale omgang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevorderen van sociale omgang</li> <li>• Sociale herintegratie, gemoedstoestand en gedrag spelen een rol</li> </ul>
<b>CAP's klinische complicaties</b>	
Valincidenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor PZOV die reeds gevallen is (hoger risico)</li> <li>• Preventie: PZOV met risico maar nog niet gevallen</li> <li>• Doelen afhankelijk van oorzaak valincidenten</li> </ul>
Pijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pijn en gepaard gaande problemen beoordelen en behandelen</li> <li>• Algemene toestand verbeteren</li> </ul>
Decubitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decubituspreventie en wondverzorging (doel)</li> <li>• Follow-up: risico's tot ontwikkelen decubitus? En behandelen tot genezen</li> </ul>
Hart- en ademhalingsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het belang van controleren op cardiovasculaire of respiratoire problemen</li> <li>• Zijn er symptomen aanwezig? Dan CAP actief</li> </ul>
Ondervoeding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouderen waarvan gewicht onder het ideale lichaamsgewicht zit</li> <li>• Bepaald op basis van BMI</li> </ul>
Dehydratatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actief bij dehydratatie of verstoorde vochtbalans</li> <li>• Toedienen vocht, zorgen voor behandeling (van onderliggende oorzaken)</li> </ul>
Sondevoeding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nagaan van het gebruik en mogelijke verwijdering</li> </ul>
Juist en verantwoord medicatiegebruik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor PZOV met hoog medicatieverbruik</li> <li>• Nagaan medicatie om negatieve effecten tegen te gaan</li> </ul>
Tabak- en alcoholgebruik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helpen stoppen met roken of minder drinken</li> </ul>

Urine-incontinentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Verbeteren blaasfunctie</li> <li>b. Verslechtering blaasfunctie voorkomen</li> </ul>
Darmproblemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constipatie, diarree en fecale incontinentie</li> <li>• Toestand van darmen verbeteren</li> <li>• Voorkomen van vermijdbare achteruitgang darmfunctie</li> </ul>

De zorgschalen en CAP's ondersteunen de zorgverlener om een zorgplan en mogelijk ook zorgdoelen op te stellen of te actualiseren. Het zorgplan en de zorgdoelen komen uiteraard niet uit BelRAI zelf. BelRAI geeft wel informatie, indicaties, aandachtpunten en de noden van de PZOV waarmee de zorgverlener dan samen met de PZOV mee 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 2019; Declercq, 2019; Freeman et al., 2014; Lambert et al., 2018, 2018a, 2018b; Moors & Declercq, 2019; Neyens & Declercq, 2018; Van Eenoo et al., 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021; Vanlinthout & Declercq, 2021; Van Regenmortel et al., 2018, 2020; Vermeulen et al., 2015). De BelRAI Screener vormt een uitzondering op vlak van de uitkomsten. De uitkomst van de Screener is een totaalscore op elk van de vijf domeinen en geeft dus geen CAP's of zorgschalen als uitkomst (Moors & Declercq, 2019; Vanlinthout & Declercq, 2021; 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 op zich voor doelgerichte zorg of dat zorgdoelen aanreikt (Vermeire, z.d.). In Nieuw-Zeeland werkten Parson en Parson (2012) reeds een tool uit voor de thuiszorg bij ouderen dat zorgverleners helpt 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 de vier principes om doelen te bepalen, met name (1) identificatie, (2) onderhandelen/bespreken, (3) plannen en (4) waardering en feedback (Parson & Parson, 2012; Parson et al., 2011). 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. Nu 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. In de tweede grote stap breekt de zorgverlener het primaire doel op in verschillende kleine korte termijn doelen om zo het primaire doel te bereiken. Het zijn deze kleine doelen die in de planning worden opgenomen. Figuur 3 geeft een overzicht van de tool (Parson & Parson, 2012). Uit onderzoek blijkt dat na het gebruik van TARGET meer individuele doelen in het zorgplan worden opgenomen, meer doelen zijn geïdentificeerd, geregistreerd en meer doelen worden verwezenlijkt (Parson & Parson, 2012; Parson et al., 2011)





Figuur 3 werkwijze TARGET (Parson & Parson, 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 echter geen plaats voor doelgerichte zorg of een integratie met instrumenten zoals de BeRAI. 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 (art. 2, Decreet eerstelijnszorg, Vlaamse Regering, 2019):

*“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”<sup>4</sup>*

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, 2019). Het DZOP is een digitaal communicatie- en planningsinstrument dat

<sup>4</sup> Art. 2, 17<sup>e</sup> 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

gegevens verzamelt en ter beschikking stelt voor de betrokken zorgverleners, PZOV en zijn omgeving (Agentschap Zorg & Gezondheid, z.d.; Vandeurzen, 2019; Vermeire, z.d.). 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. Het DZOP gaat in op hoe het zorgplan in de praktijk georganiseerd wordt. Onder meer het luik zorg gaat in op (1) zorginformatie (2) het zorgteam, wie verleent de zorg en (3) de zorgdoelen, welke zorg is er nodig. De zorgnoden, de zorgdoelen en de levensdoelen krijgen samen met de PZOV een centrale rol in het DZOP en vormen het uitgangspunt van de zorg en ondersteuning. Een belangrijk proces om tot levensdoelen en zorgdoelen te komen is doelgerichte zorg, waardoor het DZOP zal bijdragen aan de operationalisering van doelgerichte zorg (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; Vandeurzen, 2019; Vanneste et al., 2021; Vlaams Netwerk Doelgerichte zorg, 2020; Vermeire, z.d.). Daarnaast wenst het Agentschap BelRAI te integreren in het DZOP, gezien het een gemeenschappelijke taal aanreikt over sectoren heen en in de toekomst in verschillende sectoren uit het decreet VSB 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 het aanvoelen van de PZOV (Vermeire, z.d.). Een belangrijk aandachtspunt is dat het DZOP geenszins de bedoeling heeft om reeds bestaande e-zorgplannen te vernieuwen of vervangen of om een nieuw elektronisch patiëntendossier te worden. Het is een ondersteunende digitale tool, een hulpmiddel, waartoe iedereen (elke burger, PZOV, mantelzorger, zorgverlener) toegang zal hebben, geïntegreerd in bestaande software (Agentschap Zorg & Gezondheid, z.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 Grey et al., 2016b; Tahsin et al., 2021). De ePRO tool werd ontwikkeld voor ouderen met een complexe aandoening en hun zorgaanbieders in de eerste lijn. De ePRO tool werd ontwikkeld in samenwerking met de eindgebruikers ervan, dit zijn zowel PZOV als zorgaanbieders. 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 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, en dergelijke meer. De PZOV en de professional kunnen 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 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 het 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 goed 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.

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, Fischer, Stuckey, Klassen & Chen, 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 (Jie Mein, Guodong & Agarwal, 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; Nagykaldi et al., 2018; Stanhope & Matthews, 2019; Van Dongen et al., 2016; Vanneste et al., 2021). 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, Edwards & Kaushal, 2014).



## Hoofdstuk 2

### Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen

Dit hoofdstuk geeft de onderzoeksdoelstellingen en de -vragen van het onderzoek naar de mogelijke rol van BelRAI in het DZOP weer.

#### 1 Onderzoeksdoelstelling

Dit onderzoek heeft tot doel na te gaan hoe BelRAI kan ondersteunen in het formuleren van zorgdoelen en hoe BelRAI weergegeven kan worden in een doelgericht DZOP.

#### 2 Onderzoeksvragen

In dit rapport proberen we een antwoord te geven op onderstaande onderzoeksvragen:

1. Welke BelRAI-output moet opgenomen worden in DZOP?
2. Hoe kan die output worden gebruikt om het formuleren van zorgdoelen te ondersteunen? Hoe kunnen we de gegevens van BelRAI zo goed, handig en duidelijk mogelijk visueel voorstellen?
3. Hoe kan de workflow van een zorgteam eruitzien om van het formuleren van levensdoelen en het bekijken van de BelRAI-output te komen tot operationele zorgdoelstellingen op de korte en de langere termijn? Kan een BelRAI inschaling een richtinggevend startpunt zijn voor interdisciplinaire samenwerking? Kunnen zorgdoelen per doelgebied (beroepsgroep/mantelzorg/...) aangeleverd worden?
4. Welke BelRAI instrumenten zijn momenteel klaar om in een pilootopstelling te gebruiken?



## Hoofdstuk 3

### Methode

Om een antwoord te bieden op bovenstaande vragen, gebruiken we de onderzoeksmethode ‘participatory action research’ (PAR). 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, MacDougall & Smith, 2006).

De methode wordt verder gebouwd op de methode van een eerder project over doelgerichte zorg, waar reeds PAR als methode werd gebruikt. De onderzoekers en het Vlaams Instituut voor de eerste Lijn (Vivel) ontwikkelden in co-creatie met hulpverleners een training doelgerichte zorg. Voor de totstandkoming en inhoud van de training verwijzen we graag door naar het onderzoeksrapport ‘EF64 Het ontwikkelen van een workflow, getoetst in de praktijk, om vanuit een bevraging van de levensdoelen van een patiënt tot een doelgericht zorgplan te komen in een interprofessionele samenwerking.’ (Vanneste et al., 2021). 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.

De methode is identiek aan de onderzoeksmethode zoals beschreven in het onderzoeksrapport ‘EF20 Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan – vervolgonderzoek’ gezien de twee onderzoeken samen zijn uitgevoerd.

#### 1 Participanten

In het voorgaand onderzoek participeerden 12 eerstelijns hulpverleners met verschillende achtergronden binnen zorg en welzijn. Vanuit de bovenstaande onderzoeksvragen kiezen we in deze fase van het onderzoek voor een nieuwe deelnemersgroep met specifieke ervaring in BelRAI. Expertise en ervaring in het werken met BelRAI is een vereiste in dit onderzoek om tot voldoende diepgang te kunnen komen en een antwoord te kunnen 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 de onderzoeksgroep doelgerichte zorg te Gent. Eenmaal we kennis hebben van de mogelijke kandidaten, ontvangen zij van ons per e-mail een uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek, een rekruteringsbrief en een flyer met de belangrijkste informatie (beide documenten kan u terugvinden in de bijlagen, bijlage 1 en 2). 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 hebben vijf personen deelgenomen 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 3 geeft de functies en ervaring met BelRAI van de deelnemers weer.

Tabel 3 Deelnemers

Functie	Ervaring BelRAI
Ergotherapeut (WZC, oriënterend kortverblijf)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BelRAI HC</li> <li>• BelRAI LTCF</li> </ul> Afname en teamoverleg rond resultaten
Ergotherapeut (aan huis, zelfstandige ergotherapeut, WZC, oriënterend kortverblijf)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BelRAI HC</li> <li>• BelRAI LTCF</li> <li>• BelRAI Screener</li> </ul> Trainer binnen de organisatie (zonder opleiding)
Casemanager mutualiteit (achtergrond: sociaal werker)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BelRAI HC</li> <li>• BelRAI LTCF</li> <li>• BelRAI Screener</li> </ul> BelRAI-trainer
Zorgpartner uit de gezinszorg (achtergrond: logopedie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BelRAI Screener</li> </ul> BelRAI-trainer
Zorgpartner uit de thuiszorg (achtergrond: sociaal verpleegkundige)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BelRAI HC</li> <li>• BelRAI LTCF</li> <li>• BelRAI Screener</li> </ul> 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. De deelnemers zijn ook betrokken in protocol 3 projecten en hebben hierdoor ervaring in het gebruik van BelRAI data bij het opstellen van een zorgplan (Lambert et al., 2018; Lambert et al., 2018a; Lambert et al., 2018b).



## 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, zoals weergegeven in onderstaande tabel. 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 les. In de focusgroep leggen we de link met het DZOP en spitsen we ons toe op het beantwoorden van en verdiepen in de onderzoeksvragen.

Tabel 4 Training Doelgerichte zorg en BelRAI

Interprofessionele training doelgerichte zorg + BelRAI (verkorte versie)		
<b>Week 1</b>	Opleidingsdag 1: De weg naar een goed gesprek & persoonlijke doelen	Fysiek
	Opdracht 1	
<b>Week 4</b>	Opleidingsdag 2: Een nieuw evenwicht tussen hulpverlener en hulpvrager	Online
	Opdracht 2	
<b>Week 6</b>	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 personen (onderzoekers of externen) gegeven, met kennis over doelgerichte zorg én BelRAI. Daarnaast zijn er bij elke opleidingsdag twee observatoren aanwezig die overkoepelende nota's van elke les maken. Onderstaande tabel (Tabel 5) geeft een overzicht en samenvatting van de inhoud van de lessen en de opdrachten. Een volledig uitgeschreven draaiboek van de training kan u terugvinden in bijlage (zie bijlage 3).

Tabel 5 Inhoud training doelgerichte zorg en BelRAI

Training	Inhoud
<p><b>Opleidingsdag 1</b>  <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"> <li>In deze les leren de deelnemers een gesprek te voeren met de PZOV waarin de levensdoelen verhelderd worden. De focus ligt op het introduceren van doelgerichte zorg.</li> <li>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.</li> <li>Nadien gaan we in op ‘Wat is doelgerichte zorg?’. We vertrekken hierbij vanuit de structuur en het schema die in de eerste onderzoeksfase werden ontwikkeld. De toelichting gebeurt met voorbeelden.</li> </ul> <div data-bbox="576 663 1273 1070" data-label="Diagram"> <pre>                     graph TD                         A[Waarden Wat zijn de fundamentele overtuigingen over zichzelf en het leven?]                         B[Levensdoelen Wat zijn de levensdoelen van de hulpvrager?]                         C[Zorgdoelen Welke zorgdoelen kan ik stellen in functie van het levensdoel?]                         D[Zorgplanning Welke acties kunnen bijdragen tot het bereiken van het levensdoel/zorgdoel van de hulpvrager?]  A --- B                         A --- C                         B &lt;--&gt; C                         B --&gt; D                         C --&gt; D                     </pre> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<p><b>Opdracht 1</b>                      Doelgerichte gesprek voeren.                      Ter voorbereiding van les 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>De deelnemers schrijven hun ervaringen hierover neer in een schriftelijke reflectieopdracht.</li> </ul>
<p><b>Opleidingsdag 2</b>  <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"> <li>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.</li> <li>Casussen die voortkomen uit Opdracht 1 vormen de basis voor de les. Een casus geeft de mogelijkheid om met BelRAI data en levens-</li> </ul>

	<p>doelen 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>Opdracht 2</b> Aan de slag gaan met zorgdoelen. Ter voorbereiding van de focusgroep</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De deelnemers krijgen de opdracht om zorgdoelen te formuleren. Een tabel met de opdeling levensdoelen – zorgdoelen-zorgplanning -zorgtaken en enkele voorbeelden zijn hulpmiddelen.</li> <li>• 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? Hoe wil u doelgerichte zorg verwezenlijkt zien in het DZOP?</li> </ul>
<p><b>Focusgroep</b> <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"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
--	---

Met toestemming van de deelnemers zijn van de drie opleidingsdagen audio-opnames gemaakt, die dienen als data voor dit onderzoek. Ook de schriftelijke opdrachten 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 geluidopnames als voor het mogen delen van doelen van de PZOV vragen we de deelnemers om een informed consent in te vullen (zie bijlage 4). De PZOV zelf die voor de opdrachten bevraagd worden door de deelnemers dienen eveneens een informed consent in te vullen zodat de deelnemers de doelen en ervaringen rond de gesprekken mogen delen tijdens de training (bijlage 5).

### 3 Data-analyse

De audiobestanden van de opleidingsdagen zijn door de twee hoofdonderzoekers verbatim getranscribeerd en thematisch geanalyseerd. Als eerste stap werden codes toegekend aan gelijkenissen en verschillen, in een volgende stap werden gelijke codes werden 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 BelRAI. Ook de papieren reflectieopdrachten worden volgens de thematische analyse geanalyseerd. We kwamen tot onderstaande thema's. Bij elk thema geven we aan welke informatie uit de gesprekken hieronder vallen.

- 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 zorg.
  - Doelgericht DZOP: Dit thema haalt voor het eerst doelgerichte zorg in het DZOP aan en aandachtspunten die hierbij gelden.
  - Ervaringen doelgericht gesprek: Onder dit thema geven we de ervaringen van de deelnemers bij een doelgericht gesprek (na opdracht 1) 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 zouden omschrijven.
  - Formuleren van doelen: Het thema omschrijft hoe de deelnemers (levens)doelen formuleren.
  - Doelgerichte zorg in het DZOP: Hieronder vallen de meningen en uitspraken van de deelnemers inzake doelgerichte zorg in het DZOP.

- 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.
  - 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.
  - 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 volgens de deelnemers moet kunnen om aan de slag te kunnen gaan met BelRAI-output. Hieronder vallen onderwerpen zoals: welke BelRAI-output gebruiken de deelnemers, hoe gebruiken ze deze en wat betekent de BelRAI-output volgens hen. 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
  - Het DZOP als reflectie instrument
  - 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:
  - 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



## 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 onderverdeeld in verschillende thema's. De weergave van de resultaten is nagenoeg hetzelfde als in het onderzoeksrapport van 'EF20 Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan – vervolgonderzoek' doordat de dataverzameling en de data-analyse door de twee onderzoeksgroepen samen is uitgevoerd.

#### 1 Opleidingsdag één

We starten de eerste opleidingsdag met het schetsen van de twee projecten, 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 ook het concept DZOP verduidelijkt, wat het DZOP zal zijn en wat het DZOP zeker niet zal zijn. 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 (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, z.d.; Vandeurzen, 2019; Vermeire, z.d.). Het DZOP zal geen 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 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. Gedurende de opleidingsdag is er geregeld ruimte en tijd gelaten om met de deelnemers in discussie te gaan en om ervaringen te delen. We geven hieronder een samenvatting van deze gesprekken.

##### 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 daarom ook 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 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. De verschillende instrumenten vormen de basis voor een overleg, waarin alle informatie wordt samengebracht. 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 weer 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 een 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. Daarnaast kan er ook met de juiste tools en vragen steeds tot doelen gekomen worden, ook bij lage gezondheidsvaardigheden.

De deelnemers herkennen deze drempels en weerstand, 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 zo de doelstellingen samen 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 hulpverleners standaardzinnen kunnen gaan gebruiken. Gestandaardiseerde doelen kunnen op eender welke PZOV toegepast worden en zorgen ervoor dat initieel tijd bespaard wordt. De hulpverlener 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 hulpverlener en de PZOV. Het is belangrijk om hulpverleners 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, daar waar doelgerichte zorg nog nieuw voor hen is. 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. Met het sociaal supplement hebben ze nog geen ervaring. Een deelnemer uit de gezinszorg werkt voorlopig uitsluitend met BelRAI Screener, maar zal vanaf juni 2022 ook met het sociaal supplement aan de slag gaan. De andere deelnemers werken zowel met de Screener als met de andere BelRAI-instrumenten, voornamelijk met BelRAI HC. Binnen de zorgvernieuwingsprojecten en bij de inclusie in projecten of opnames wordt steeds een volledige BelRAI afgenomen. De BelRAI-resultaten vormen inclusiecriteria die bepalen of bepaalde zorg al dan niet kan worden opgestart. Voor het afnemen van BelRAI gebruiken de deelnemers de FOD-applicatie of Pyxicare.

De deelnemers halen aan dat het werken met BelRAI veel tijd vraagt, maar dat het vlotter en makkelijker 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 range aan scores verschilt tussen de schalen. De CAP's geven aan of er al dan niet een mogelijkheid is tot verbetering of achteruitgang (verder) 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 (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. Bij het vertalen van de gegevens naar zorgdoelen lopen veel hulpverleners vast. 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. 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 hulp en hoeveel hulp 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 bepalen van het toekennen zorgbudget en is het moeilijk de mindset te laten veranderen om de Screener ook doelgericht te gaan inzetten om de hoeveelheid hulp te bepalen (wat in se de eigenlijke functie van de BelRAI Screener is) of om het te gebruiken om de PZOV te ondersteunen in het formuleren van persoonlijke (levens)doelen. Dit roept momenteel veel weerstand op bij hulpverleners. De financiële koppeling brengt ook een zekere druk mee voor de hulpverleners, gezien de PZOV weet wat ervan afhangt wanneer een BelRAI Screener wordt afgenomen. De negatieve connotatie roept de vragen op hoe we

een hulpverlener moeten positioneren die een instrument afneemt waar financiering aan gekoppeld is en wat de plaats is of kan zijn van zo een instrument in een zorgplan.

### 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 mantelzorgers en het hele systeem rond de PZOV te betrekken. De drie deelnemers vertellen over multidisciplinaire overlegmomenten (MDO) met cliëntsystemen en de betrokken professionals waarbij BelRAI-resultaten besproken werden en met de PZOV afgestemd werd waaraan hij of zij graag wil werken, hoe hij of zij het ziet en wat voor hem of haar haalbaar is. De deelnemers hechten veel belang aan het bespreken van BelRAI resultaten met elkaar, maar drie deelnemers geven hierbij aan dat door besparingen en vernieuwingen dit soort overlegmomenten op minder regelmatige basis plaatsvinden. Een MDO vindt volgens een deelnemer niet standaard meer om de zes maanden plaats, maar gebeurt in hun werking alleen nog maar op aanvraag.

Bij het bespreken van BelRAI-resultaten, moet er aandacht zijn voor professionals die enkel de resultaten te zien krijgen zonder de BelRAI zelf in te vullen. Ook zij moeten voldoende kennis hebben van wat de resultaten betekenen om ze juist te interpreteren. De meerwaarde van een overleg is 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. Voor de deelnemers is doelgerichte zorg een nieuw concept dat voor hen aansluit bij zorg op maat. 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 voor doelgerichte zorg en andere instrumenten en methodieken is nog onduidelijk. Hierop spitst de tweede dag zich toe.

## **2 Reflectieopdracht één**

Ter voorbereiding van de tweede opleidingsdag geven we de deelnemers een opdracht mee. 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. Eveneens de PZOV ervaart het als een positief gesprek. 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 Home Care af bij de PZOV. Volgens twee deelnemers geeft de BelRAI-output (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

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 reflectieopdracht 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. 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

Het eerste deel van de tweede opleidingsdag gaat in op de ervaringen van de deelnemers in het voeren van een doelgericht gesprek. We gaan hierbij in op hun keuze voor een tool, of ze tot doelen zijn gekomen en of ze tot een ander gesprek zijn gekomen dan met BelRAI. Door de ervaringen te bespreken maken we ook een terugkoppeling naar de eerste dag en de theorie over doelgerichte zorg.

##### 3.1.1 Ervaringen met het doelgericht 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 'de samenspraakfiche'. De ervaringen van de deelnemers verschillen enigszins. 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. Deze deelnemer zorgt eerst voor een vertrouwensrelatie in het gesprek, door kennis te maken en gaandeweg over zorg te gaan praten. Pas op het einde van dit gesprek komt de tool 'mijn positieve gezondheid' aan bod.

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, wat maakt me blij en zingeving.

De deelnemer die gebruik maakt van de 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 nagedacht 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. De andere deelnemers geven eveneens aan dat het doelgerichte gesprek veel tijd vraagt, ook al kent men de PZOV reeds. Dit in combinatie met een BelRAI die ook reeds anderhalf uur van hun tijd in beslag neemt.

### 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 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 positieve gezondheid. We stellen ons de vraag wat een mogelijke reden hiertoe kan zijn. De deelnemers werken voornamelijk met ouderen. Voor ouderen mag een gesprek niet te lang duren en mag de tool ook niet te ingewikkeld zijn. De twee gebruikte tools sluiten hier het meest bij aan. Bij de andere tools bestaat de valkuil dat de tool door de mantelzorger ingevuld wordt, waardoor de PZOV minder aan bod komt. Zo lijkt de 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.

De tool positieve gezondheid omschrijven de deelnemers als een aantrekkelijk instrument, dat eenvoudig in gebruik en visueel aangenaam is voor de PZOV door de emoticons. Verder halen ze aan dat het een laagdrempelige tool is met een beperkt aantal eenvoudige vragen. Op het einde van elk thema dient de PZOV een cijfer te geven. Een laag cijfer geeft aan dat de PZOV op dit vlak minder tevreden is. Dit kan als input dienen om hierrond doelstellingen te formuleren.

De deelnemer die voor de 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 of zij 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 doelgerichte 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 de 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 nodig

te hebben. De BelRAI resultaten kunnen de doelen van de PZOV bevestigen en een bijkomende motivator zijn om hierrond te werken. Twee deelnemers geven aan door middel van het doelgerichte gesprek in combinatie met BelRAI sneller tot doelen te zijn gekomen. Een andere deelnemer geeft aan dat het doelgerichte gesprek de BelRAI completer maakt, dat het een aanvulling is. Het doelgerichte 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 met de PZOV doelen kunnen formuleren. Bij twee deelnemers heeft de PZOV zelf zijn doelen aangegeven. Bij de andere deelnemers was er een vorm van sturing nodig. Door aan te geven dat het doel kan zijn om de situatie te behouden zoals het is, bevestigt de deelnemer dit als doel. 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.

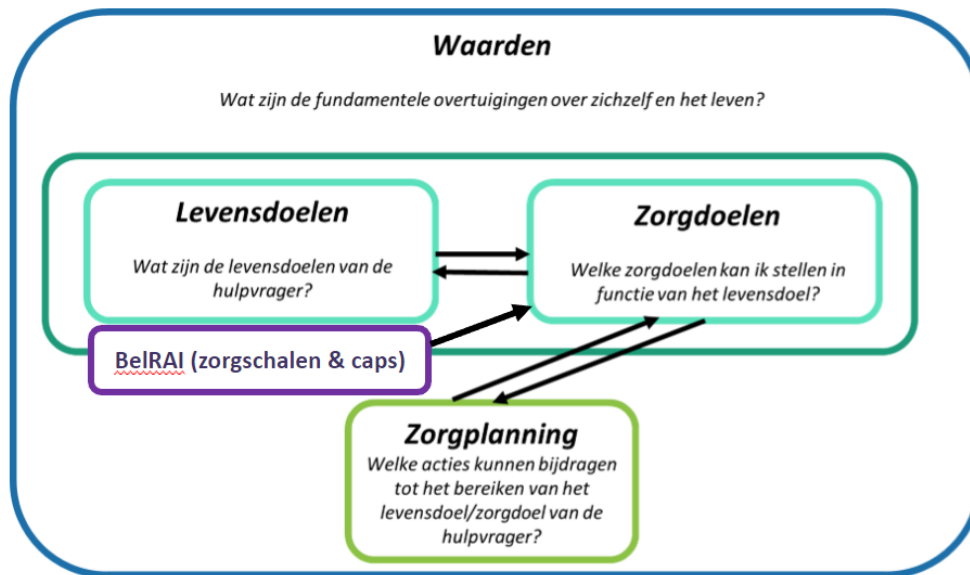
De geformuleerde doelen zijn zowel levensdoelen als concrete zorgdoelen. Enkele deelnemers geven aan dat er uit hun BelRAI-resultaten ook zaken komen zoals gebrek aan mantelzorg of stemmingsstoornissen. Dit zijn aspecten die de PZOV zelden zelf zal benoemen, maar wel een input bieden naar de zorgdoelen toe.

## 3.2 BelRAI

In het tweede deel van de opleidingsdag gaan we in op BelRAI en de plaats en rol van dit instrument in het doelgerichte zorgproces. We staan ook stil bij de workflow die hiermee gepaard gaat en bij 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 proces. Om dit in beeld te brengen tonen we het schema van het doelgerichte proces. Aan dit schema voegen we BelRAI toe, op basis van de ervaringen uit opleidingsdag één. Het resultaat is onderstaande figuur 4. BelRAI staat hier als instrument onder de levensdoelen met een enkele pijl naar de zorgdoelen.



Figuur 4 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. Zorgschalen en CAP's kunnen mogelijk helpen om levensdoelen te bepalen, in samenwerking met de hulpverlener. Het bespreken van de BelRAI-output geeft vaak vorm aan het gesprek dat de hulpverlener 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, dit instrument en het perspectief van de professional proberen we pas later in het proces in te brengen.

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 het proces visueel weer (Figuur 5).

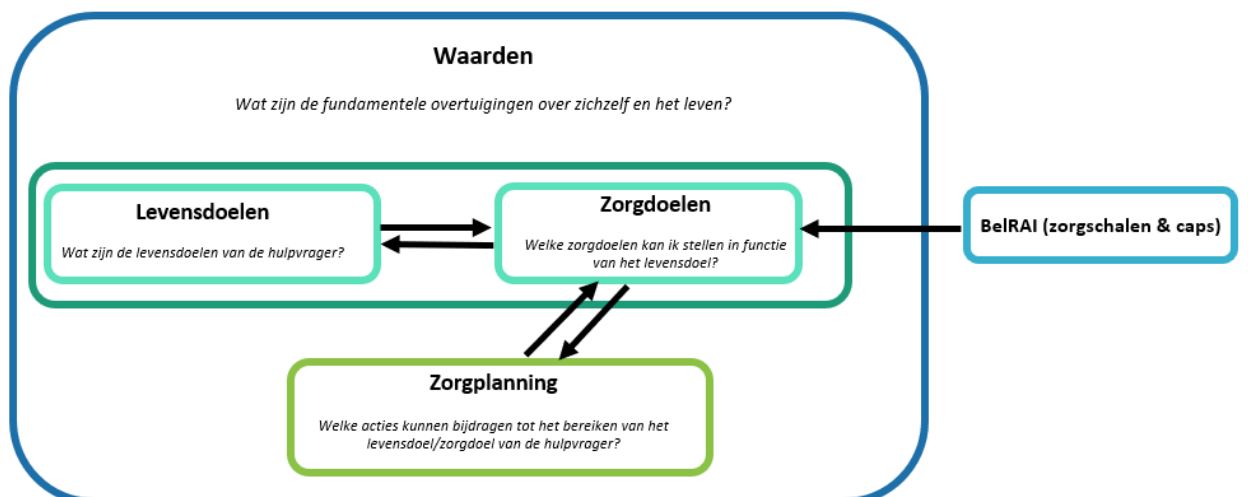




Figuur 5 Voorstel 2 Proces doelgerichte zorg met BelRAI

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 (zoals bij figuur 5) of buiten het kader (zoals onderstaande figuur 6) van de waarden situeert.



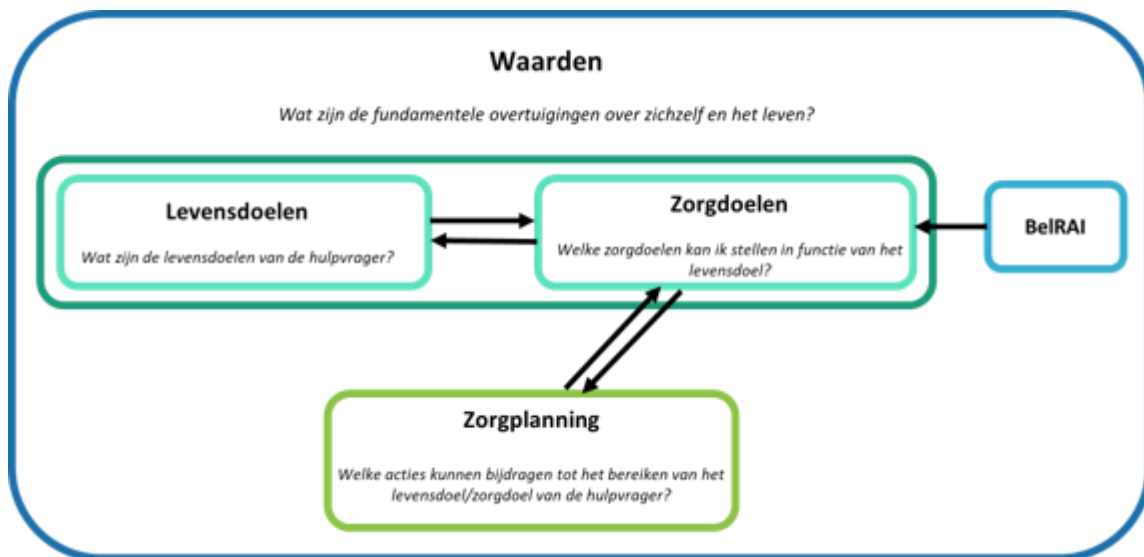
Figuur 6 Voorstel 3 Proces doelgerichte zorg met BelRAI

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 wrevel en discrepantie zorgen tussen wat je als zorgverlener zou willen scoren en wat je 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 of haar belangrijk is. Veel items in BelRAI zijn objectieve vaststellingen van de professionals, maar het is ook een klik die een hulpverlener moet maken om te kijken naar de zelfredzaamheid van een PZOV en wat hij of zij wil en belangrijk acht. 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 ze dan nog meer het subjectieve rond de items en de resultaten bevragen. 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 de afweging maken waaraan ze gaan werken en zetten dit om 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. We vatten dit samen in onderstaand schema (figuur 7).



Figuur 7 Finaal voorstel Proces doelgerichte zorg met BelRAI

### 3.2.2 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
- 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 na te denken. Op deze manier hebben beide partijen een duidelijk zicht en kunnen compromissen gesteld worden waar nodig om samen aan dezelfde doelstelling te werken.

Bovengenoemd voorstel van workflow toont nogmaals dat BelRAI het terrein en perspectief van de professional blijft, dat de hulpverlener best pas integreert op het moment dat men rond de zorgdoelen gaat werken. In het kader van DZOP is de integratie van de verschillende perspectieven (professional en persoonlijk) en de plaats van de verschillende instrumenten zoals BelRAI maar ook andere instrumenten zoals ziekte specifieke richtlijnen in heel het proces belangrijk om tot een werkbare workflow met het DZOP te komen.

### 3.2.3 De stap van het doelgerichte gesprek en 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 in doelen.

Twee deelnemers proberen uit te leggen 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 hij of zij gebruik maakt van het doelgerichte gesprek. 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 of zij ook niet voorbereid. De hulpverlener vertelt 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, waardoor het gesprek nu langs twee kanten komt. In de samenspraakfiche moeten de hulpverlener en de PZOV 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 legde BelRAI naast deze acties en zorgdoelen om ze te linken met CAP's en zorgschalen. Vaak komen de zorgdoelen geformuleerd in het gesprek ook naar voor in de BelRAI-output. Het zijn twee tools die volgens de deelnemer naast elkaar kunnen gebruikt worden en die aanvullende inzichten geven.

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 en tot concrete doelstellingen te komen. De voorstellen worden afgestemd op de wensen van de PZOV.

Dezelfde deelnemer geeft aan het soms niet eens te zijn met een CAP of dat de CAP ingaat tegen het doel of de wens van de PZOV. In de casus wenst de PZOV zelfstandig te blijven, maar geeft BelRAI aan dat er geen mogelijkheid is tot verbetering op ADL- en IADL vlak door een beperkte cognitie. De deelnemer is het hier als ergotherapeut niet mee eens gezien er wel nog mogelijkheden zijn om IADL taken aan te leren. Een andere deelnemer haalt aan dat een niet geactiveerde CAP niet wil zeggen dat je hier niet rond kunt werken. Een hulpverlener of een team dient steeds naar alle CAP's te kijken, zowel de actieve als niet actieve CAP's, en dan in gesprek met de PZOV na te gaan waarrond hij of zij wenst te werken. Als de PZOV een probleem ervaart of aan een niet geactiveerde CAP wil werken dan is dat mogelijk.

### 3.2.4 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 uitleg krijgt 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 de scores zijn op de schalen en welke CAP's zijn geactiveerd en niet geactiveerd en waarom. De professional die de PDF met de PZOV bespreekt moet goed 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://belraiwiki.belgium.be)). Twee deelnemers die werken binnen een project ontwikkelden een CAP's woordenboek als ondersteuning, waarbij bij elke CAP uitleg wordt gegeven. Ook al hebben de deelnemers heel wat ervaring en kunnen ze de BelRAI resultaten interpreteren en omzetten in doelen, toch hebben ze baat 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.

Tot slot merkt een deelnemer op dat hoe een hulpverlener de BelRAI resultaten interpreteert, ook afhangt van zijn of haar vooropleiding. Elke hulpverlener heeft een eigen insteek als persoon, door ervaring maar ook door de vooropleiding. Een ergotherapeut zal bijvoorbeeld meer kijken naar de sterktes van de PZOV en wat hij of zij nog kan terwijl een verpleegkundige meer zal kijken naar wat de problemen zijn. Een andere deelnemer vindt dit juist een meerwaarde. Hoe meer een hulpverlener werkt met BelRAI des te breder gaat deze kijken omdat hij of zij leert wat andere disciplines doen en kunnen, aldus de deelnemer. Dit is het multidisciplinaire leren van elkaar doordat de resultaten van BelRAI naar de mogelijkheden van de verschillende disciplines kijkt voor een oplossing.

### 3.2.5 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, waarbij het invullen en de antwoordmogelijkheden hetzelfde zijn als bij een volledige BelRAI. Toch verschilt de Screener op vlak van output. De Screener geeft een totaalscore maar geeft geen CAP's of zorgschalen. De Screener kan gezien worden als een instrument dat een indicatie geeft, een eerste beeld van de PZOV. De Screener geeft ook aan of er een volledige BelRAI afname nodig is. 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. De vraag stelt zich onder andere ook omdat de thuiszorg sector in de huidige omstandigheden nog te veel focust op het gebruik van de Screener voor het verkrijgen van een zorgbudget en de output enkel hiervoor wordt geïnterpreteerd.

De BelRAI Screener is, net als zijn voorganger de Bel profiel schaal, een nieuw instrument in de thuiszorg en zorgt met de koppeling aan het zorgbudget voor een gewrongen positie van de hulpverlener. De hulpverlener neemt twee rollen op. Enerzijds is de hulpverlener aanwezig om de zorgplanning te bespreken of de thuiszorg op te starten, wat een vertrouwensband vraagt. Anderzijds is de persoon aanwezig om een recht al dan niet toe te kennen. Als at recht niet wordt toegekend bestaat de kans dat de vertrouwensrelatie wordt verbroken. Dit kan er volgens een deelnemer voor zorgen dat een PZOV zich slechter gaat voordoen om toch het recht toegekend te krijgen, wat nadelig is voor de zorgplanning omdat het geen match zal vormen met de PZOV. De vraag stelt zich of de PZOV de professional in dit opzicht dan gaat zien als iemand die iets toekent of wegneemt. Volgens de deelnemer is dit afhankelijk van situatie tot situatie. De ene PZOV is al meer gefixeerd op het zorgbudget dan de andere. Als hulpverlener wil je graag naast de PZOV staan, door de Screener af te nemen in functie van het zorgbudget komt deze positie in het gedrang en lijkt het soms dat de hulpverlener tegenover de PZOV staat en oordeelt. In hoofdzaak blijft de taak van de professional de zorgplanning en moet hij deze twee rollen kunnen opnemen. Volgens een andere deelnemer is BelRAI niet het juiste instrument om financiële gevolgen aan te koppelen. De Screener lijkt volgens hem of haar ook te beperkt om hiervoor als basis te dienen, al is een volledige BelRAI afnemen bij elke PZOV ook niet haalbaar. Doordat de Screener nieuw is verlopen de gesprekken ook nog stroef en komen de hulpverleners directer over, omdat ze nog niet goed weten welke vragen ze moeten stellen. De deelnemer werkzaam in de gezinszorg heeft er vertrouwen in dat dit na verloop van tijd zal vlotter zal verlopen.

### 3.2.6 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. Hetzelfde geldt voor mantelzorgers. Voor hulpverleners kan er een vormingsmoment komen rond het vertalen van BelRAI-resultaten. Maar ook voor hen lijkt een aanpassing van het PDF-document met de resultaten aangewezen volgens de deelnemers. Op dit moment geeft de PDF uitleg, maar is dit volgens twee deelnemers onvoldoende duidelijk voor hulpverleners die er niet dagelijks mee werken. Zo kan er bij elke schaal of CAP vermeld worden wat de score is en wat alle mogelijke andere scores zijn (dit gebeurt nu niet overal). Een deelnemer geeft aan dat de FOD die werkt rond zorgplanning, ook werkt aan een model om BelRAI te vertalen. In dit model is er bij elke CAP uitleg over de betekenis en kan er individueel per PZOV aangeduid worden op welke vlakken onder de CAP er zich problemen situeren.

### **3.3 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 en voor een verruiming inzake thema's zoals zingeving 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 te gebeuren en vraagt een zekere intermenselijke interactie. Dit bevestigt nogmaals dat BelRAI zelf geen zorgdoelen aangeeft, maar input voorziet waar een hulpverlener verder mee aan de slag moet. 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 en of de doelen impliciet of expliciet uit het gesprek kwamen. 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 of haar 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 hulpverlener in gedachten heeft. Drie deelnemers geven aan dat er enkele verschillen zijn tussen de zorgdoelen van de PZOV en deze van de hulpverlener. Soms kan dit verschil zitten in de details, zo is er bij een deelnemer een gelijkaardig zorgdoel maar gaat het zorgdoel van de hulpverlener reeds verder in op de middelen die ervoor nodig zijn en de acties die hierop kunnen volgen. 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 PZOV die met behulp van een tool voorbereidingen maken 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

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 op de achtergrond voor de PZOV belangrijk is en zijn keuzes mee zal leiden.



## 4.2 BelRAI

BelRAI gebruiken binnen doelgerichte zorg heeft volgens de deelnemers een meerwaarde op verschillende aspecten. BelRAI ondersteunt het formuleren van zorgdoelen. De BelRAI output helpt bij het formuleren van zorgdoelen doordat de output enerzijds zicht geeft op het functioneren en de risico's door middel van de zorgschalen en 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 of haar 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. Tot slot vormt BelRAI een meerwaarde, doordat een PZOV enkel kijkt naar hoe zijn situatie op dit moment is en hoe het nu gaat en heeft een PZOV geen zicht op of kennis over de mogelijke risico's die hij loopt. BelRAI brengt dit wel in kaart en de hulpverlener kan hierop ingaan tijdens een gesprek.

## 4.3 DZOP

We vroegen aan de deelnemers respectievelijk welke elementen ze uit het doelgerichte proces en uit BelRAI wensen op te nemen in het DZOP en hoe ze dit gepresenteerd willen zien. Hieronder geven we een puntsgewijze opsomming van de elementen die de deelnemers benoemden in de opdracht weer.

### *BelRAI*

- De CAP's, met een nadruk op de sterktes van de PZOV en niet enkel op de zwaktes.
- De evolutie van de PZOV ivm vorige BelRAI afnames.
- Een eenvoudige, visuele weergave van de BelRAI-resultaten in een heldere taal.
- Het PDF-document met de resultaten moet duidelijker. Het zou meer informatief mogen zijn.
- 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.

### *Doelgerichte zorg/proces*

- De BelRAI-output en items die verder te bevragen zijn bij de PZOV om zijn wensen in kaart te brengen hierrond.
- 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.

## 5 Opleidingsdag drie: de focusgroep

De derde opleidingsdag starten we met drie presentaties over onderzoeken rond 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 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 journaalfunctie, 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. Tijdens de derde opleidingsdag gaan de deelnemers ook in op de registratie van informatie in het DZOP, de communicatiemogelijkheden en de visualisatie van het DZOP. Een overzicht van deze discussie kan u terugvinden in het rapport 'EF20 - Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan – vervolgonderzoek' onder het hoofdstuk Resultaten, opleidingsdag drie.

### 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 als 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. Het is niet dat documenten die nu niet gedeeld worden informatie bevatten die de PZOV niet mag zien, maar de terminologie is vaak anders. Zorgaanbieders staan hiervoor 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, tenzij de PZOV dit uitdrukkelijk vermeldt. Deze zaken kunnen echter ook relevant zijn voor het zorgtraject.

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 geregistreeerde 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.

## 5.3 BelRAI als ondersteuning in het DZOP

De deelnemers zijn het erover eens dat in het DZOP de PDF met resultaten (BelRAI HC) of de totaalscores van de Screener worden opgenomen en niet het volledige BelRAI assessment. Dit wil evenwel zeggen dat iedereen die de PDF raadpleegt deze moet kunnen interpreteren. Daarnaast geven de deelnemers aan dat de resultaten in de PDF meer gestructureerd moeten zijn, vaak staan CAP's en schalen door elkaar en ook visueel zou het eenvoudiger kunnen. 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 FOD volop 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 triggers of 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. Voorlopig werken de deelnemers binnen hun werking zowel met de BelRAI-resultaten PDF waarop alles vermeld staat en steeds met een document waarin enkel de CAP's en zorgschalen opgenomen zijn waarrond ze met de PZOV werken. In dit document kan een hulpverlener ook aangeven dat (tijdelijk) niet rond een CAP of zorgschaal gewerkt wordt wanneer de PZOV aangeeft hier niet langer rond te willen werken.

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, maar voor PZOV en zelfs zorgaanbieders zonder BelRAI ervaring is dit te complex geformuleerd. Anderzijds dient een hulpverlener hiermee te kunnen werken en te weten waar te zoeken. Bij een wiki bestaat de valkuil dat de professionals die met BelRAI werken hun eigen manier van denken en werken proberen op te leggen. Andere hulpverleners uit andere groepen zoals de zorg voor personen met een handicap of de jeugdzorg zullen ook hun tools en terminologie hebben en we willen niet komen tot een DZOP dat naar verschillende wiki's verwijst.

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 gesprek.

### **5.4 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. Het is nog onduidelijk wat er juist allemaal gedeeld en geregistreerd moet worden om deze reflectie te ondersteunen. 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, de mogelijkheid om met professionals in dialoog te gaan. Het gaat om een platform dat de PZOV betreft en waar we samen kunnen communiceren.

## Hoofdstuk 5

### Discussie

In de discussie bieden we een antwoord op de verschillende onderzoeksvragen en staan we stil bij de beperkingen van het onderzoek.

#### 1 Antwoord op de onderzoeksvragen

##### 1.1 Welke BelRAI-output moet opgenomen worden in DZOP?

Uit het onderzoek blijkt dat de CAP's en zorgschalen, die voortvloeien uit algoritmes na het invullen van de BelRAI, de gewenste output zijn om op te nemen in het DZOP. De zorgschalen geven een overzicht van het functioneren van de PZOV en de risico's die hij of zij loopt. Daarnaast kunnen de zorgschalen helpen bij het bepalen van prioriteiten gezien het aangeeft waar de PZOV reeds problemen ervaart. De CAP's geven aan waar er mogelijkheden tot verbetering zijn of waar (verdere) achteruitgang kan tegengegaan worden, en wanneer er geen verbetering meer mogelijk is. Het zijn een soort alarmpjes die aangeven waar een hulpverlener kan op inzetten. De twee soorten resultaten vullen elkaar aan en zijn beiden nodig om zorgdoelen te formuleren. Door de twee te combineren bekomt de hulpverlener een globaal beeld van de PZOV en kan bij opvolging met BelRAI een evolutie aantonen (BelRAI, 2019; Hirdes et al., 2011).

Het is belangrijk dat de professional steeds samen met de PZOV de BelRAI-output overloopt om te kijken waaraan de PZOV wenst te werken. Hierbij overlopen ze samen alle zorgschalen en CAP's, ook de CAP's die niet geactiveerd zijn. Daarnaast geven de BelRAI-resultaten informatie over (gezondheid)aspecten, bijvoorbeeld stemmingsstoornissen, waar de PZOV zelf geen kennis of zicht op heeft of die hij of zij zelf niet zal benoemen. Het kan een meerwaarde zijn om dit te bespreken met de PZOV, zonder evenwel het professionele referentiekader op te leggen en de PZOV de keuze te laten hier al dan niet rond te gaan werken. Vervolgens worden dan de CAP's en zorgschalen waaraan de PZOV wilt werken verder meegenomen in een overleg om zorgdoelen te bepalen.

Tot slot is de BelRAI-output van de Screener verschillend van de BelRAI-output van andere BelRAI-assessments. Zo geeft de Screener geen CAP's en zorgschalen, maar een totaalscore op elk van de vijf thema's van functioneren dat het bevroegt. Via deze output geeft de Screener een eerste beeld van de PZOV, al is het beperkter dan het beeld dat een uitgebreide BelRAI geeft. Er werkte maar een van onze deelnemers veelvuldig met de Screener. Hierdoor is het onvoldoende duidelijk in welke mate de output van de Screener bijdraagt en ondersteuning biedt bij het formuleren van zorgdoelen en kunnen we hier geen verdere uitspraken over doen. Het is evenwel belangrijk dit na te gaan gezien er een groot doelpubliek, namelijk de thuis- en gezinszorg, voorlopig enkel met de Screener zullen werken.

## **1.2 Hoe kan die output worden gebruikt om het formuleren van zorgdoelen te ondersteunen? Hoe kunnen we de gegevens van BelRAI zo goed, handig en duidelijk mogelijk visueel voorstellen?**

Het doel van BelRAI is om de noden en het functioneren van de PZOV in kaart te brengen doormiddel van CAP's en zorgschalen en met deze output in gesprek te gaan met de PZOV om samen een zorgplan met individuele zorgdoelen op te stellen. De zorgdoelen komen dus niet uit BelRAI zelf. Het zijn de CAP's en zorgschalen die input geven en de hulpverlener ondersteunen om samen de wensen en behoeften te bespreken en gaandeweg tot zorgdoelen te komen (BelRAI 2019; Declercq, 2019; Freeman et al., 2014; interRAI, 2021; Lambert et al., 2018, 2018a, 2018b; Moors & Declercq, 2019; Neyens & Declercq, 2018; Van Eenoo et al., 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021; Vanlinthout & Declercq, 2021; Van Regenmortel et al., 2018, 2020; Vermeulen et al., 2015).

De BelRAI-resultaten zijn gecodeerd en algemeen geformuleerd. De professional dient een vertaalslag te maken van de resultaten naar de taal van het zorgteam en de PZOV om de stap te zetten naar zorgdoelen. 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. De BelRAI-wiki van de FOD kan hierbij een hulpmiddel vormen. 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.

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. Om te komen tot zorgdoelen is bovendien 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. De gecombineerde aanpak leidt ertoe dat de zorgdoelen twee perspectieven samenbrengt, namelijk het perspectief van de PZOV (levensdoelen + doelgerichte gesprek) en het perspectief van de professional (BelRAI).

Gezien BelRAI-resultaten een ondersteuning bieden om zorgdoelen te formuleren, moeten de BelRAI-resultaten in het DZOP naar voren komen. Uit het onderzoek komen drie voorstellen naar voren. Het eerste voorstel is om de PDF met resultaten die BelRAI genereert (CAP's, zorgschalen of de totaalscores bij de Screener) op te nemen in het DZOP. Deze PDF zou evenwel toe zijn aan een meer gestructureerde, vereenvoudigde en visueel aantrekkelijkere weergave. In de huidige PDF staan CAP's en zorgschalen door elkaar en hanteert de PDF moeilijke terminologie. Een mogelijke oplossing biedt het document dat de FOD momenteel ontwikkeld. Dit document geeft meer omkadering aan de BelRAI-output, geeft per

CAP en zorgschaal uitleg en biedt de mogelijkheid individueel per PZOV aan te duiden welke triggers van toepassing zijn. Een tweede voorstel is om een document op te stellen waarin enkel de CAP's en zorgschalen zijn opgesomd waarmee in de zorgdoelen en het zorgplan aan de slag gegaan wordt. Een derde voorstel is om naast de PDF of het document te verwijzen naar de BelRAI-wiki als ondersteuning. De BelRAI-wiki geeft definities en informatie over BelRAI, al dient een professional ook hier te weten hoe hij of zij ermee kan werken. Daarnaast brengt de verwijzing naar een wiki de valkuil mee dat een professional zijn manier van denken en werken probeert op te leggen. Daarnaast zullen ook andere groepen, bijvoorbeeld de jeugdzorg of de gehandicaptenzorg hun eigen terminologie en tools hebben.

We willen voorkomen dat het DZOP een pure doorverwijzing naar wiki's wordt. Een wiki is meer een hulpmiddel dat een professional in de achtergrond gebruikt, bij het maken van zijn vertaling en heeft eigenlijk geen plaats in een DZOP. In het DZOP kunnen beter de documenten gehanteerd worden die reeds de vertaling hebben gemaakt. Vanuit deze visie krijgt het tweede voorstel, een document met opsomming van de CAP's en zorgschalen waarrond de PZOV wenst te werken, die gelinkt zijn aan de zorgdoelen en het zorgplan, de voorkeur.

### **1.3 Hoe kan de workflow van een zorgteam eruitzien om van het formuleren van levensdoelen en het bekijken van de BelRAI-output te komen tot operationele zorgdoelstellingen op de korte en de langere termijn? Kan een BelRAI inschaling een richtinggevend startpunt zijn voor interdisciplinaire samenwerking? Kunnen zorgdoelen per doelgebied (beroepsgroep/mantelzorg/...) aangeleverd worden?**

In de literatuur werkten Parson en Parson (2012) een mogelijke workflow uit om met behulp van BelRAI-data doelen te formuleren. Zij gebruiken CAP's en zorgschalen om zowel levensdoelen als zorgdoelen te identificeren en in samenspraak te formuleren (Parson & Parson, 2012; Parson et al., 2011). Deze workflow vormt een mooie aanzet, maar sluit niet aan bij de visie op doelgerichte zorg. In hun voorstel is BelRAI prioritair en focust het te veel op het terrein van de professional. Het gaat hiermee voorbij aan wat de PZOV wil en brengt de valkuil mee dat het professionele referentiekader wordt omgevormd tot levensdoelen van de PZOV. Doelgerichte zorg wenst juist de PZOV en zijn levensdoelen centraal te stellen. De levensdoelen moeten het terrein van de PZOV blijven, zonder enige inmenging van de professional.

Door het doelgericht gesprek en BelRAI een plek te geven in het DZOP, krijgt zowel de PZOV als de zorgaanbieder een stem bij het uitwerken van het zorgproces. In het DZOP is BelRAI ondersteunend aan doelgerichte zorg om de zorgdoelen te formuleren.

In dit onderzoek komen we tot de volgende workflow (Figuur 8):

- Het verhelderen van de levensdoelen via een doelgericht gesprek waarbij tools of sleutelvragen worden gebruikt. Dit gesprek staat los van de BelRAI afname.
- 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. Het samen formuleren van zorgdoelen en het bespreken

van resultaten leunt aan bij shared decision making. Er bestaan heel wat modellen om in gesprek te gaan en samen tot doelen te komen, waarbij er ook aandacht is voor PZOV die niet mee willen beslissen. Hiervoor verwijzen we graag naar onder andere de volgende artikels over shared decision making: Goosens, Sevenants, Declercq & Van Audenhove, 2019; 2020; Ampe, Sevenants, Smets, Declercq & Van Audenhove, 2017.

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



Figuur 8 De workflow doelgerichte zorg met BelRAI

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 of omgeving en het zorgteam creatief na te denken over doelen. In dit overleg of in navolging stemmen de hulpverleners af wie rond welk doel zal werken. Het is belangrijk om bij deze overleggen steeds de PZOV en zijn mantelzorgers of omgeving te betrekken. De workflow en het DZOP kunnen dit overleg faciliteren.



#### **1.4 Welke BelRAI instrumenten zijn momenteel klaar om in een pilootopstelling te gebruiken?**

Zowel in dit onderzoek als in het voorgaande onderzoeksproject werd duidelijk dat het niet evident is om vanuit een wit blad een DZOP vorm te geven. Het is vaak moeilijk te bevatten wat het DZOP zal zijn en hoe het in zijn werk zal gaan. Een pilootopstelling met reeds basisgegevens kan bevorderend zijn om meer zicht te krijgen op waar zowel professionals als PZOV nood aan hebben.

Nog niet alle BelRAI-instrumenten voor alle doelgroepen zijn al breed geïmplementeerd. De implementatie verloopt immers stapsgewijs. Voor een pilootopstelling kunnen volgende BelRAI-assessments gebruikt worden: BelRAI LTCF en BelRAI HC (vanaf juni 2023). Gezien de positionering en bijdrage van de Screener nog onvoldoende duidelijk is, kan het nuttig zijn hier verder onderzoek naar te doen in pilootopstellingen van het DZOP. Het sociaal supplement kan helpen om de context van de PZOV in kaart te brengen en helpt hulpverleners om ook aandacht te hebben voor de mantelzorg in de zorgplanning.

## **2 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 inzake het bevragen van hun houding, mening en ideeën over het DZOP 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. Mantelzorgers kunnen er net zoals de PZOV baat bij 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 een 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. 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 draagvalk 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.

## Hoofdstuk 6

### Aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek laten ons toe verschillende aanbevelingen te formuleren. Eerst komen de aanbevelingen aangaande het concept van het DZOP aan bod die betrekking hebben op BelRAI. Aanbevelingen met betrekking tot doelgerichte zorg en de invulling van de componenten van het DZOP worden weergegeven in het onderzoeksrapport 'EF20 Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan – vervolgonderzoek'. Er wordt afgesloten met aanbevelingen met betrekking tot vervolgonderzoek.

#### 1 Aanbevelingen voor de opbouw van het DZOP

##### **Aanbeveling 1: 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 vanuit de verwachtingen en wensen van de professional en dat 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 het risico dat het eigen professionele referentiekader wordt vertaald naar levensdoelen van de PZOV. Hierbij dient de hulpverlener er ook alert voor te zijn dat hij het waardenkader van de PZOV te respecteert en geen waarden voor de PZOV invult.

##### **Aanbeveling 2: 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 ter voorbereiding van de bespreking van de BelRAI-resultaten in het team of 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 van de levensdoelen en de BelRAI-resultaten naar de zorgdoelen 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 gedeelde terrein tussen sectoren zal ertoe bijdragen dat een context ontstaat waarbinnen professionals uit verschillende sectoren, met verschillende achtergronden, perspectieven en andere data/output de ruimte hebben om te reflecteren over levensdoelen, zorgdoelen en waarden.

### **Aanbeveling 3: 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. 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 uploaden van de PDF met 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.

## **2 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 met in het bijzonder aandacht voor welzijnswerkers. Elke sector zal zijn eigen instrumenten en perspectieven meebrengen en er kunnen sectorspecifieke vereisten zijn voor het DZOP. Zorg ervoor dat de verschillende visies in beeld gebracht worden om uiteindelijk 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 naar 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 en collega's (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, haalbaarheid voor de diverse PZOV om aan de slag te gaan met een digitale tool (of wat zij hiervoor nodig hebben om digitale geletterdheid aan te leren), hoe en wat zij willen delen met professionals, in welke mate en hoe zij hun doelen wensen gepresenteerd te zien en dergelijke meer.

Ook de mantelzorger werd niet betrokken in deze fase van het onderzoek. Mantelzorgers kunnen er net zoals de PZOV baat bij hebben om betrokken te worden bij de zorgplanning, de ontwikkeling van het DZOP en verder onderzoek. Mogelijk kan het DZOP een luik voorzien voor de mantelzorgers, waarbij de BelRAI assessments voor mantelzorgers die volop in ontwikkeling zijn ook een bijdrage kunnen leveren.



## 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. Om dit te verwezenlijken organiseerden we een training doelgerichte zorg met integratie van BelRAI. Deze training gaf ons waardevolle informatie over hoe de dwarsverbinding te maken.

In het proces van doelgerichte zorg en in het DZOP neemt BelRAI een ondersteunde rol in. Hierbij is niet enkel de output die BelRAI genereert (CAP's en zorgschalen) van belang, maar juist hetgeen wat de professional hiermee doet. Om de omslag van levensdoelen naar operationele zorgdoelen te maken dient de professional enerzijds input te gebruiken uit de levensdoelen en anderzijds de BelRAI-output te vertalen. Deze vertaling gebeurt steeds in overleg met de PZOV. Het is de PZOV die bepaalt waaraan hij wel of niet wil werken en enkel deze CAP's en zorgschalen worden opgenomen in het DZOP. BelRAI en dus hierbij ook het perspectief van de hulpverlener wordt pas ingebracht op het moment dat zorgdoelen worden geformuleerd. Onderstaande figuur geeft dit weer.



Figuur 9 Workflow doelgerichte zorg met 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 kunnen zijn. De levensdoelen zijn het terrein en perspectief van de PZOV. De hulpverlener kan door middel van een doelgericht gesprek bijdragen aan het verhelderen 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 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.



## Bibliografie

Adams, N., & Grieder, D. M. (2014). *Treatment Planning for Person-Centred Care: Shared Decision Making for Whole Health*. Londen: Elsevier Inc.

Agentschap Zorg & Gezondheid (2017). Conferentie eerstelijnszorg: reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. Gedeeld Digitaal Zorg- en Ondersteuningsplan binnen de eerste lijn en hoe we daar tezamen via een digitale revolutie naartoe gaan. [Presentatie]. Geraadpleegd op 5 juli 2021 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Parallelsessie%20Gegevensdeling.pdf>

Agentschap Zorg & Gezondheid (z.d.). Buisness Analyse Digitaal Zorg & Ondersteuningsplan (werktitel).

Ampe, S. Sevenants, A., Smets, T., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2017). Advance care planning for nursing home residents with dementia: Influence of 'we DECide' on policy and practice. *Patient Education and Counseling*, *100*(1), 139-146. doi: 10.1016/j.pec.2016.08.010.

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. Geraadpleegd op 12 april 2021 via <https://belrai.org/nl>

BelRAI (2019). Clinical Assessment Protocols CAP's. Geraadpleegd op 21 oktober 2021 via <https://belraiwiki.health.belgium.be/nl/Wiki.jsp?page=CAP'S>

BelRAI (2019). Zorgschalen (Scales). Geraadpleegd op 21 oktober 2021 via <https://belraiwiki.health.belgium.be/nl/Wiki.jsp?page=Schalen>

Berntsen, G., Gammon, D., Steinsbekk, A., Salamonsen, A., Foss, N., Ruland, C., & Fønnebø, V. (2015). How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open*, *5*(12), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009403>

Beverly, E. A. (2008). *Incorporating comorbidity, values and preferences into clinical care guidelines designed for older adults living with type 2 diabetes* (Issue August).

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.2016.6.64Health>

Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., & Blumenthal, D. (2011). The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health affairs (Project Hope)*, *30*(3), 464-471. DOI:10.1377/hlthaff.2011.0178

Cifuentes, M., Davis, M., Fernald, D., Gunn, R., Dickinson, P., & Cohen, D. J. (2015). Electronic Health Record Challenges, Workarounds, and Solutions Observed in Practices Integrating Behavioral Health and Primary Care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *28*(1), S63-S72. doi: 10.3122/jabfm.2015.S1.150133

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*. Geraadpleegd op 12 april 2021 via <https://sociaal.net/achtergrond/belrai-computergestuurde-zorgplanning/>

Decreet 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming, BS 17 augustus 2018, 65.011

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

Dörfler, E., & Kulnik, S. T. (2020). Despite communication and cognitive impairment – person-centred goal-setting after stroke: a qualitative study. *Disability and rehabilitation, 42*(25), 3628-3637. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1604821>

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. *Evidence Report/Technology Assessment, 206*, 1–1531. <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 (CAP's). *BMC Palliative Care, 13*(58).

Goosens, B., Sevenants, A., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2020). Improving shared decision-making in advance care planning: Implementation of a cluster randomized staff intervention in dementia care. *Patient Education and Counseling, 103*(4), 839-847. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.11.024>

Goosens, B., Sevenants, A., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2019). We DECide optimized' - training nursing home staff in shared decision-making skills for advance care planning conversations in dementia care: protocol of a pretest-posttest cluster randomized trial. *BMC Geriatrics, 19*(1). DOI: 10.1186/s12877-019-1044-z

Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Mathias, K., Perlman, C. M., Saarela, T., Kolbeinsson, H., ... Szczerbinska, K. (2011). interRAI Mental Health Clinical Assessment Protocols (CAP's) for Use with Community and Hospital-Based Mental Health Assessment Instruments. Version 9.1. Washington, DC: interRAI.

interRAI (2021). *Instruments*. Geraadpleegd op 14 oktober 2021 via <https://www.interrai.org/instruments/>

Jie Mein, G., Guodong, G., & Agarwal, R. (2011). Evolution Work Routines: Adaptive Routine Information Technology in Healthcare. *Information systems research, 22*(3), 565-585.

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), 741–749. <https://doi.org/10.7326/M13-1798>

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. (2018a). Protocol 3 - Geïntegreerd samenvattend rapport. RIZIV.

- 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. (2018b). Aanbevelingen in verband met de verderzetting van interventies op basis van de evaluatie van projecten in Protocol 3.
- Lambert, A. -S., Declercq, A., De Almeida Mello, J., Cès, S., & Macq, J. (2018). Protocole 3 - Report on quantitative analysis. RIZIV.
- Lavens, H., Boeckxstaens, P., & Van de Velde, D. (z.d.). Pilotproject: geïntegreerd zorgmodel bij de thuiswonende oudere met multiple chronische aandoeningen. Welke zorgdoelen stellen patiënten en leiden die zorgdoelen tot besluitvorming in multidisciplinair overleg en multimorbiditeitskrans? Een kwalitatieve analyse. UGent. [Thesis].
- 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. *Medical Care*, 53(7), 561-563.
- Moerenhout, T., Devisch, I., Cooreman, L., Bernaerdt, 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. [Intern document LUCAS]
- Moors, E., & Declercq, A., (2019). *Ontwikkelen van afkappunten in BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (vroeger THAB genoemd)*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Morris, J.N., Fries, B., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, I., Gilgen, R., DuPasquier, J.N., Frijters, D., Henrad, J.C., Hirdes, J., Belleville-Taylor, P., Berg, K., Björkgren, M., Gray, L., Hawes, C., Ljunggren, G., Nonemaker, S., Phillips, C.D., & Zimmerman, D. (2009a). interRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual. Version 9.1. Washington, DC: interRAI.
- Morris, J. N., Berg, K., Björkgren, M., Finne-Soveri, H., Fries, B. E., Frijters, D., Gilgen, R., Gray, L., Hawes, C., Henrad, J., Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Nonemaker, S., Steel, K., & Szczerbinska, K. (2010). interRAI Clinical Assessment Protocols (CAP's). For Use with Community and Long-Term Care Assessment Instruments. Version 9.1. DC: interRAI.
- 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., Martin, L. A., Moye, J., & Karel, M. J. (2016). Health Values and Treatment Goals of Older, Multimorbid Adults Facing Life-Threatening Illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3), 625–631. <https://doi.org/10.1111/jgs.14027>
- Neyens, I., Declercq, A. (2018). *Ontwikkeling van een BelRAI Screener instrument voor kinderen*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

- 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*. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01081.x
- Parsons, J., Rouse, P., Robinson, E.M., Sheridan, N., & Connolly, M. J. (2011). Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? *Age and Ageing*; 41, 24-29. doi: 10.1093/ageing/afr118
- Reuben, D. B., & Tinetti, M. E. (2012). Goal-Oriented Patient Care – An Alternative Health Outcomes Paradigm. *The New England Journal of Medicine*, 366(9).
- Poté, J., Boeckxstaens, P., & Piessens, V. (2019). Exploratie van zorgdoelen bij patiënten in ‘begeleid wonen’: een participatief actieonderzoek. UGent. [Thesis].
- 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. (2019). Goal planning in person-centred care supports older adults receiving case management to attain their health-related goals. *Disability and Rehabilitation*. DOI: 10.1080/09638288.2019.1672813
- Stanhope, V., Ingoglia, S., Schmelter, B., & Marcus, S. C. (2013). Impact of Person-Centered Planning and Collaborative Documentation on Treatment Adherence. *Psychiatric services*, 64(1).
- 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., Wodchis, W. P., Upshur, R., Cott, C., McKinstry, B., Mercer, S., Palen, T. E., Ramsay, T., & Thavorn, K. (2016a). 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>
- Steele Gray, C., Gill, A., Khan, A. I., Hans, P. K., Kuluski, K., & Cott, C. (2016b). 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>
- Taelman, B., & Longin, S. (2021, 30 november). Digitaal zorg- en ondersteuningsplatform. [PowerPoint].
- Tange, H., Nagykalai, Z., & De Maeseneer, J. (2017). Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches. *European Journal of General Practice*, 23(1), 257–260. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1374367>
- Tahsin F, Tracy S, Chau E, et al. (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. *Digit Heal*, 7. doi:10.1177/20552076211045579
- Vandeuren, J. (2019). *Naar een e-zorgzaam Vlaanderen. Actieplan 2014-2019. Statusrapport maart 2019*. Vlaamse Regering. [Beleidsdocument].

- 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, Ch. (2017). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van de interRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Horebeek, H., de Cuyper, K., Habets, P., Van Eenoo, L., Jeandarme, I., Declercq, A., & Van Audenhove, Ch. (2019). *Tussentijds rapport BelRAI GGZ-studies: Resultaten van een participatief traject ter voorbereiding van de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-pilootstudie*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Horebeek, H., Habets, P., de Cuyper, K., Hermans, K., Schouten, B., Van Eenoo, L., Declercq, A., Van Audenhove, Ch., & Jeandarme, I. (2020). *Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Daems, A., Hermans, K., Dejonghe C., Nelis, S., Van Eenoo, L., Declercq, A., & Van Audenhove, Ch. (2021). *BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg: Gebruiksmogelijkheden en randvoorwaarden voor implementatie*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vanlinthout, E., & Declercq, A. (2021). *Zorgzwaartebepaling bij personen met een handicap en de BelRAI/interRAI-schalen: een verkennende studie*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vanneste, L., Torfs, L., Boeckstaens, P., & De Sutter, A. (2021). *Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan. Fase 1: Een onderzoek naar een generieke basisset levensdoelen en de verhouding tussen levensdoelen en operationele zorgdoelen en zorgtaken binnen de zorgplanning*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Regenmortel, J., Declercq, A., & Van de Velde, D. (2020). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van het BelRAI Revalidatie instrument in de fysieke revalidatie in Vlaanderen*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Regenmortel, J., Declercq, A., & Van de Velde, D. (2018). *BelRAI Revalidatie: Evaluatie van interRAI-instrumenten revalidatie voor toepassing in de revalidatie in Vlaanderen*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vlaams instituut voor de Eerste Lijn (z.d.). *Doelgerichte zorg als gemeenschappelijke visie op zorg & welzijn. De ontwikkeling van een trainingspakket en strategie voor implementatie in de context van de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen*. [Draaiboek].
- Vlaams Lerend Netwerk Doelgerichte Zorg. (2020). *Nieuwsbrief december 2020* (Issue december 2020, pp. 1–5)
- Vlaamse Regering (2019). *Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2019-2024*. [Beleidsdocument].
- Vermeire, T. (z.d.) *De digitalisering van de eerste lijn: BelRAI en DZOP*. Agentschap Zorg & Gezondheid. [Presentatie].
- Vermeulen, B., Van Eenoo, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). *Naar een getrappt gebruik van de BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven: Lucas.

Vermunt, N. P. C. A., Harmsen, M., Westert, G. P., Olde Rikkert, M. G. M., & Faber, M. J. (2017a). Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: a systematic review. *BMC Geriatrics*, *17*(167). DOI 10.1186/s12877-017-0534-0

Vermunt, N. P., Harmsen, M., Elwyn, G., Westert, G. P., Burgers, J. S., Olde Rikkert, M. G., & Faber, M. J. (2017b). A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. *Health Expectations*, *21*, 528-538. DOI: 10.1111/hex.12647

## **Bijlagen**





Bijlage 1

Rekruteringsbrief BelRAI en doelgerichte zorg



## 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	<b>Dinsdag 26 oktober</b> 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> <b>Vrijdag 12 november</b>  Geschatte tijdsinvestering: maximaal 2 uur per PZON	We vragen u om <b>minstens één</b> 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	<b>Dinsdag 16 november:</b> 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.	<u>Deadline insturen:</u> <b>Vrijdag 26 november</b>  Geschatte tijdsinvestering: maximaal 2 uur	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	<b>Dinsdag 30 november</b> 13u-16u Optie tot lunch vanaf 12u15	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

Rekruteringsflyer



# DOELGERICHTE ZORG & BELRAI IN HET DIGITAAL ZORG- EN ONDERSTEUNINGSPLAN

*Met zorgaanbieders uit het werkveld willen we samen het digitaal zorg- en ondersteuningsplan vormgeven. In het zorgplan komen de levensdoelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal te staan. Daarnaast onderzoeken we op welke manier BelRAI kan bijdragen tot het digitaal zorg- en ondersteuningsplan en welke ondersteunende rol BelRAI kan vervullen bij het formuleren van zorgdoelen.*

## WAT BIEDEN WE AAN?

Een driedaagse opleiding doelgerichte zorg die toepasbaar is in de Vlaamse context.

Je draagt bij aan de manier waarop doelen van personen met een zorg- en ondersteuningsnood een plaats moeten krijgen in het toekomstig digitaal zorgplan.



## WIE ZOEKEN WE?

Je bent zorgverlener of welzijnswerker in de eerst lijn met actief patiëntencontact.

Je beheerst BelRAI en kan een BelRAI homecare of LTCF afnemen.

Je hebt interesse in doelgerichte zorg.



## WAT VERWACHTEN WE VAN JOU?

Tijdens de opleiding zal je bij minstens één PZON de BelRAI afnemen en een doelgericht gesprek voeren. Doelgerichte gesprekken voeren bij meerdere PZON wordt sterk aangemoedigd.

Na elk lesmoment volgt een schriftelijke reflectieopdracht.

## WAAR & WANNEER?

De opleidingen gaan door op het UZ Gent. Deelname aan de drie momenten is een vereiste.

Dinsdag 26 oktober: 13u-16u (optie tot lunch vanaf 12u15)

Dinsdag 16 november: 10u30-16u (lunch inbegrepen)

Dinsdag 30 november: 13u-16u (optie tot lunch vanaf 12u15)



## INTERESSE OF VRAGEN?

Lotte Vanneste: [lotte.vanneste@ugent.be](mailto:lotte.vanneste@ugent.be) of 0472/080860

Els Vanlinthout: [els.vanlinthout@kuleuven.be](mailto:els.vanlinthout@kuleuven.be)







Bijlage 3

Draaiboek





**V!VEL**  
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



**V!VEL**

Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn  
Koning Albert II-Laan 35  
1030 Brussel

Email : [info@vivel.be](mailto:info@vivel.be)

Vlaams instituut voor de Eerste lijn

Website : [www.vivel.be](http://www.vivel.be)

Ond. Nr. 0720 947 550

+ 32 (473) 95 41 15

[www.vivel.be](http://www.vivel.be)

[info@vivel.be](mailto:info@vivel.be)

## Draaiboek

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



---

Email : [info@vivel.be](mailto:info@vivel.be)

Website : [www.vivel.be](http://www.vivel.be)

Vlaams instituut voor de Eerste lijn

Ond. Nr. 0720 947 550

## Inhoudsopgave

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

## 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><b><u>Kennismaking &amp; verwelkoming</u></b>                      Verwelkoming in het 1<sup>e</sup> lesmoment van de training</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Elke deelnemer <i>stelt zich kort voor met naam &amp; functie</i></li> <li>⇒ <i>Lesgevers stellen zich voor</i></li> <li>⇒ <i>Naar verwachtingen en motivatie polsen</i></li> <li>- Verloop van het lesmoment</li> </ul>	Els	±30 min	13u- 13u30

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kadering projecten: wat is de reden van het onderzoek en het doel</li> <li>- Voorstelling DZOP</li> </ul>			
<p><b><u>Introductie</u></b> Intro + ijsbreker op basis van</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Filmpje Marcel</li> </ul>	Dagje	30 min	13u30-14u
<p><b><u>Wat is DGZ?</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er wordt de deelnemers gevraagd om elkaar kort wat beter te leren kennen &amp; 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></li> <li>- Model vanuit de conceptanalyse toelichten (kort)</li> <li>- Knowledge gap</li> </ul>			
<p><b><u>Wat betekent gezond zijn? Een WHO-perspectief en een GOC-perspectief</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het vraagstuk “Wat is gezondheid?” Hoe definieer je dat? =&gt; Problematische definitie vanuit WHO. (kort schetsen waarom we daar willen vanaf stappen)</li> <li>- De relatie tussen gezondheid en levensdoelen van een persoon worden besproken.</li> <li>- Blue zones en de link naar activiteiten</li> </ul>			
<p><i>Pauze 10 min</i></p> <p><i>14u-14u10 (5 min marge)</i></p>			
<p><b><u>Wat zijn doelen?</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorbeelden over doelen</li> <li>- Flow waarden, levensdoelen, zorgdoelen, zorgplanning al meegeven. Focus op het verschil tussen de zorgdoelen, middelen en levensdoelen</li> <li>- Levensdoelen en goal-elicitation</li> </ul>	Reini	5min	14u15-14u20
<p><b><u>BelRAI in vogelvlucht</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introductie BelRAI</li> <li>- Vertrekpunt BelRAI in DZOP: als ondersteuning ⇒ <i>Ervaringen met BelRAI bevragen: Waarvoor gebruikt u BelRAI, hoe gebruik je BelRAI bij het opstellen van het zorgplan?</i></li> <li>- BelRAI is geen tool voor doelgerichte zorg, biedt ondersteuning ⇒ <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></li> </ul>	Els	25 min theorie  + discussie	14u20-14u45



⇒ <i>Hoe kan BelRAI volgens jou een meerwaarde bieden aan doelgerichte zorg?</i>			
<b><u>DGZ vraagt om een basishouding van professional &amp; PZON</u></b> - 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
<b><u>Ondersteuning bij DGZ: overzicht tools</u></b> - Inleiding over ontwikkeling van de verschillende tools & hun meerwaarde boven op de basishouding.	Reini	10 min theorie	14u55- 15u05
Pauze 10 min voor wie wilt of de keuze om direct al met de tools aan de slag te gaan  15u05-15u15			
<b><u>Oefening tool</u></b> - Tools zelf verkennen - Nabespreking tools: 1 tool 1 minute	Reini	40 min	15u05- 15u45
<b><u>Instructie van de 1<sup>e</sup> opdracht: doelen in kaart brengen</u></b> - Opdracht 1 wordt toegelicht - Informed consents worden toegelicht - Praktische informatie volgende lesmoment wordt meegedeeld - Vragen worden beantwoord	Lotte	±10min	15u45- 15u55

## Voorbereidende 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.

---

Email : [info@vivel.be](mailto:info@vivel.be)

Vlaams instituut voor de Eerste lijn

Website : [www.vivel.be](http://www.vivel.be)

Ond. Nr. 0720 947 550

\*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	
<b>Introductie &amp; Kennismaking</b>	Lotte	±20 min	10u30-10u50
- Arriveren deelnemers			
- Verloop van het lesmoment			

<p><b>Opening</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle deelnemers delen een casus en hun ervaringen vanuit opdracht 1.</li> <li>- Reflecties hierover delen</li> <li>- Zijn jullie door de doelgerichte gesprekken anders gaan kijken naar BelRAI data? (CAPs, zorgschalen)</li> </ul>	<p>Pauline Lotte Els</p>	<p>+/-1u</p>	<p>10u50-11u50</p>
<p><b>Van levensdoelen naar zorgdoelen</b></p> <p>Eerst bevragen of dit duidelijk is voor hen. Starten vanuit een casus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doelen aligneren: hoe verhoudt een doel van de patiënt zich t.o.v. zorgdoelen?</li> <li>- Middelen vs. doelen</li> <li>- Doelen zijn dynamisch</li> <li>- Shared decision making &amp; doelgerichte zorg</li> </ul>	<p>Lotte</p>	<p>+/- 20 min</p>	<p>11u50-12u10</p>
<p>Middagpauze (12u10-13u)</p>			
<p><b>BelRAI en zorgdoelen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Hoe kan BelRAI helpen bij het formuleren van zorgdoelen?</li> <li>- Welke informatie haal ik uit BelRAI bij het formuleren van zorgdoelen (items, CAPs, zorgschalen)?</li> <li>- Welke items of gegevens uit BelRAI helpen om zicht te krijgen op de soort en hoeveelheid ondersteuning die een PZON nodig heeft?</li> <li>- 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)</li> <li>- Voldoende aandacht voor de Screener en niet enkel de BelRAI HC/LTCF! Wat kan meegenomen worden vanuit de Screener?</li> </ul>	<p>Els  Lotte</p>	<p>+/- 1u</p>	<p>13u-14u</p>

<p><b><u>Mijn positie als hulpverlener</u></b> Starten vanuit een casus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weg van mijn reddersrol</li> <li>- Persoonlijke en professionele identiteit in doelgerichte zorg</li> <li>- Het andere gesprek voeren</li> <li>- Gedeelde verantwoordelijkheid tussen hulpvrager en zorgaanbieder</li> </ul>	Pauline	±30min	14u-14u30
<p>PAUZE (14u30-14u45)</p>			
<p><b><u>Empowerment van de hulpvrager</u></b> Starten vanuit een casus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigenaarschap van de hulpvrager: dilemma, wanneer mag/kan ik als hulpverlener overnemen?</li> <li>- Wat kan ik leren uit Acceptatie &amp; Controle over mijn cliënt? (patiëntprofielen)</li> <li>- Coaching van de hulpvrager en zijn context</li> <li>- Weerstand bij de hulpvrager: kwartje weerstand</li> <li>- De reflecterende professional</li> </ul>	Pauline	±30min	14u45-15u15
<p><b><u>Introductie professional's agenda</u></b> ⇒ 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><b><u>Interactief: hoe de agenda bepalen bij deze patiënten? wat is mijn agenda bij deze patiënten?</u></b> ⇒ 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><b><u>Instructie van de 2<sup>e</sup> opdracht</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opdracht 2 wordt toegelicht.</li> <li>- Vragen worden beantwoord.</li> </ul>	Lotte	±10min	15u45-15u55

## 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 groepsgeprek. 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	
<b><u>Introductie</u></b> - Wachten tot iedereen is ingelogd - Doel focusgroep toelichten	Lotte	±15 min	13u-13u15
<b><u>Presentatie 1</u></b> - Stijn en Bert vanuit het Vlaams agentschap	Stijn & Bert	+-15 min	13u15-13u30
<b><u>Presentatie 2</u></b> - Ann-Sophie en Jeroen	Ann-Sophie & Jeroen	+-15 min	13u30-13u45
<b><u>Presentatie 3</u></b> - Bevindingen uit het onderzoek	Els & Lotte	+ - 20 min	13u45-14u05
<b>PAUZE (14u05-14u15)</b>			
<b><u>De stap naar het DZOP - geleide discussie</u></b> - Bevraging (zie geleide discussie) - Als het stroef verloopt: casus zorgteam introduceren	Els & Lotte	+- 1u25min	14u20-15u45
<b><u>Afsluit</u></b> - 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

Email : [info@vivel.be](mailto:info@vivel.be)

Vlaams instituut voor de Eerste lijn

Website : [www.vivel.be](http://www.vivel.be)

Ond. Nr. 0720 947 550



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 trainingdagen 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](mailto:info@vivel.be)

Vlaams instituut voor de Eerste lijn

Website : [www.vivel.be](http://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](mailto:lotte.vanneste@ugent.be) of [els.vanlinthout@kuleuven.be](mailto: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?

<b>Levensdoelen</b>	<b>Zorgdoelen</b>	<b>Zorgplanning</b>	<b>Wie doet wat in de zorg- en welzijnsplanning</b>
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 4

Informatiebrief en Informed Consent - Zorgverlener



## **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 trainingsdagen. 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 trainingsdagen 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.

## **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, 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](mailto: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](mailto: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](mailto:contact@apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://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).

<b>TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS</b>
---

<b>Aankruisen door de deelnemer indien akkoord</b>
--

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).       | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ik stem ermee in tijdens de training overleg te voeren waarin de persoonlijke doelen van de hulpvrager worden omgezet in zorgdoelen (audio-opname).     | <input type="checkbox"/> |
| 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). | <input type="checkbox"/> |

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.

<b>* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord</b>
--

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.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Bijlage 5

Informatiebrief en Informed Consent - 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](mailto: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](mailto: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](mailto:contact@apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://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).

<b>TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS</b>
---

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:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1) 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.                                     | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ik stem ermee in dat mijn BelRAI-gegevens vertrouwelijk besproken worden door mijn zorgverlener tijdens de training (zowel mondeling als schriftelijk).   | <input type="checkbox"/> |
| 3) 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). | <input type="checkbox"/> |

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.	
--	--