
**Verkennde studie naar
de mogelijkheden van BelRAI in de ondersteuning en zorg
voor volwassenen met een handicap**

Els Vanlinthout¹

Kathleen De Cuyper¹

Koen Decancq²

Anja Declercq¹

¹ LUCAS KU Leuven, Zorgonderzoek & Consultancy

² Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UAntwerpen

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

**STEUNPUNT
 WELZIJN
 VOLKSGEZONDHEID &
 GEZIN**

Publicatie nr. 2022/04
 SWVG-Rapport 04
 Titel rapport: Verkennende studie naar de mogelijkheden van BelRAI in de ondersteuning en zorg voor volwassenen met een handicap
 Promotor: Prof. dr. Anja Declercq¹
 Copromotor: Prof. dr. Koen Decancq²
 Onderzoekers: Els Vanlinthout¹, dr. Kathleen De Cuyper¹

¹ LUCAS KU Leuven, Zorgonderzoek & Consultancy

² Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UAntwerpen

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

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

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

Het consortium SWVG

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

Verkennde studie naar de mogelijkheden van BelRAI in de ondersteuning en zorg voor volwassenen met een handicap

Onderzoekers: Els Vanlinthout, Kathleen De Cuyper¹

Promotor: Anja Declercq¹

Copromotor: Koen Decancq²

¹ LUCAS KU Leuven, Zorgonderzoek & Consultancy

² Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UAntwerpen

Samenvatting

Situering en doelstelling van het onderzoeksproject

In opdracht van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) onderzocht het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) de mogelijkheden van BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap. De opdracht vloeide voort uit de doelstelling die de Vlaamse regering voor de sector betreffende BelRAI in haar regeerakkoord 2019-2024 formuleerde, met name de haalbaarheid van BelRAI in kaart brengen.

De organisatie en financiering van het ondersteunings- en zorgaanbod voor volwassenen met een handicap is gebaseerd op een emancipatorische ondersteunings- en burgerrechtensvisie waarbij kwaliteit van leven, een inclusieve positie en de regie over het eigen leven centraal staan. De Vlaamse regering wenst hier onder andere toe bij te dragen door middel van een persoonsvolgend budget (PVB) dat aan personen met een handicap (PmH) de autonomie geeft om zelf hun ondersteuning en zorg te organiseren. De financiering bestaat uit twee pijlers. De eerste pijler heeft betrekking op rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH), een laagdrempelige vorm van ondersteuning voor een lage frequente nood. De kost van deze hulp wordt berekend aan de hand van personeelspunten, waarvan elke persoon met een (vermoeden van) handicap jaarlijks acht kan inzetten op voorwaarde dat er voldoende capaciteit bij de zorgaanbieders aanwezig is. De tweede pijler heeft betrekking op de niet rechtstreeks toegankelijke hulp (NRTH) die meer intensieve en handicap-specifieke ondersteuning aanbiedt aan personen voor wie de RTH onvoldoende is. Deze NRTH is gekoppeld aan een PVB. De aanvraag voor een PVB bestaat uit een vierdelige procedure:

(1) vraagverheldering en ondersteuningsplan opstellen door de persoon zelf, een dienst ondersteuningsplan, een dienst maatschappelijk werk van de mutualiteiten of een gebruikersorganisatie, (2) het objectiveren van de ondersteuningsnood door een multidisciplinair team aan de hand van het ZZI, (3) de bepaling van de maximale budgetcategorie en (4) bepaling van de prioriteit in de procedure voor het toewijzen van het budget. Eens de persoon zijn budget heeft gekregen, kan hij zijn zorg en ondersteuning inkopen. Hiervoor sluit de persoon een contract af met een zorgaanbieder, al dan niet met behulp van een bijstandsorganisatie. Samen met de gebruikers stellen de zorgverleners vervolgens een handelingsplan op. Dit plan verduidelijkt hoe het ondersteunings- en/of zorgaanbod van de organisatie de levenskwaliteit van de persoon – en in het bijzonder de kerndomeinen die voor hem en zijn context het belangrijkste zijn - mee zal helpen bevorderen en realiseren. Het is binnen dit organisatie- en financieringskader van het ondersteunings- en zorgaanbod voor PmH dat de mogelijkheden van BelRAI onderzocht zijn.

Gezien er nog geen BelRAI-instrument bestaat voor volwassenen met een handicap, is BelRAI nog niet erg gekend in de sector. Enkel de BelRAI Screener is voor een aantal professionals bekend omdat die voor de bepaling van het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden wordt ingezet. Het eerste hoofdstuk van het rapport geeft een omschrijving van BelRAI, als ook van de werking van de sector op organisatie- en beleidsniveau. BelRAI is de Belgische versie van interRAI, een set van internationaal gevalideerde en gestandaardiseerde assessment instrumenten die dezelfde noden op verschillende levensdomeinen en in verschillende doelgroepen en sectoren op dezelfde manier in kaart brengen. Daarnaast is een deel van de items van elk instrument specifiek voor de betreffende doelgroep of sector ontwikkeld. BelRAI heeft tot doel de kwaliteit en continuïteit van persoonsgerichte zorg te optimaliseren alsook de communicatie, informatieoverdracht en samenwerking tussen professionals binnen en tussen sectoren te bevorderen. Nadat zorgverleners een BelRAI-assessment hebben ingevuld, berekenen algoritmes de output van BelRAI op verschillende niveaus. Op het niveau van de gebruiker bieden de zorgschalen en de *Collaborative Action Plans* (CAP's) een globaal beeld van de gezondheid, het functioneren, de zorgnoden, de risico's (bv. valrisico, risico op verdere achteruitgang, risico op stemmingsstoornis, ...) en de doelen van de persoon. Deze resultaten geven input voor het opstellen van ondersteunings- en handelingsplannen. Op organisatieniveau genereert BelRAI groepsstatistieken, namelijk kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën. De zorgzwaartecategorieën of case-mix kunnen, wanneer de overheid hiertoe beslist, verbonden worden aan een budgetsysteem. Voor de doelgroep van volwassenen met een handicap bestaat er in Vlaanderen en België nog geen BelRAI-instrument. In het internationale consortium bestaat evenwel reeds een instrument voor personen met een verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek al dan niet in combinatie met een sensorische of motorische handicap, met name het interRAI Intellectual Disabilities instrument.

Het Steunpunt WVG voerde in 2021 reeds een vergelijkende studie uit waarin de BelRAI- en interRAI-instrumenten vergeleken zijn met het zorgzwaarte-instrument (ZZI) van het VAPH. Het grootste verschil tussen beide assessment systemen bleek de finaliteit te zijn, namelijk kwaliteitsverbetering (BelRAI) tegenover budgetverdeling (ZZI). Het onderzoek resulteerde in drie ruim omschreven implementatie scenario's, waarbij BelRAI in elk scenario terugkomt als een instrument voor kwaliteitsverbetering, dat input geeft voor levens- of zorgplanning. Pas na verloop van tijd kan BelRAI ook dienen als basis voor budgetverdeling, maar dit kan nooit een op zich staande finaliteit van BelRAI zijn. De vergelijkende studie ging echter niet na wat de haalbaarheid is van en draagvlak voor de voorgestelde scenario's in de sector.

Deze tweede BelRAI VAPH studie bracht daarom de mogelijkheden van BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap in kaart door de standpunten van stakeholders rond een mogelijk BelRAI-traject te bevragen en te kaderen binnen de (inter)nationale literatuur over ervaringen met het BelRAI-implementatietraject in andere sectoren en landen. Het resultaat van de studie moet een weloverwogen beslissing van de Vlaamse overheid en het VAPH mogelijk maken met betrekking tot het al dan niet opstarten van een BelRAI-traject in deze sector. Voor het geval hiertoe besloten zou worden, heeft de studie ook tot doel om de mogelijke stappen van zo'n BelRAI-traject voor te stellen.

Uit deze doelstellingen volgen onderstaande onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de voor- en nadelen van de implementatie van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap?
2. Welke stappen dienen gezet te worden om BelRAI te implementeren in de sector, indien hiervoor gekozen zou worden?
3. Wat zijn de visies van de stakeholders van de VAPH-sector met betrekking tot de eerste twee onderzoeksvragen?

Methode

Hoofdstuk 2 van het rapport geeft een overzicht van de drie verschillende wijzen waarop informatie over de mogelijkheden van BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap is verzameld, namelijk door middel van (1) desk research, (2) drie focusgroepen met alle stakeholdersgroepen en (3) een korte online vragenlijst.

Via de desk research verzamelden we (inter)nationale onderzoeksliteratuur over de ervaringen met en de implementatie van BelRAI en interRAI in alle sectoren en in verschillende landen. Daarnaast is Vlaamse literatuur doorgenomen over het Vlaamse ondersteunings- en zorgsysteem voor PmH op organisatie- en beleidsniveau. De desk research diende in eerste instantie om een antwoord te bieden op de eerste twee onderzoeksvragen over de voor- en nadelen van de implementatie van BelRAI, en de stappen die dienen gezet te worden om BelRAI in een sector te implementeren. De informatie werd samengebracht in een SWOT-analyse die de sterktes, zwaktes, kansen en valkuilen van (de implementatie van) BelRAI omschrijft. Verder vormde de desk research de basis voor de kennisclip over BelRAI. De kennisclip diende als voorbereiding voor de deelnemers aan de focusgroepen. Gezien BelRAI nog vrij ongekend is binnen de sector zorgde de kennisclip ervoor dat de deelnemers de basiskennis over BelRAI meekregen en zich hierop konden baseren om hun standpunten over BelRAI en het implementatietraject te vormen.

Om zicht te krijgen op de visies van stakeholders omtrent de huidige werking van de sector, de haalbaarheid van en het draagvlak voor de implementatie van BelRAI en de stappen die daarin gezet moeten worden, zijn drie online focusgroepen gehouden: (1) met vergunde zorgaanbieders en koepelorganisaties; (2) met vertegenwoordigers van multidisciplinaire teams, diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten en de diensten ondersteuningsplan; en (3) met vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties. Op deze manier werd de derde onderzoeksvraag beantwoord over de visies van de stakeholders van de VAPH-sector op de voor- en nadelen van de implementatie van BelRAI en op de stappen in het implementatietraject. Op de transcripties van de focusgroepen is een thematische analyse uitgevoerd. De resultaten zijn eveneens in een SWOT-analyse samengebracht.

De online vragenlijst is een bijkomende informatiebron die opgesteld werd voor stakeholders die niet in de mogelijkheid waren om te participeren aan de focusgroepen. De online vragenlijst bestond uit vier vragen over de voor- en nadelen van BelRAI en de mogelijkheid van een BelRAI-implementatietraject.

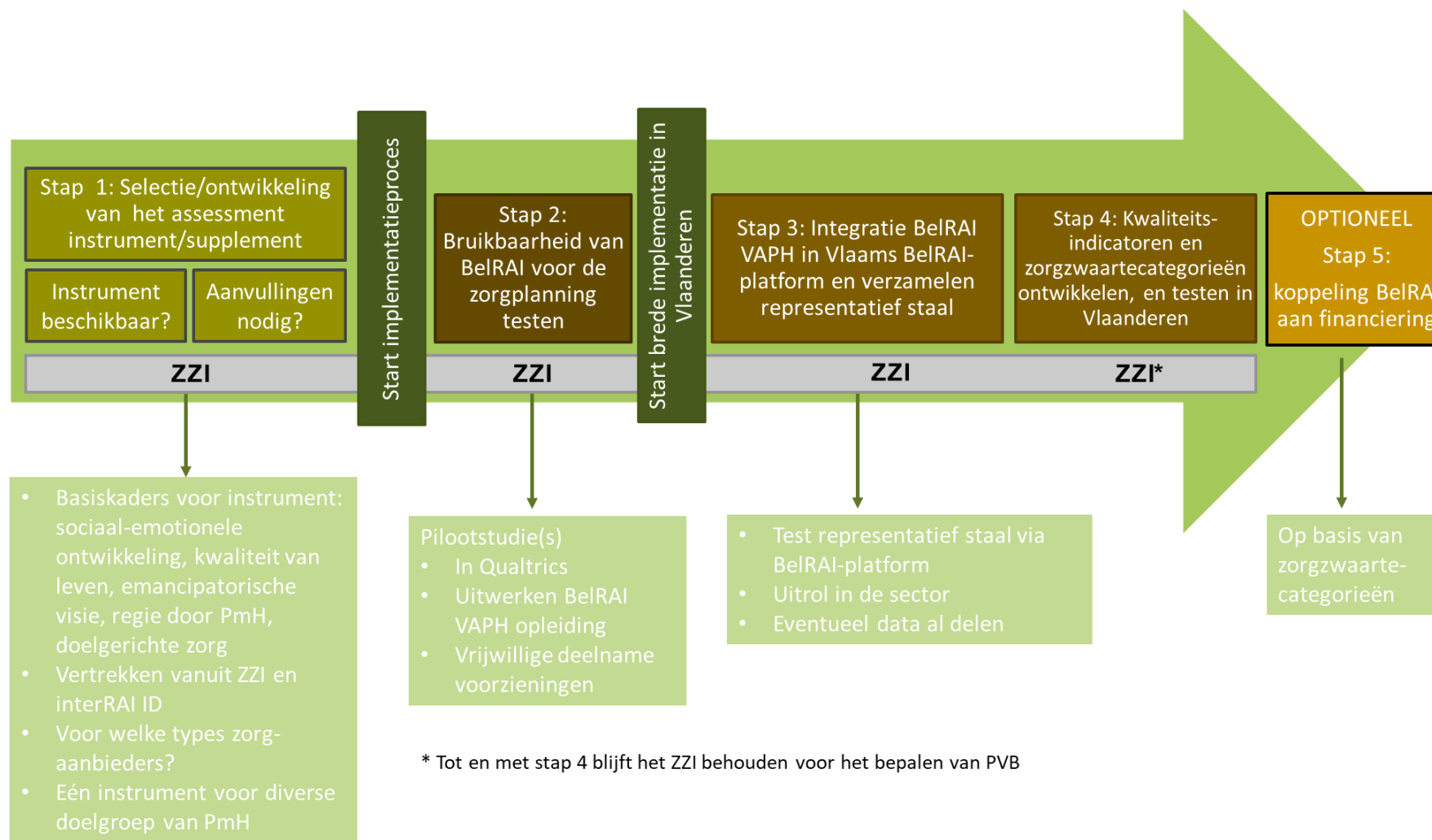
Antwoorden op de onderzoeksvragen

In hoofdstuk 3 van het rapport zijn de resultaten van de studie terug te vinden. Een eerste SWOT-analyse van de voor- en nadelen van (de implementatie van) BelRAI is opgemaakt op basis van (inter)nationale wetenschappelijke literatuur in de ouderenzorg, de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor PmH en de revalidatiesector. Een tweede SWOT-analyse geeft de visies van de stakeholdersgroepen weer op de voor- en nadelen van (de implementatie van) BelRAI in de zorg voor en ondersteuning van volwassenen met een handicap. Op basis van beide SWOT-analyses is in hoofdstuk 4 een voorstel gedaan van de stappen die nodig zijn om BelRAI te implementeren in de sector voor volwassenen met een handicap, indien de Vlaamse overheid hiervoor zou kiezen. Een overzicht van dit implementatietraject is terug te vinden in Figuur 1. De verschillende stappen van het implementatieproces en de voor- en nadelen die de stakeholders hieromtrent zien, worden hieronder toegelicht.

Vooraleer de eerste stappen gezet worden in de implementatie van BelRAI vragen de stakeholders aan de Vlaamse overheid om de finaliteit(en) van BelRAI in hun sector te bepalen en hierover duidelijk te communiceren. De finaliteit(en) bepaalt immers de verdere stappen in het implementatietraject. Op dit moment ervaren de stakeholdersgroepen hier veel onduidelijkheid over en ontbreekt het voor hen aan transparantie. Het leidt tot wantrouwen ten opzichte van de beleidsorganen.

Budgetverdeling als finaliteit van BelRAI roept bij de stakeholders veel en ernstige bezorgdheden en vragen op. De stakeholders zijn bezorgd dat het BelRAI instrument voor PmH (dat op dit moment nog niet bestaat) hier geen geschikt instrument voor zal zijn, onder andere omdat de antwoordmogelijkheden in de bestaande BelRAI-instrumenten met betrekking tot zelfstandigheid minder genuanceerd zijn dan in het ZZI (Vanlinthout en Declercq, 2021). Er is bovendien een grote bezorgdheid dat de implementatie van BelRAI een besparingsoperatie van de Vlaamse overheid zal inhouden, al staat de introductie van een case-mix systeem op basis van BelRAI-data volledig los van de grootte van het totale budget dat de overheid voor PmH uittrekt. De invoering van BelRAI zal - indien financiering hieraan gekoppeld wordt - wel een impact hebben op hoe de budgetten die de Vlaamse overheid voor de zorg- en welzijnssectoren voorziet, verdeeld zullen worden tussen de gebruikers die een PVB krijgen.

De stakeholdergroepen staan wel positief tegenover het verbeteren van de zorgkwaliteit als finaliteit van BelRAI en als tool om ondersteunings- en handelingsplannen op te stellen. De voordelen die de stakeholders zien, zijn (1) het samenbrengen van de perspectieven van zorgverleners, de gebruiker en zijn context op de (veranderende) noden van de gebruiker, wat leidt tot een holistisch en objectief beeld van (de evolutie van) het functioneren, (2) het multidisciplinair invullen van een BelRAI-assessment, (3) minder assertieve gebruikers meer kansen bieden om hun noden naar zorgverleners toe uit te drukken aan de hand van de BelRAI-resultaten, (4) mogelijkheden om preventief te werken dankzij de CAP's die aangeven waar het functioneren achteruit gaat of waar verdere achteruitgang kan tegengegaan worden, (5) bijdragen aan zorgcontinuïteit en (6) de aandacht voor kwaliteit van leven in het BelRAI assessment systeem.



Figuur 1 Mogelijk implementietraject van BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap

Om een verdeling van budgetten via BelRAI mogelijk te maken dient BelRAI in eerste instantie gebruikt te worden als input voor zorg- en levensplanning op het niveau van de gebruiker en zijn context. Enkel wanneer BelRAI-data voor verschillende doeleinden gebruikt worden – dit kan ook voor zorgcontinuïteit en kwaliteitsmonitoring zijn – verkleint de kans substantieel dat zorgverleners de BelRAI-scores afstemmen op het binnenhalen van de hoogste budgetten. De data waarop de budgetverdeling gebaseerd zal zijn, zullen met andere woorden betrouwbaarder zijn. BelRAI is dus niet geschikt om enkel en alleen voor budgetverdeling te gebruiken (Moors et al., 2022; Vanlinthout & Declercq, 2021). Een combinatie van de twee finaliteiten – verbetering van de zorgkwaliteit en budgetverdeling - konden de stakeholdergroepen zich echter moeilijk voorstellen, hoewel dat wel mogelijk is en in andere landen ook gebeurt (<https://interrai.org/applications/>; Hirdes et al., 2020; Moors et al., 2022). Bovendien staat het gebruik van BelRAI voor maar één finaliteit haaks op de vraag van de stakeholders om BelRAI niet bovenop reeds bestaande inschalingen en registratiesystemen te implementeren. BelRAI laten bestaan naast andere instrumenten zorgt juist voor bijkomend werk en is tegenstrijdig met de doelstelling van BelRAI om een efficiënte en unieke gegevensverzameling te verwezenlijken.

De eerste stap van het implementatieproces is de ontwikkeling van een BelRAI instrument voor de doelgroep of sector. Voor de stakeholders is het belangrijk dat een duidelijke visie op de noden van PmH de basis vormt voor de ontwikkeling van het instrument. Volgende modellen en visies dienen volgens hen zeker meegenomen te worden bij de ontwikkeling van een BelRAI-instrument voor PmH:

- De acht kerndomeinen van kwaliteit van leven volgens Schalock (zie Bijlage 5 van het rapport).
- De sociaal-emotionele ontwikkeling volgens Došen. Hierbij is het belangrijk dat het nieuwe BelRAI-instrument voldoende de draagkracht van de gebruiker in kaart brengt, naast het effectieve functioneren van de gebruiker. Bij PmH is er vaak een verschil tussen wat de persoon *kan* en wat hij *aankan*. Deze discrepantie vraagt dan om bijkomende ondersteuning van de persoon (Heymans et al., 2015). Eveneens moet het nieuwe BelRAI-instrument de psychische kwetsbaarheden inventariseren.
- Een emancipatorische visie op de inclusie van PmH in de maatschappij. De emancipatorische visie op inclusie is volgens de gebruikersorganisaties belangrijk om tegemoet te komen aan de ondersteuning die PmH nodig hebben om te kunnen participeren in de maatschappij. Deze ondersteuning gaat vaak ruimer dan zorg in enge zin. Belangrijke elementen die hierin een rol spelen zijn de sociale context en omgevingselementen.
- Een BelRAI-assessment in de sector moet deel uitmaken van doelgerichte zorg en ondersteuning. Dit wil zeggen dat een BelRAI-assessment moet duidelijk maken waar er ondersteuning en zorg nodig is opdat de doelen van de gebruiker – op korte en op lange termijn – bereikt zouden kunnen worden.

Enmaal het BelRAI-instrument voor PmH op punt staat is de volgende stap van het implementatieproces een empirische valideringsfase, waarbij het nieuwe BelRAI-instrument getest wordt in de dagelijkse ondersteuning en zorg door middel van (minstens twee) pilootprojecten. Aan de hand van deze pilootprojecten worden de psychometrische kwaliteiten van het instrument bestudeerd, wordt nagegaan of het instrument effectief input biedt voor levens- en/of zorgplanning, en wordt uitgewerkt hoe de regie van de gebruiker en/of zijn vertegenwoordiger over zijn BelRAI-dossier en over de organisatie van zijn ondersteunings- en zorgaanbod kan gerealiseerd en behouden blijven.

Als organisatie of dienst deelnemen aan BelRAI-studies vraagt tijd en inspanning van zowel managers, zorgverleners als gebruikers. Het duurt minstens een jaar om het werken met BelRAI in de dagelijkse werking van een organisatie te integreren en om de voordelen ervan te ervaren (Hermans et al., 2014; Vanlinthout et al., 2022; Vermeulen et al., 2015). Ter voorbereiding van de pilootstudies, maar ook later wanneer BelRAI geïmplementeerd wordt in de volledige sector, dienen professionals een BelRAI-opleiding te volgen. De opleiding is een kernonderdeel van de implementatie waaraan ook verschillende intervisiemomenten gekoppeld zijn. Om de opleiding af te stemmen op de sector wensen de stakeholders ervaringsdeskundigen te betrekken zowel bij de ontwikkeling als bij het geven van de opleiding zodat gebruikerservaringen voldoende worden meegenomen.

Voor stap 3 van het implementatieproces – de verzameling van een representatief staal – stelt de betrokken administratie een consortium van zorgaanbieders samen die voor alle gebruikers waaraan zij ondersteuning en zorg aanbieden gedurende (minstens) twee jaar BelRAI-data verzamelen. Deze BelRAI-data dienen representatief te zijn voor zowel de types zorg- en ondersteuningsaanbod uit de sector als voor de diversiteit van de populatie. Hoe diverser het aanbod en de populatie, hoe meer data verzameld moeten worden. Eens er voldoende data voor handen zijn, kunnen er op het niveau van voorzieningen en netwerken kwaliteitsindicatoren gelinkt aan BelRAI-data ontwikkeld worden (stap 4). Aan de hand van kwaliteitsindicatoren kunnen de verschillende stakeholdersgroepen uit de sector geïnformeerd worden over de kwaliteit van zorg in een organisatie of in een bepaalde regio. Dit wint nog meer aan belang wanneer de BelRAI-data ook gebruikt zouden worden voor budgetverdeling. Wanneer BelRAI-data door zorgverleners bij de zorgaanbieders verzameld worden – omdat zij de gebruikers en hun functioneren het beste kennen – kan de opvolging van de kwaliteit van zorg van de zorgaanbieder via de kwaliteitsindicatoren een controlemechanisme vormen. Wanneer zou blijken dat de budgetten hoog, maar de kwaliteitsindicatoren matig of slecht zijn bij een zorgaanbieder, is het noodzakelijk om te controleren of de zorgaanbieder de budgetten kunstmatig via de BelRAI-data verhoogt. Hiervoor zijn in andere landen reeds algoritmes ontwikkeld. Hoge budgetten zouden logischerwijs immers tot goede kwaliteit van zorg moeten leiden.

Op groepsniveau kan BelRAI ook input geven voor zorgzwaartecategorieën en een case-mix systeem. Indien de overheid hiertoe zou beslissen, kan er in een laatste optionele stap (stap 5) voor geopteerd worden om BelRAI aan het financieringssysteem van de Vlaamse overheid te koppelen (de Almeida Mello, 2018; Fries et al., 2019; Hermans et al., 2017; Vanlinthout & Declercq, 2021). Zoals reeds aangehaald staan de stakeholders momenteel wantrouwig tegenover de koppeling van BelRAI aan financiering.

Kiest de overheid ervoor om een BelRAI-traject te starten, dan dient men zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de bezorgdheden van de stakeholders, de nadelen van BelRAI die ze zien en de suggesties die ze gedaan hebben. Daarnaast is het belangrijk alle stakeholders in alle stappen te betrekken, inclusief de bijstandsorganisaties en de niet-vergunde zorgaanbieders.

Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe

Op basis van de resultaten van deze studie komt de onderzoeksequipe in hoofdstuk 4 van het rapport tot zeven beleidsaanbevelingen die voornamelijk betrekking hebben op een toekomstig BelRAI-implementatietraject in de sector voor volwassenen met een handicap, mocht de Vlaamse overheid hiertoe beslissen.

Aanbeveling 1: Communiceer duidelijk en transparant over de finaliteit(en) van BelRAI op korte en lange termijn en de voorwaarden waaronder de finaliteiten gerealiseerd zullen worden.

Of BelRAI geïmplementeerd zal worden in de sector, met welke finaliteit(en) en onder welke voorwaarden is in de eerste plaats een politieke beslissing. Deze beslissing komt immers voort uit de visiebepaling op zorg en welzijn vanuit de overheid, en de organisatie en financiering van het aanbod die daaruit volgen. Als de Vlaamse overheid beslist dat er in de sector een BelRAI-traject komt, is van bij de start hierover transparantie en duidelijke communicatie nodig naar alle betrokkenen over de finaliteit(en) die BelRAI in de sector zal hebben, onder welke voorwaarden deze gerealiseerd zullen worden en welke (investerings)kosten dit voor de sector met zich mee zal brengen.

Aanbeveling 2: Verzeker de betrokkenheid van gebruikers(organisaties) bij de ontwikkeling en de implementatie van BelRAI in de sector.

De sector is zo georganiseerd dat PmH zo veel mogelijk hun autonomie behouden/realiseren en dat ze hun ondersteuning en zorg zelf of met behulp van hun vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger organiseren en inkopen. Deze betrokkenheid en autonomie van PmH moeten bijgevolg zo veel mogelijk gewaarborgd blijven indien de Vlaamse overheid ertoe beslist BelRAI in te voeren in de sector. Daarom doen we volgende aanbevelingen:

- Betrek (vertegenwoordigers van) gebruikers en gebruikersorganisaties bij het ontwikkelen van het BelRAI-instrument en de BelRAI-opleiding.
- Ga na hoe gebruikers en/of hun vertegenwoordigers de regie over hun zorg en over hun levensplanning kunnen behouden wanneer BelRAI ingevoerd wordt.
- Zorg ervoor dat gebruikers en/of hun vertegenwoordigers inzage krijgen in het BelRAI-dossier.
- Ga na hoe en in welke mate gebruikers en/of hun vertegenwoordigers inspraak kunnen hebben in het BelRAI dossier. Ga na in welke mate de ontwikkeling van het digitale zorg- en ondersteuningsplan van de Vlaamse overheid hierbij een rol kan spelen.

Aanbeveling 3: Voorzie een gefaseerde ontwikkeling van een BelRAI-instrument in de zorg voor volwassenen met een handicap.

Een gefaseerde ontwikkeling van een BelRAI-instrument komt tegemoet aan de combinatie van volgende doelstellingen:

- Er zal door middel van onderzoek een antwoord geboden worden op de tekortkomingen van BelRAI die zowel uit de voorgaande (Vanlinthout & Declercq, 2021) als uit deze verkennende.
- Er wordt een instrument ontwikkeld dat de ondersteunings- en zorgnoden van alle personen met een handicap in kaart brengt ongeacht door welke zorgaanbieder de ondersteuning geboden wordt. Dit betreft een groep met een grote verscheidenheid aan problematieken. Om aan de diversiteit van de doelgroep tegemoet te komen, kan er een modulair systeem ontwikkeld worden dat bestaat uit basismodules en uitbreidingsmodules.
- Bij de ontwikkeling worden de basiskaders van kwaliteit van leven volgens Schalock, de sociaal-emotionele ontwikkeling van Došen, de emancipatorische visie op de inclusie van PmH in de samenleving en doelgerichte zorg meegenomen.

- Het ZZI zal de basis vormen om het BelRAI-instrument voor de sector te ontwikkelen. Daarnaast is het aan te bevelen om verder te werken op het reeds bestaande interRAI Intellectual Disabilities instrument.

Aanbeveling 4: Ga via pilootprojecten na of BelRAI een meerwaarde kan bieden als instrument ter onderbouwing van ondersteunings- en/of handelingsplannen. In deze fase blijft het ZZI voor de budgetverdeling gebruikt worden.

Eenmaal er een BelRAI-instrument ontwikkeld is, kunnen één of meerdere pilootprojecten nagaan of BelRAI input kan bieden voor het handelings- en/of ondersteuningsplan, en of het bijdraagt tot een betere communicatie tussen zorgaanbieders, de gebruiker en diens context. Bij voorkeur wordt BelRAI ingevuld door professionals die (de planning van) de zorg en ondersteuning op zich nemen (DOP, DMW, RTH en NRTH), gezien zij de gebruikers en hun (veranderende) noden goed kennen.

De introductie van BelRAI in de sector kan gevolgen (opportunities of verzwarende factoren) hebben voor andere geplande of lopende projecten gefinancierd door de Vlaamse overheid. Een geïntegreerde aanpak waarbij er samen met het VAPH naar een inhoudelijke afstemming met de andere projecten wordt gezocht, is daarom aan te bevelen.

Aanbeveling 5: Behoud het ZZI voor budgetverdeling totdat uit onderzoek eventueel blijkt dat BelRAI een geschikter instrument is voor de sector.

Vooraleer het ZZI te vervangen door BelRAI moet uit onderzoek blijken dat het ontwikkelde BelRAI-instrument geschikter is voor het zorg- en ondersteuningsaanbod, de gebruikers en de Vlaamse overheid. Om een case-mix classificatiesysteem op basis van BelRAI-zorgzwaartecategorieën te kunnen ontwikkelen, dienen representatieve BelRAI-data verzameld te zijn. Onderzoek zal dan BelRAI-scores met de ZZI-scores en de link met de budgetverdeling vergelijken.

Indien ertoe wordt besloten om BelRAI als informatie in een financieringssysteem te gebruiken, zal dit op verschillende manieren een paradigmashift voor de sector betekenen. We geven hier één voorbeeld van. De sector werkt momenteel met een neutrale budgetbepaling: om de objectiviteit van de beoordeling van het functioneren van een persoon te vergroten, wordt het ZZI ingevuld door een onafhankelijke, neutrale persoon (MDT-medewerker). BelRAI daarentegen wordt ingevuld door personen die dicht bij de gebruiker staan, nl. de professionals in zorg en ondersteuning, omdat zij de gebruikers en hun (veranderende) noden goed kennen. Het combineren van informatie over de noden van een gebruiker afkomstig van de gebruiker zelf, van zijn vertegenwoordiger en van zijn context – zoals dit bij het invullen van een BelRAI-assessment gebeurt – resulteert evenzeer in een objectieve beoordeling van het functioneren van een persoon. Er bestaat dus een zeker spanningsveld tussen hoe de budgetverdeling momenteel in de sector gebeurt, en hoe dit zou veranderen wanneer budgetverdeling op BelRAI-data zou gebaseerd zijn (Vanlinthout & Declercq, 2021). Er zou daarom ook gekozen kunnen worden voor het combineren van de voordelen van beide benaderingen, eventueel als tussentijdse optie. Dit zou inhouden dat de MDT's (tijdelijk) de BelRAI-data van een persoon als (bijkomende) informatiebron zouden gebruiken om het ZZI in te vullen (zie verder bij aanbeveling 6).

Aanbeveling 6: Zorg ervoor dat op lange termijn BelRAI niet parallel blijft bestaan naast andere instrumenten, maar in de plaats komt van reeds bestaande (inschalings)instrumenten.

Kiezen voor een BelRAI-traject en zijn finaliteit(en) brengt beslissingen en daaraan gekoppelde consequenties met zich mee. Besluit men om BelRAI te gebruiken als tool om input te geven voor ondersteunings- en /of handelingsplannen, dan bestaan BelRAI en het ZZI naast elkaar, elk met hun

eigen doel en finaliteit. Besluit men om BelRAI naast kwaliteitsverbetering ook in te zetten voor financiering, dan kan het instrument van het VAPH voor financiering, het ZZI, best niet langer gebruikt worden. InterRAI en BelRAI hebben immers tot doel om een efficiënte en unieke gegevensverzameling tot stand te brengen voor verschillende finaliteiten (<https://interrai.org/applications/>). BelRAI naast andere inschalingen laten bestaan is enerzijds tegenstrijdig met deze doelstelling en anderzijds blijft de drempel voor zorgverleners dan hoog om over te schakelen naar BelRAI omwille van de bijkomende werklast. Tijdens het implementatietraject is het parallel bestaan van instrumenten echter niet te vermijden.

Aanbeveling 7: Voer onderzoek naar de terugkerende vragen over het gebruik van BelRAI, om zo het draagvlak voor de implementatie in de sector te vergroten.

De vragen hebben betrekking op bezorgdheden van de sector. Deze vragen beantwoorden kan meer draagvlak voor BelRAI creëren in de sector en wantrouwen wegnemen. Het is zinvol om de vragen te bestuderen parallel aan het ontwikkelen van een BelRAI-instrument in de sector. We lijsten de terugkerende vragen op:

- Hoe kunnen PmH (of hun vertegenwoordiger) de regie over de organisatie van hun ondersteuning en zorg behouden als het gebruik van BelRAI in voegen zal treden? Hoe kunnen PmH (of hun vertegenwoordiger) de regie over hun levens- en zorgplanning behouden? In welke mate kan de ontwikkeling van het digitale zorg- en ondersteuningsplan van de Vlaamse overheid hiertoe bijdragen?
- Hoe gaan andere landen in Europa te werk om interRAI zowel voor zorgplanning als voor financiering te gebruiken? Hoe positioneren zorg- en gebruikersorganisaties en overheden zich daar tegenover?
- Hoe kan de meting van kwaliteit van zorg via de BelRAI kwaliteitsindicatoren aangevuld worden met kwalitatief onderzoek? Kwaliteit van zorg is immers niet volledig kwantitatief meetbaar. Zorgkwaliteit heeft evenzeer te maken met de vertrouwensband die tussen de gebruiker en zijn zorgverleners groeit, en de afstemming en het inspelen op de noden en behoeften van de gebruiker door de zorgverlener.
- Hoe dienen overheden zich te (her)organiseren om de toekenning van budgetten te koppelen aan herhaalde BelRAI-assessments, de huidige wachtlijsten voor de toekenning van een PVB indachtig?

Met deze beleidsaanbevelingen hopen de onderzoekers voldoende wetenschappelijk en praktijk onderbouwde informatie aangeleverd te hebben voor de beleidsactoren van de Vlaamse overheid om te bepalen of er al dan niet een BelRAI-implementatietraject in de sector voor PmH zal opgestart worden, en hoe dit proces – indien er toe beslist wordt - aan te vatten.

Inhoud

Lijst met afkortingen	15
Inleiding	17
Hoofdstuk 1 Situering en onderzoeksdoelstellingen	19
1 Wat is BelRAI?	19
2 De doelen van BelRAI	23
3 Het interRAI Intellectual Disabilities instrument	26
4 Het ondersteunings- en zorgsysteem voor volwassenen met een handicap op organisatie- en beleidsniveau	27
5 Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen	34
Hoofdstuk 2 Methode	37
1 Deskresearch	37
2 Focusgroepen	38
2.1 Participanten	38
2.2 Dataverzameling	43
2.3 Data-analyses	45
Hoofdstuk 3 Resultaten	47
1 Bespreking van de resultaten van de desk research	47
1.1 SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI/interRAI op basis van (inter)nationaal onderzoek	47
1.2 Het verloop van een BelRAI-implementatietraject in een sector	55
1.3 Kerndomeinen van levenskwaliteit inventariseren met BelRAI	59
2 Bespreking van de resultaten van de focusgroepen met alle stakeholdersgroepen	59
2.1 De werking van de bevraagde types van organisaties zoals gepercipieerd door gebruikers en professionals die er werkzaam zijn	60
2.2 SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI in de sector van volwassenen met een handicap	66
2.3 Conclusie van de bevraging van de stakeholdersgroepen	72
Hoofdstuk 4 Discussie en beleidsaanbevelingen	75
1 Antwoorden op de onderzoeksvragen	75
1.1 Wat zijn de voor- en nadelen van (de implementatie van) BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap?	75
1.2 Welke stappen dienen gezet te worden om BelRAI te implementeren in de sector, indien hiervoor gekozen zou worden?	80
2 Sterktes en beperkingen van de verkennende studie	87
3 Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe	87

Referenties		95
Bijlagen		105
Bijlage 1: Rekruteringsbrieven		105
Bijlage 2: Richtvragen voor de focusgroepen		113
Bijlage 3: Resultaten van de kwalitatieve analyse van de focusgroepen		121
Bijlage 4: Ruwe resultaten van de vragenlijst		173
Bijlage 5: Tabel Kerndomeinen QOL van Schalock (2005) en BelRAI		179
Lijst Tabellen		
Tabel 1	Kerndomeinen en indicatoren kwaliteit van leven (vrije vertaling uit het Engels, Schalock et al., 2005)	28
Tabel 2	Deelnemers focusgroep zorgaanbieders en koepelorganisaties	40
Tabel 3	Deelnemers online vragenlijst	41
Tabel 4	Deelnemers focusgroep DOP, DMW en MDT	42
Tabel 5	Deelnemers focusgroep vertegenwoordigers van zorggebruikers	43
Tabel 6	Resultaten online vragenlijst	173
Tabel 7	Kerndomeinen QOL en BelRAI/interRAI (vrije vertaling uit het Engels; Schalock et al., 2005)	179
Lijst Figuren		
Figuur 1	BelRAI-instrumenten (Van Horebeek, De Cuyper, Declercq & Van Audenhove, 2022)	21
Figuur 2	Resultaten op verschillende niveaus van de zorg voor personen met een handicap (Van Horebeek et al., 2022)	22
Figuur 3	Verdeling items interRAI ID over de zes thema's (vrije vertaling uit het Engels, Martin, 2022)	27
Figuur 4	Aanvraag persoonsvolgend budget gebaseerd op Farah et al. (2019) en aangepast aan de huidige procedure	30
Figuur 5	De vijf concentrische cirkels als basis voor het opstellen van het DOP-ondersteuningsplan (overgenomen uit https://www.vaph.be/pvf/wat)	31
Figuur 6	SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI op basis van (inter)nationaal onderzoek naar het gebruik van interRAI in de ouderen-, thuis-, geestelijke gezondheidszorg, langdurige revalidatie en de ondersteuning en zorg voor volwassenen met een handicap	48
Figuur 7	Overzicht van het BelRAI-implementatieproces gebaseerd op (inter)nationale literatuur in verschillende sectoren	57
Figuur 8	SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI in de Vlaamse sector voor volwassenen met een handicap op basis van de visies van Vlaamse stakeholders, inclusief gebruikers	67
Figuur 9	Mogelijk implementatietraject van BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap	81

Lijst met afkortingen

BelRAI	Belgische versie interRAI suite
B-waarde	Nood aan begeleiding
CAP	Collaborative Action Plans
DMW	Dienst Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen
DOP	Dienst Ondersteuningsplan
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IDD	Intellectual Disabilities and Developmental disorders; verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek
interRAI	internationaal Resident Assessment Instrument
MDT	Multidisciplinair Team
Noden	vormen van disfunctioneren, hetgeen zich op de verschillende levensdomeinen kan voordoen, zonder dat dit rechtstreeks verband houdt met de zorg of ondersteuning die nodig is
NRTH	Niet rechtstreeks toegankelijke hulp
PmH	Personen met een handicap
PVB	Persoonsvolgend budget
P-waarde	Nood aan permanentie
QOL	Quality of life (kwaliteit van leven)
Referentieperiode	De referentieperiode geeft aan dat de zorgverlener de persoon en andere betrokkenen (de context, andere zorgverleners) bevraagd heeft over het functioneren, het gedrag en de stemming van de persoon tijdens de voorbije drie dagen.
RTH	Rechtstreeks toegankelijke hulp
RUG	Resource Utilization Groups System
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VWV	Vlaams Welzijnsverbond
WZC	Woonzorgcentrum
z.d.	zonder datum
ZZI	Zorgzwaarte Instrument

Inleiding

Het regeerakkoord 2019-2024 omschrijft BelRAI als een uniek inschalingsinstrument voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Tot dit beleidsdomein behoort ook de sector voor personen met een handicap (PmH). Voor deze sector formuleerde het regeerakkoord de doelstelling om de haalbaarheid van BelRAI in de sector na te gaan (Vlaamse Regering, 2019).

Naar aanleiding daarvan is in eerste instantie een vergelijkende studie uitgevoerd waarbij BelRAI- en interRAI-instrumenten met het zorgzwaarte-instrument (ZZI) van het VAPH zijn vergeleken. Uit het onderzoek bleek dat de twee instrumentaria verschillende finaliteiten hebben, wat ook een impact heeft op de concepten en items van de instrumenten. De finaliteit van het interRAI- en BelRAI-assessment systeem is in de eerste plaats kwaliteitsverbetering en input bieden voor ondersteunings- en handelingsplannen. Na verloop van tijd kan BelRAI ook dienen als basis voor budgetverdeling. Het ZZI heeft enkel financiering als finaliteit.

Het onderzoek resulteerde in drie scenario's die de plaats en implementatie van BelRAI ruim omschrijven gebaseerd op de vergelijking van beide instrumentaria, zonder in te gaan op concrete implementatiestappen of de haalbaarheid binnen de sector in kaart te brengen. In elk van de drie implementatiescenario's is BelRAI een instrument voor kwaliteitsverbetering, dat input geeft voor levens- of zorgplanning (Vanlinthout & Declercq, 2021). Om na te gaan of BelRAI hiervoor geschikt zou zijn in de sector, dienen de mogelijkheden van BelRAI meer precies in kaart gebracht te worden voor deze sector en moet ook het draagvlak hiervoor bij de stakeholders bestudeerd worden.

Daarom bevragen we in deze nieuwe, verkennende studie de standpunten van stakeholders rond een mogelijk BelRAI-traject in de zorg en ondersteuning van volwassenen met een handicap, met twee doelstellingen: enerzijds de wenselijkheid en haalbaarheid van BelRAI in de dagelijkse praktijk in kaart brengen en anderzijds input geven aan het VAPH over de mogelijkheden van BelRAI in de sector. De visies van de Vlaamse stakeholders worden gesitueerd ten opzichte van bestaande (inter)nationale onderzoeken over de implementatie van BelRAI en interRAI in verschillende sectoren. Met de studie wensen we bij te dragen aan een weloverwogen beslissing van de Vlaamse overheid om al dan niet een BelRAI-traject op te starten in de sector voor volwassen met een handicap.

Dit rapport bestaat uit vier hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk situeren we het onderzoek. Gezien er nog geen BelRAI-instrument bestaat voor volwassenen met een handicap, is BelRAI – met uitzondering van de BelRAI Screener die voor de bepaling van het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden wordt ingezet - nog vrij onbekend en ongekend in de sector. Het eerste hoofdstuk bevat daarom een omschrijving van BelRAI en zijn doelen. Internationaal bestaat er wel al een instrument voor personen met een verstandelijke beperking en/of ontwikkelingsstoornis, dat we kort toelichten in het hoofdstuk. Omdat we in dit onderzoek de mogelijkheden van BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap verkennen en de standpunten van stakeholders wat betreft de implementatie van BelRAI in kaart willen brengen, beschrijven we tevens de organisatie en financiering van het ondersteunings- en zorgaanbod voor volwassenen met een handicap. Hoofdstuk 1 eindigt met de onderzoeksdoelstellingen en de bijbehorende onderzoeksvragen. In hoofdstuk 2 bespreken we de methode van het onderzoek. Hoofdstuk 3 geeft de resultaten van het onderzoek weer. In het vierde hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen. In dit hoofdstuk worden ook de sterktes en beperkingen van het onderzoek geduid.

Dit alles resulteert in beleidsaanbevelingen over een mogelijk BelRAI-traject in de sector indien de Vlaamse overheid daartoe zou beslissen.

Hoofdstuk 1

Situering en onderzoeksdoelstellingen

In dit hoofdstuk situeren we het onderzoek door eerst BelRAI en de doelen van BelRAI toe te lichten en vervolgens nader in te gaan op het interRAI-instrument voor personen met een mentale handicap en of ontwikkelingsproblematiek (interRAI ID, intellectual disabilities). Daarna beschrijven we kort het huidige systeem van de persoonsvolgende budgetten binnen de sector voor volwassenen met een handicap. Het hoofdstuk eindigt met de onderzoeksdoelstellingen en de onderzoeksvragen van deze verkennende studie.

1 Wat is BelRAI?

De verschillende regeringen in België kozen ervoor om BelRAI te gebruiken als uniform instrumentarium om noden en het functioneren van personen in kaart te brengen. BelRAI is de Belgische versie van interRAI, een set van internationaal gevalideerde en gestandaardiseerde assessment instrumenten, ontwikkeld voor verschillende sectoren van zorg en welzijn (interrai.org). De interRAI-instrumenten brengen zowel het fysiek, sociaal en psychisch functioneren als de levenskwaliteit van een persoon¹ in kaart. Momenteel worden interRAI-instrumenten in meer dan 35 landen gebruikt, in de reguliere praktijk of in het kader van onderzoeksprojecten. De Belgische variant, BelRAI (belrai.org/nl), verschilt inhoudelijk nagenoeg niet van dat internationale systeem. De instrumenten zijn vertaald in de drie landstalen (met back-translation) (<https://www.belrai.org/nl>). In de vertaalde instrumenten – BelRAI-instrumenten genoemd - wordt rekening gehouden met de context van het Vlaamse, Waalse en Duitstalige ondersteuningsaanbod, wat leidt tot kleine – en door interRAI toegelaten – aanpassingen (BelRAI, 2019; Declercq, 2019; decreet VSB, art 2, 5°; interRAI 2021; Hermans et al., 2017; Lambert Declercq, De Almeida Mello, Cès & Macq, 2018; Lambert et al., 2018a, 2018b; Moors & Declercq, 2019; Moors, Badisco, Hermans & Declercq, 2022 [intern document]; Van Horebeek, et al., 2022 Van Regenmortel, Declercq & Van de Velde 2018, 2020; Vlaamse Regering, 2019; Vermeulen, Van Eenoo, Vanneste & Declercq, 2015).

Figuur 1 geeft een overzicht van de BelRAI-instrumenten die tot hiertoe ontwikkeld zijn voor gebruik in de reguliere praktijk of in kader van onderzoek. BelRAI bevraagt verschillende domeinen zoals fysieke en psychische gezondheid, activiteiten van het dagelijkse leven, cognitief functioneren, relationeel en sociaal leven, mantelzorg en de levensgeschiedenis. BelRAI-instrumenten zijn beschrijvende instrumenten die het functioneren omschrijven en aangeven waar problemen of noden zich situeren. De noden en problemen verwijzen naar vormen van disfunctioneren, hetgeen zich op de verschillende levensdomeinen kan voordoen, zonder een verklaring hiervoor te geven en zonder dat dit rechtstreeks verband houdt met het zorg- of ondersteuningsaanbod dat nodig is. BelRAI-instrumenten zijn geen diagnostische instrumenten (Van Horebeek et al., 2022). Een deel van de items van elk BelRAI-instrument is specifiek voor de betreffende doelgroep of sector ontwikkeld. Voor de rest overlappen de instrumenten met elkaar doordat er een gemeenschappelijke set van items terugkomt in alle instrumenten. Hierdoor worden identieke zorgnoden in de verschillende sectoren op dezelfde manier

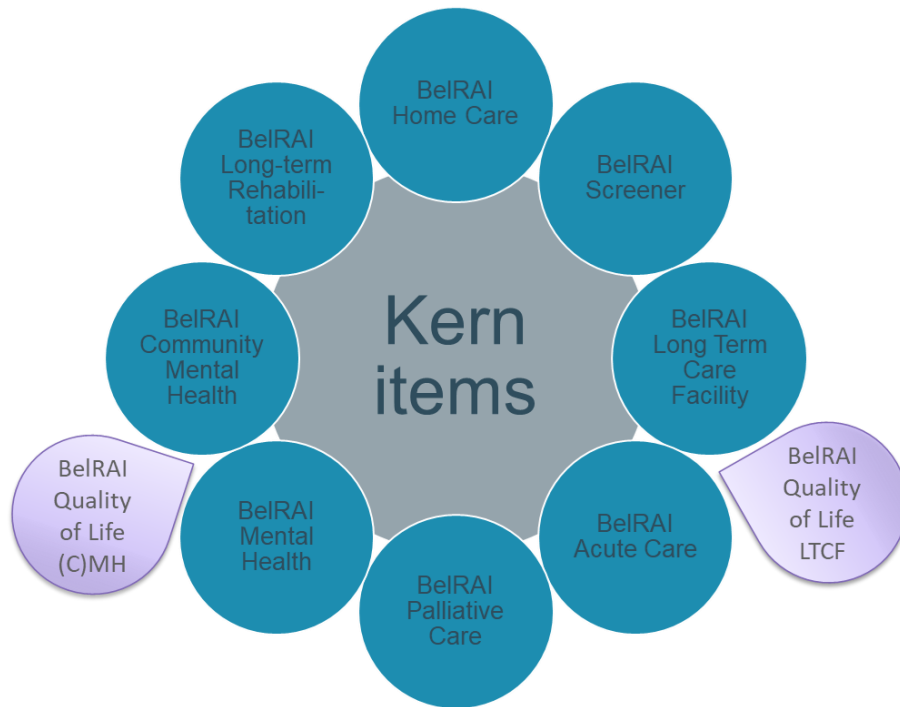
¹ Om de leesbaarheid van de tekst te bevorderen duiden we in dit rapport elke persoon aan met hij/hem/zijn.

in kaart gebracht. Met andere woorden, een BelRAI-instrument wordt ontwikkeld met de focus op de noden, zorg en uitdagingen van een welbepaalde doelgroep of sector², maar is tegelijkertijd door de gemeenschappelijke set van items compatibel met de andere BelRAI-instrumenten. Deze compatibiliteit heeft als doel de communicatie tussen voorzieningen en sectoren en de opvolging van een persoon doorheen die voorzieningen en sectoren te ondersteunen. Dit versterkt de intersectorale samenwerking tussen zorg- en welzijnsactoren die essentieel is voor de kwaliteit van zorg en de levenskwaliteit van personen met integrale zorgnoden (Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, 2015; Van de Heuvel, 2014).

Om de BelRAI-items te kunnen scoren maken zorgverleners gebruik van verschillende methodes om informatie te verzamelen. Enerzijds halen zorgverleners informatie uit observaties van de persoon, medische dossiers en andere beschikbare documenten, en communicatie met het zorgteam. Anderzijds vraagt een BelRAI-assessment om gesprekken met de persoon - indien het functioneren van de persoon dit toelaat - en zijn primaire mantelzorger en de context. BelRAI wordt ingevuld door een of meer zorgverleners uit een multidisciplinair team (interRAI 2021; Hermans et al., 2017; Martin, Hirdes, Fries & Smith, 2007; Vanlinthout & Declercq, 2021; Van Regenmortel, et al., 2020).

Het BelRAI-systeem bevat naast de standaard instrumenten ook zelfrapportage vragenlijsten die in kaart brengen hoe de persoon zijn zorg en dagelijks leven zelf beoordeelt. Via deze weg krijgt de zorgverlener zicht op aspecten in het leven van de persoon die minder of niet bevraagd worden in de standaard beoordelingsinstrumenten en rechtstreeks vanuit het perspectief van de gebruiker (Morris et al., 2016; Vanlinthout & Declercq, 2021).

² Tijdens het ondersteunings- en zorgtraject volgt het BelRAI assessment systeem steeds de persoon. Bij elk assessment bekijkt een zorgverlener welk BelRAI-instrument op dat specifieke moment in het ondersteunings- of zorgtraject het beste bij de persoon past. Een BelRAI-instrument kan bijgevolg niet één op één gelinkt worden aan gebruik binnen één bepaalde sector. Binnen interRAI werd wel vaak de naam van de sector aan het instrument gegeven in plaats van de doelgroep waarvoor het ontwikkeld is. In dit rapport wordt voor de vlotte leesbaarheid van de tekst enkel verwezen naar de sector waarop een instrument zich richt. Maar bovenstaande toelichting is hier steeds bij van toepassing.

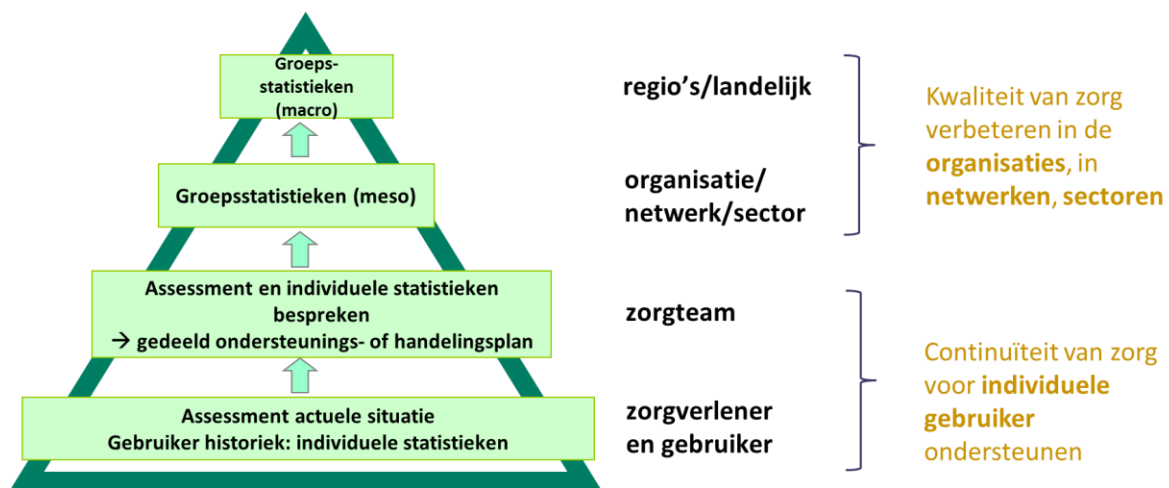


Figuur 1 BelRAI-instrumenten (Van Horebeek, De Cuyper, Declercq & Van Audenhove, 2022)

BelRAI onderscheidt zich niet alleen van andere assessment systemen doordat het een geïntegreerd holistisch assessment systeem is voor gebruik in verschillende sectoren, maar ook omdat het wetenschappelijke input biedt voor het opstellen van ondersteunings- of handelingsplannen. De resultaten van BelRAI worden berekend via gevalideerde algoritmes. Zoals te zien is in Figuur 2 worden op basis van een interRAI- en BelRAI-assessment op verschillende niveaus output berekend. De zorgschalen geven een globaal beeld van de gezondheid, het functioneren en de zorgnoden van de persoon (<https://interrai.org/applications/status-and-outcome-scales/>). De Collaborative Action Plans (afgekort CAP's) – in andere sectoren Clinical Assessment Protocols genoemd - zijn een soort van alarmen die problemen of levensdomeinen aangeven waar de mogelijkheid bestaat om het functioneren te verbeteren of verdere achteruitgang tegen te gaan (<https://interrai.org/applications/clinical-assessment-protocols-caps/>). De CAP's kunnen helpen om risico's te identificeren en hierrond interventies uit te bouwen indien de gebruiker dit wenst. Het is de combinatie van de zorgschalen en de CAP's die een globaal beeld van de persoon geeft en input biedt om een ondersteunings- of handelingsplan en doelen op te stellen. Bij periodieke afname geven de zorgschalen en CAP's ook de evolutie van het functioneren in de levensdomeinen weer en kan het input bieden om het plan bij te stellen aan de veranderende noden (BelRAI 2018; Hirdes et al., 2011; Iduye, Risling, McKibbon & Iduye, 2022; Lambert et al., 2018, 2018a, 2018b; Mathias, Hirdes & Pittman, 2010; Martin, et al., 2007; Moors & Declercq, 2019; Neyens & Declercq, 2018; Salahudeen & Nishtala, 2019; Van Eenoo, De Cuyper, Declercq & Van Audenhove, 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021, 2022; Vanlinthout, Vanneste, Boeckxstaens & Declercq, 2022; Van Regenmortel et al., 2018, 2020; Vermeulen et al., 2015).

De BelRAI Screener vormt een uitzondering op vlak van de resultaten die het BelRAI-instrument genereert. De BelRAI Screener resulteert niet in CAP's, maar geeft een totaalscore op elke van de vijf domeinen dat het instrument bevraagt. De Screener is een verkort instrument dat de zorgnoden van zorggebruikers in kaart brengt op vlak van (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven,

cognitieve, psychische en gedragsproblemen. De scores bepalen bij wie al dan niet een volledige afname van een BelRAI Home Care assessment aangewezen is. Daarnaast wordt de BelRAI Screener ingezet om te bepalen wie er recht heeft op het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden zoals bepaald in de Vlaamse Sociale Bescherming. Tot slot kunnen zorgverleners op basis van de resultaten van de Screener een eerste inschatting maken van de zorgbehoeften van de persoon om op basis daarvan hulpverleningsdoelen op te stellen (Moors & Declercq, 2019; Vanlinthout & Declercq, 2021; Vanlinthout et al., 2022; Vermeulen et al., 2015).



Figuur 2 Resultaten op verschillende niveaus van de zorg voor personen met een handicap (Van Horebeek et al., 2022)

Naast de individuele statistieken kunnen interRAI- en BelRAI-instrumenten ook groepsstatistieken genereren op basis van groepsdata die binnen voorzieningen of netwerken zijn verzameld. BelRAI onderscheidt zich dus ook van andere assessment systemen doordat het – op basis van dezelfde data - via kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën het kwaliteitsbeleid op het niveau van de voorzieningen en regio’s ondersteunt. Kwaliteitsindicatoren geven aan waar potentiële probleemgebieden in de zorgverlening of organisatie voorhanden zijn die aandacht of een interventie op organisatieniveau vragen (<https://interrai.org/applications/quality-indicators/>). Binnen interRAI zijn tot hertoe kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die gelinkt zijn aan interRAI Home Care (HC) (Morris, Fries, Frijters, Hirdes & Steel, 2013), interRAI Long-Term Care Facilities (LTCF) (Frijters et al., 2013), interRAI Palliative Care (Guthrie et al., 2022) en interRAI (Community) Mental Health (Perlman et al., 2013). In Vlaanderen zullen waarschijnlijk in het najaar 2022 de eerste studies starten (bij het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg en binnen Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) om de kwaliteitsindicatoren van BelRAI LTCF te valideren.

Zorgzwaarte- of case-mix categorieën – de tweede soort groepsstatistieken die BelRAI genereert - kunnen zowel binnen voorzieningen gebruikt worden als voor regionale en internationale benchmarking (<https://interrai.org/resource-allocation/>). De zorgzwaarte- of case-mix categorieën worden bepaald op basis van persoonskenmerken en identificeren – bijvoorbeeld op basis van BelRAI-data - groepen van individuen met gelijkaardige en vergelijkbare zorg- en ondersteuningsnoden en gebruik van zorg en ondersteuning. Op deze manier deelt het classificatiesysteem de personen in relatieve zorgzwaarte-categorieën in.

Een case-mix classificatiesysteem is een systeem om de beschikbare middelen op een billijke manier te verdelen tussen de verschillende gebruikers (James, Fries, Goodell & Wellens, 2015³; Moors et al., 2022). Een case-mix systeem koppelt daarbij twee elementen: (1) de meetcomponent, zijnde de case-mix categorieën, en (2) een financieringscomponent die de verdeling van de middelen bepaalt - niet het totale te verdelen budget - zijnde de case-mix indices. Vervolgens kan een overheid ervoor kiezen om financiering of budgetsystemen hieraan te verbinden. Het case-mix systeem koppelt aan elke zorgzwaartecategorie een case-mix index. Een case-mix index geeft de gebruikte middelen voor zorg en ondersteuning weer voor personen in een zorgzwaartecategorie ten opzichte van een referentie zorgzwaartecategorie. Het is dus een relatieve index. Wanneer de referentie zorgzwaartecategorie een case-mix index van 1 heeft, dan heeft een persoon uit een zorgzwaartecategorie met case-mix index 1.20, 20% meer middelen voor zorg en ondersteuning nodig.

Voor verschillende doelgroepen zijn in de Verenigde Staten en andere landen reeds interRAI case-mix systemen ontwikkeld, de Resource Utilization Groups System (RUG's) genoemd voor ouderen die leven in een woonzorgcentrum (WZC) of die thuis hulp krijgen van een thuiszorgdienst (Björkgren, Fries & Shugarman, 2010; de Almeida Mello, Cès, Vanneste, Van Durme, Van Audenhove, Macq, Fries & Declercq, 2020; de Almeida Mello, Vermeulen, Hermans & Declercq, 2016; Shugarman et al., 1999), en het System for Classification of In-Patient Psychiatry (SCIPP) voor personen die residentiële hulp krijgen in de geestelijke gezondheidszorg (Hirdes et al., 2020). Ook voor personen met een ontwikkelingsstoornis is een case-mix systeem in de VS ontwikkeld (Fries et al., 2019; Martin, Fries, Hirdes & James, 2011). Ook in België is hier reeds onderzoek naar gebeurd, meer bepaald voor ouderen in Vlaamse WZC of die hulp krijgen van een thuiszorgdienst (de Almeida Mello et al., 2020). Voor het ontwikkelen van een case-mix classificatiesysteem kan men gebruik maken van een reeds internationaal gevalideerde case-mix classificatiesysteem al dan niet met aanpassingen van de case-mix index voor de doelgroep en context, of er kan een volledig nieuw case-mix systeem ontwikkeld worden (de Almeida Mello, et al., 2016; de Almeida Mello et al., 2020; Fries et al., 2019; Hirdes et al., 2020; Moors et al., 2022; Perlman et al., 2013).

2 De doelen van BelRAI

BelRAI is een geïntegreerd systeem van holistische assessment instrumenten die dezelfde noden op verschillende levensdomeinen en in verschillende sectoren op dezelfde manier inventariseren. BelRAI streeft hiermee verschillende doelen na op verschillende niveaus. Op het niveau van de ondersteuning van de persoon en zijn context wil BelRAI persoonsgerichte zorg en ondersteuning bevorderen en optimaliseren, als ook de kwaliteit en continuïteit ervan (Van Eenoo, et al., 2017; Van Horebeek et al., 2022). Het bieden van ondersteuning bij het opstellen of aanpassen van een geïndividualiseerd

³ **“Case mix (CM):** An approach that identifies individuals based upon a set of clinical characteristics that are demonstrated to be related to their actual costs of services/supports. Most case-mix systems classify individuals into groups that have similar characteristics but are clinically distinct from one another; within a given group, individuals would also use similar amounts of assistance.” (James et al., 2015, p. 4)

“Case-mix allocation systems: The scientific and administrative methods used to link a given amount of resource use to particular characteristics of the individual that are believed to best represent the “need” for care. Successful case-mix systems have been developed for hospitals, nursing homes, home health care, and inpatient psychiatric care, each with its own complexities. Case-mix systems may be informed by legislative intent, analysis of historical expenditures, expert opinion from clinicians or advocates, statistical analysis of the clinical characteristics of users, or a mix of these information sources.” (James et al., 2015, p. 4).

ondersteunings- of handelingsplan is hierbij het eerste doel. Met de resultaten van de zorgschalen en de CAP's gaan de zorgverlener en de gebruiker en zijn context in gesprek om een geïndividualiseerd ondersteunings- of handelingsplan op te stellen afgestemd op de noden, wensen en prioriteiten van de persoon en zijn context. Het is immers de persoon – of eventueel zijn context – die bepaalt waarrond hij wil werken. De visies op de noden, hoe de persoon hieraan wenst te werken en welk zorg- en ondersteuningsaanbod hiervoor voorzien zal worden, kunnen verschillen en komen in dit gesprek aan bod. Dit resulteert in het ondersteunings- of handelingsplan voor die persoon. BelRAI genereert dus geen automatisch ondersteunings- of handelingsplan (Hirdes et al., 2020; Moors & Declercq, 2019; Neyens & Declercq, 2018; Vanlinthout, et al., 2022; Van Regenmortel et al., 2018, 2020; Vermeulen et al., 2015).

Persoonsgerichte zorg vraagt vervolgens om betere communicatie tussen stakeholders en sectoren (De Stampa et al., 2018). Dit is een tweede doel van BelRAI. Het zorglandschap en ondersteuningsaanbod zijn momenteel erg versnipperd, met elk hun eigen instrumenten en vragenlijsten. Dit wil zeggen dat vaak dezelfde informatie opnieuw verzameld wordt. Het gebruik van meerdere instrumenten om verschillende aspecten van het leven van een persoon in kaart te brengen zorgt bovendien voor inconsistentie en vaak onvolledigheid (Hirdes et al., 2020). In zo een gefragmenteerd zorg- en ondersteuningssysteem is informatieoverdracht en communicatie een belangrijke voorwaarde om persoonsgerichte en geïntegreerde zorg te realiseren. Een informatiesysteem dat eenzelfde tool - een holistisch en geïntegreerd systeem van assessment instrumenten - gebruikt in verschillende sectoren en over sectoren heen is essentieel om dit te kunnen verwezenlijken. interRAI en BelRAI bieden deze mogelijkheid (De Stampa et al., 2018).

Een volgend doel van BelRAI is om bij te dragen aan continuïteit van zorg en ondersteuning doordat de verzamelde BelRAI-data de persoon volgen doorheen zijn zorg- en begeleidingstraject (de Almeida Mello, 2018). Uit onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg blijkt dat de continuïteit van zorg kan opgedeeld worden in verschillende vormen die mogelijk ook toepasbaar zijn op de zorg en ondersteuning van PmH (Haggerty et al., 2003; Hermans et al., 2020; Naert, Roose, Rapp, & Vanderplasschen, 2017; Van Horebeek et al., 2022; Saultz, 2003; Sweeney et al., 2015; Weaver, Coffey, & Hewitt, 2017; Wierdsma, Mulders, de Vries, & Systema, 2009):

- Cross-sectionele continuïteit: dit verwijst naar samenhang tussen alle componenten van de zorg en ondersteuning rond een persoon, bijvoorbeeld de verschillende organisaties die ondersteuning bieden op verschillende levensdomeinen, de mantelzorgers, vrijwilligers
- Longitudinale continuïteit: dit verwijst naar continuïteit doorheen de gehele tijdsperiode dat de persoon zorg en ondersteuning ontvangt, waarbij er soepele overgangen zijn wanneer de persoon van zorgaanbieder of sector verandert of wanneer bijvoorbeeld een persoon zorg inkoop bij verschillende organisaties die tegelijkertijd of achtereenvolgens ondersteuning aanbieden.
- Relationale continuïteit: verwijst naar de samenwerkingsrelatie die de persoon heeft met de sleutel- of hoofd-zorgverlener.
- Contextuele continuïteit: deze vorm van continuïteit betreft zorg en ondersteuning die in het dagelijkse leven geïntegreerd is.
- Informatieele continuïteit: gaat in op het verzamelen en delen van informatie over verschillende zorgperiodes heen. Deze informatie kan input bieden voor een ondersteunings- of handelingsplan.

BelRAI sluit met zijn doelstelling het meeste aan bij informatiele continuïteit, die de cross-sectionele en longitudinale continuïteit ondersteunt. Het is immers een instrument dat over verschillende sectoren heen hetzelfde op dezelfde manier meet en in kaart brengt. Het gebruik van een geïntegreerd holistisch assessment systeem is zodoende een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde om continuïteit van zorg en ondersteuning te realiseren. Inzet op de relationele continuïteit, bijvoorbeeld via casemanagement, en contextuele continuïteit is even cruciaal (Van Horebeek et al., 2022).

Daarnaast heeft BelRAI ook doelstellingen op het niveau van organisaties en netwerken. Allereerst kunnen zorgschalen en CAP's ook op groepsniveau geanalyseerd worden, bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie van één afdeling vergelijken met die van een andere afdeling. Enkele Vlaamse woonzorgcentra die BelRAI sinds een aantal jaar gebruiken, hebben ervaren dat dit input kan bieden voor personeelsplanning omdat duidelijk wordt hoezeer de zorgnoden van de populaties van beide afdelingen van elkaar verschillen. Zo geven de resultaten van BelRAI ook input over de caseload van een afdeling of organisatie en helpt het bij het monitoren van de populatie over de tijd heen (Hirdes et al., 2020; interRAI Australia, 2021). Vervolgens wil BelRAI bijdragen aan de kwaliteitsmonitoring van zorg en ondersteuning. Eenmaal er representatieve BelRAI-data in een sector voorhanden zijn, kunnen kwaliteitsindicatoren ontwikkeld worden of bestaande kwaliteitsindicatoren gevalideerd worden. Kwaliteitsindicatoren geven aan waar potentiële probleemgebieden in de zorgverlening of organisatie zich voordoen die aandacht of een interventie vragen. Door in te zetten op deze aandachtspunten kan de kwaliteit van zorg en ondersteuning verbeteren. Kwaliteitsindicatoren laten ook toe om de kwaliteit van zorg van sectoren te meten en te vergelijken met andere sectoren, regio's en landen (de Almeida Mello, 2018; Hermans et al., 2017). Ook de case-mix systemen kunnen het kwaliteitsbeleid van voorzieningen en regio's ondersteunen. Een case-mix helpt om individuen te groeperen volgens zorgnoden, wat ook voordelen heeft voor het management (Hirdes et al., 2020; interRAI Australia, 2021). Aan de hand van de RUG's werd in België bijvoorbeeld de case-mix van oudere personen die thuis wonen vergeleken met een groep daarvan die bij follow-up waren opgenomen in een woonzorgcentrum. Deze vergelijkingen maken duidelijk op welke interventies middelen dienen ingezet worden opdat ouderen langer zouden kunnen thuis wonen (de Almeida Mello et al., 2020). Specifiek voor de interRAI en BelRAI case-mix systemen is dat de case-mix categorieën gelinkt kunnen worden aan de kwaliteitsindicatoren die het instrument waaraan het case-mix systeem gekoppeld is, genereren. Als de budgetverdeling gebaseerd is op een case-mix systeem, dan krijgen de zorgorganisaties hogere budgetten voor de personen met hogere case-mix (= ernstigere zorgnoden waarvoor zorggebruikers meer kinesitherapie, ergotherapie of andere behandelingen krijgen). Om de zorgkwaliteit in deze voorzieningen te monitoren, kunnen de kwaliteitsindicatoren gebruikt worden. Op deze manier kan de link tussen de budgetten die voorzieningen krijgen voor hun zorg- en ondersteuningsaanbod en de kwaliteit van hun zorg en ondersteuning onderzocht worden.

Tot slot kunnen overheden beslissen om budgetten aan case-mix indices te koppelen. De manier waarop deze allocatie gebeurt, is afhankelijk van politieke beslissingen. De validering van een case-mix systeem is een lange termijn proces waarvoor verschillende stappen dienen doorlopen te worden en is pas mogelijk op het moment dat BelRAI reeds een aantal jaar ingeburgerd is in de sector om levens- en/of zorgplanning en communicatie binnen en tussen sectoren te ondersteunen. De BelRAI-data die in die periode verzameld zijn, zijn immers nodig om een case-mix systeem te kunnen valideren voor Vlaanderen. Dit wil zeggen dat budgetverdeling geen op zich staande finaliteit van BelRAI kan zijn in een regio en sector. Het gebruik van BelRAI gegevens op overheidsniveau is steeds de laatste stap van het BelRAI-traject en de laatste doelstelling om te realiseren (Declercq, 2019; Lambert, et al., 2018, Lambert

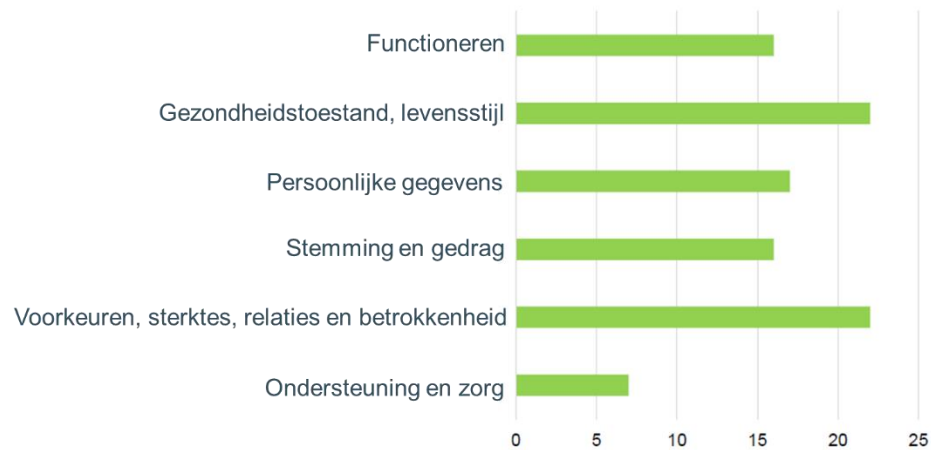
et al., 2018a, 2018b; Moors & Declercq, 2019; Moors et al., 2022; Van Doren & Declercq, 2018; Van Eenoo et al., 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021, 2022; Vanlinthout & Declercq, 2021; Van Regenmortel, et al., 2018, 2020; Vermeulen, et al., 2015).

3 Het interRAI Intellectual Disabilities instrument

Voor een deel van de doelgroep van volwassenen met een handicap bestaat er een interRAI-instrument, namelijk het interRAI Intellectual Disabilities instrument (kortweg interRAI ID). Dit instrument is ontwikkeld voor personen met een verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek (Engelse afkorting IDD), al dan niet in combinatie met een motorische handicap. Voor de doelgroep van volwassenen met een sensorische of motorische handicap zonder een verstandelijke of ontwikkelingsproblematiek bestaat er momenteel geen interRAI-instrument. Voor Vlaanderen en België bestaan er nog geen BelRAI-instrumenten voor personen met een handicap.

Personen met IDD maken vaak gebruik van zowel de ruime gezondheidszorg als van sociale diensten. Binnen de doelgroep is er vaak sprake van comorbiditeit, complexe noden en langdurige zorg, wat het gebruik van verschillende zorg- en welzijnsinstanties verklaart. Binnen de sectoren bestaan er verschillende definities voor IDD waardoor de doelgroep binnen de reguliere zorg niet eenvoudig te identificeren is en hun specifieke noden daardoor niet altijd opgemerkt worden (De Haan, 2021; de Vaan, Vervloed, Peters-Scheffers, van Gent, Knoors & Verhoeven, 2016; McKenzie, Martin & Ouellette-Kuntz, 2017; Storms, Marquet & Claes, 2017; Wieland, van Hout, van Els & Bogers, 2020). Een allesomvattend instrument voor personen met IDD dat de kerndomeinen van ondersteuning alsook alle levensdomeinen omvat is onontbeerlijk. Het interRAI Intellectual Disabilities instrument werd daarom voor deze doelgroep ontwikkeld.

De doelstelling van de ontwikkelaars (Martin, Hirdes, Fries & Smith, 2007) was om de noden en de uitdagingen van de doelgroep in kaart te brengen, opvolging te vergemakkelijken en tegelijkertijd de communicatie tussen voorzieningen en sectoren te faciliteren. Het finale interRAI ID instrument bevat items met betrekking tot alle levensdomeinen. Het instrument blijkt valide en consistent te zijn bij alle types en niveaus van IDD, en bij de verschillende ondersteuningsvormen zoals thuiszorg of langdurige residentiële zorg (Martin, et al., 2007; Office for People with Developmental Disabilities, NY State, 2017). Concreet gaat interRAI ID in op zes grote thema's: (1) het functioneren [(instrumentele) activiteiten van het dagelijks leven, communicatie, cognitie], (2) de gezondheidstoestand (hieronder vallen ook verschillende diagnoses, problemen, de voeding, mondzorg en de levensstijl), (3) persoonlijke gegevens (bijvoorbeeld informatie over de thuisomgeving, voorgeschiedenis zorg), (4) stemming en gedrag, (5) voorkeuren, sterktes, relaties en betrokkenheid van de persoon en (6) de ondersteuning en zorg die de persoon nu krijgt, zowel van zorgaanbieders als van mantelzorgers. Onderstaande figuur geeft weer hoe de items uit interRAI ID procentueel verdeeld zijn over de zes thema's.



Figuur 3 Verdeling items interRAI ID over de zes thema's (vrije vertaling uit het Engels, Martin, 2022)

Naast de items die ingevuld worden op basis van observaties, dossierinformatie en gesprekken met de gebruiker, zijn context en het ruimere zorgteam bevat het instrument ook zelfrapportage items. Uit internationaal onderzoek van o.a. Lynn Martin blijkt dat 60% van personen met een verstandelijke handicap of ontwikkelingsproblematiek deze zelfrapportage items kan beantwoorden, de ene persoon uitgebreider dan de andere (Martin, 2022). Het vraagt veel training voor de begeleiders om de beste bevragingstechnieken onder de knie te krijgen zodat PmH zo veel als mogelijk zelf de zelfrapportage items kunnen beantwoorden. Bij de overige 40% van de PmH zijn er communicatiemoeilijkheden of een diepe verstandelijke handicap, waardoor ze de zelfrapportage items niet zelf kunnen beantwoorden. In deze gevallen kan de zorgverlener beroep doen op het netwerk of de vertrouwenspersoon van de PmH. interRAI ID identificeert dus, net zoals andere interRAI-assessments, de individuele noden, sterktes en voorkeuren van de PmH en geeft hiermee input voor het opstellen van een geïndividualiseerd en persoonsgericht handelings- of levensplan. In gesprekken met de persoon is het belangrijk om de resultaten van interRAI ID op een behapbare en toegankelijke manier te bespreken (Fries et al., 2019; Hirdes et al., 2013; Martin, 2022; Martin, et al., 2007; McKenzie, et al., 2017).

In de VS zijn ook reeds de eerste stappen gezet om een case-mix classificatiesysteem te ontwikkelen voor interRAI ID. Onderzoekers gingen na wat de kosten zijn voor personen met IDD in de thuiszorg bij wie het interRAI ID assessment werd afgenomen. In hun onderzoek onderscheiden Fries en collega's (2019) 33 verschillende zorgzwaartecategorieën, waarbij ze focussen op verschillen in persoonskenmerken en noden tussen de groepen. Een belangrijk aandachtspunt is dat het voor deze doelgroep moeilijk is om te bepalen of ondersteuning door mantelzorgers al dan niet mee de case-mix index moet bepalen en, zo ja, in welke mate deze ondersteuning door mantelzorgers kan meegenomen worden in de case-mix index. In veel situaties zal immers ook het netwerk een groot deel van de ondersteuning op zich nemen.

4 Het ondersteunings- en zorgsysteem voor volwassenen met een handicap op organisatie- en beleidsniveau

De huidige visie en werking van het ondersteunings- en zorgaanbod voor personen met een handicap is gebaseerd op een emancipatorische ondersteunings- en burgerrechtvisie waarbij elke persoon met een handicap recht heeft op een inclusieve positie in de samenleving en op regie over het eigen leven (Vandeuren, 2010-2011). Het bevorderen van de levenskwaliteit van de persoon en zijn context als

algemene doelstelling van het zorg- en ondersteuningsaanbod sluit hier nauw bij aan. Onderzoek van Schalock en collega's bij personen met een verstandelijke handicap (2005) concludeert dat levenskwaliteit een multidimensioneel concept is dat uit acht kerndomeinen bestaat: (1) emotioneel welzijn, (2) interpersoonlijke relaties, (3) materieel welzijn, (4) persoonlijke ontwikkeling, (5) fysiek welzijn, (6) zelfbeschikking, (7) sociale inclusie en (8) rechten. De kerndomeinen zijn voor iedereen, over verschillende landen en culturen heen, gelijk. De relatieve waarde en het belang van elk domein kan verschillen tussen personen. Aan elk domein zijn drie indicatoren van persoonlijk welzijn gekoppeld aan de hand waarvan de kerndomeinen van QOL bij een persoon geïnventariseerd kunnen worden. De indicatoren zijn in Tabel 1 per kerndomein opgelijst. Het zijn beschrijvende en objectiverende aspecten van elke kerndomein. Ze zijn het resultaat van een systematische review en verwijzen naar items die in verschillende instrumenten rond kwaliteit van leven onder de acht domeinen het meest naar voor kwamen (Schalock et al., 2005). Deze conceptualisatie van levenskwaliteit volgens Schalock maakt duidelijk dat de toepassing van de emancipatorische ondersteunings- en burgerrechtensvisie in het ondersteunings- en zorgbeleid cruciaal is om de levenskwaliteit van PmH en hun context te bevorderen.

Tabel 1 Kerndomeinen en indicatoren kwaliteit van leven (vrije vertaling uit het Engels, Schalock et al., 2005)

Domein	Indicatoren
Persoonlijke ontwikkeling	Opleiding, persoonlijke competentie, vaardigheden/prestaties
Zelfbeschikking	Autonomie, vrijetijdsbesteding, persoonlijke doelen en waarden
Interpersoonlijke relaties	Interacties, relaties/vriendschappen, en ondersteuning (emotioneel, fysiek, feedback, financieel)
Sociale inclusie	Integratie en participatie in de samenleving, rollen in de samenleving, keuzes
Rechten	Sociale ondersteuning, Mensenrechten (respect, waardigheid, gelijkheid), wettelijke, legale rechten (burgerschap, toegang, rechtvaardige behandeling)
Emotioneel welbevinden	Tevredenheid, zelfbeeld, gebrek aan stress
Fysiek welbevinden	Gezondheid, ADL-activiteiten en gezondheidszorg
Materieel welbevinden	Financiële status, tewerkstelling en huisvesting

Zowel door de invoering van een persoonsgericht ondersteuningsplan als van persoonsgerichte financiering wil het Vlaamse ondersteunings- en zorgbeleid voor personen met een handicap inzetten op de kerndomeinen van levenskwaliteit voor deze doelgroep. Werken aan een persoonsgericht ondersteuningsplan draagt bij tot zelfbeschikking, autonomie en keuzes in vrije tijd. Afhankelijk van de wensen en doelen van de PmH kan dit ondersteuningsplan ook bijdragen aan betere interpersoonlijke

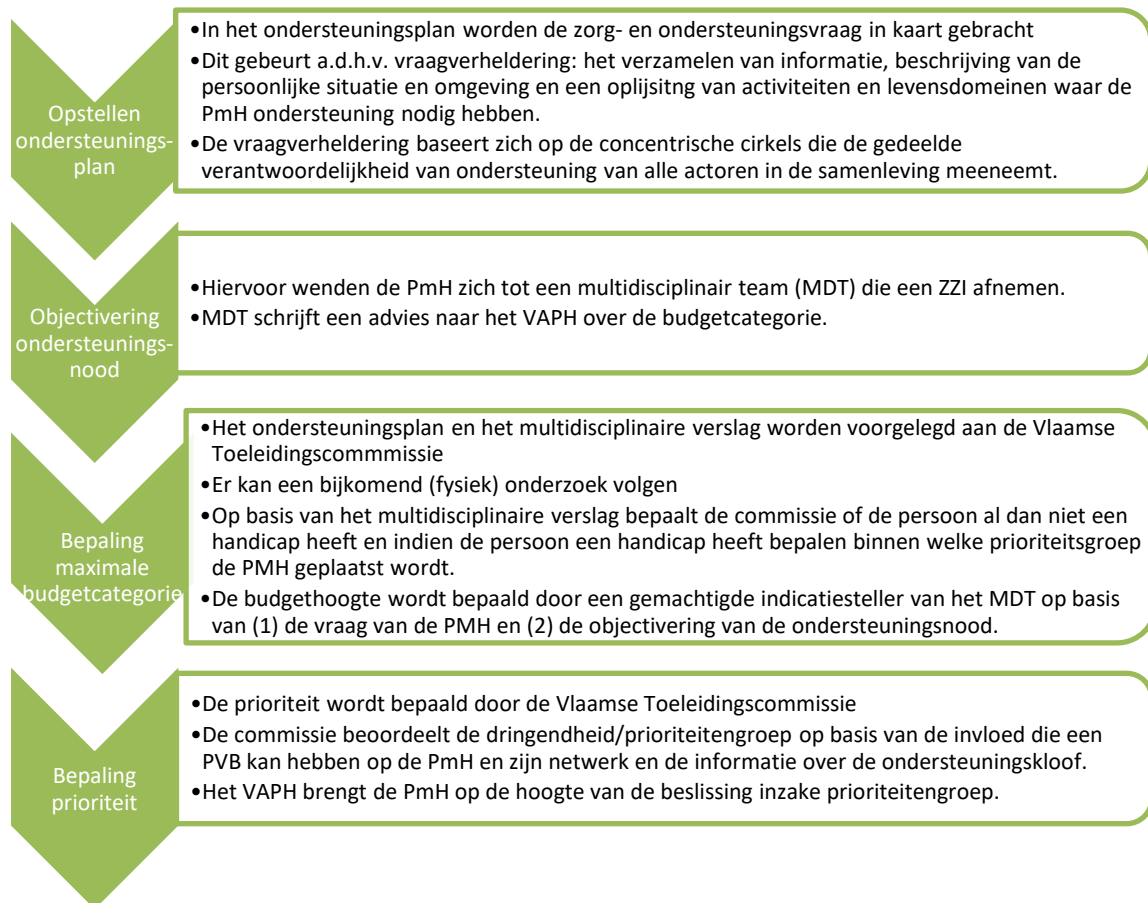
relaties, materieel welzijn (vinden van een job, huisvesting aanpassen) of het emotioneel en fysiek welzijn (Beadle-Brown, 2006). Bij een erkende zorgaanbieder waarbij de PmH ondersteuning en/of zorg aankopen wordt vervolgens een handelingsplan opgesteld. Dit plan verduidelijkt hoe het ondersteunings- en/of zorgaanbod van de organisatie de levenskwaliteit van de persoon – en in het bijzonder de kerndomeinen die voor hem en zijn context het belangrijkste zijn - mee zal helpen bevorderen en realiseren.

Ook door middel van het persoonsvolgend budget (PVB) wil het Vlaamse beleid de nadruk leggen op een zo groot mogelijke autonomie en zelfsturing van PmH, en dus ook op meer doelgerichte en vraaggestuurde zorg. PmH kunnen immers zelf het beste inschatten welke zorg en ondersteuning zij nodig hebben om tegemoet te komen aan hun noden en om te kunnen participeren in de maatschappij. In 2017 paste de sector zijn financiering voor meerderjarigen daarom aan. De doelstelling van de persoonsvolgende financiering is om te focussen op de QOL-domeinen van zelfbeschikking, materieel welzijn en keuzes in zorg, activiteiten en de mogelijkheid om - in de mate van het mogelijke - thuis te blijven wonen. Daarnaast heeft persoonsvolgende financiering tot doel om goed geïnformeerde gebruikers te hebben, die hierdoor goed onderbouwde keuzes kunnen maken, in een inclusieve samenleving. Dit draagt eveneens bij tot hun levenskwaliteit. PmH kunnen via dit financieringssysteem actief participeren in de organisatie van hun ondersteuning en zorg. Dit verloopt via het ondersteuningsplan dat gekoppeld is aan het PVB en de eigen keuzes die de persoon maakt bij het inkopen van zorg (Beadle-Brown, 2006; Farah et al., 2019; Ferket et al., 2019; VAPH, 2020). De financiering van de ondersteuning en zorg bestaat uit twee pijlers die gekoppeld zijn aan de soort ondersteuning die de persoon nodig heeft. In wat volgt gaan we dieper in op de organisatie van het ondersteunings- en zorgaanbod en de financieringsprocedures vanuit de Vlaamse overheid.

De eerste pijler is de rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH). RTH is een laagdrempelige vorm van ondersteuning die beperkt is in tijd en hulp biedt bij een lage frequente nood aan ondersteuning. Om zich te beroepen op deze vorm van hulp dient een persoon geen specifieke erkenning van handicap of een aanvraag bij het VAPH te doorlopen. Bij RTH-zorgaanbieders kunnen PmH terecht voor verschillende vormen van ondersteuning met name ambulante hulp, mobiele en outreach begeleiding, groepsbegeleiding, dagopvang en nachtverblijf. De kost van de ondersteuning wordt berekend aan de hand van personeelspunten. Elke persoon met een (vermoeden van een) handicap kan per jaar maximaal gebruikmaken van acht punten, op voorwaarde dat de capaciteit hiervoor bij de zorgaanbieders aanwezig is. Daarnaast is er een gedeeltelijke instellingsfinanciering en een maximale eigen bijdrage van de persoon die bepaald wordt door het VAPH (Farah et al., 2019; Ferket et al., 2019). Voor deze eigen bijdrage konden personen met een (vermoeden van) een handicap tot vóór de regeerperiode 2019-2024 beroep doen op een basisondersteuningsbudget van 300 euro. Op basis van het Vlaams regeerakkoord 2019-2024 is het basisondersteuningsbudget sinds 2021 uitdovend (Op de Beeck, Schepers & Van Regenmortel, 2018; <https://docs.vlaamsparlement.be/docs/varia/regeerakkoord-2019-2024.pdf>). Wie vóór 2021 reeds een basisondersteuningsbudget kreeg toegewezen, blijft dit behouden tot aan de eventuele overstap naar niet rechtstreeks toegankelijke hulp of tot aan zijn overlijden.

De tweede pijler is de niet rechtstreeks toegankelijke hulp (NRTH) die gekoppeld is aan een persoonsvolgend budget (PVB). De tweede pijler is een meer intensieve vorm van handicapspecifieke ondersteuning voor PmH voor wie de ondersteuning binnen de eerste pijler onvoldoende is. De tweede pijler is vanuit het VAPH enkel toegankelijk voor meerderjarige personen wiens handicap erkend is door het VAPH en die door zijn beperking intensieve en/of frequente ondersteuning nodig heeft. Om de

ondersteuning van NRTH-zorgaanbieders te kunnen inkopen kunnen PmH een persoonsvolgend budget aanvragen. Deze aanvraag verloopt in vier fasen die worden weergegeven in onderstaande Figuur 4 (Farah et al., 2019; Ferket et al., 2019).



Figuur 4 Aanvraag persoonsvolgend budget gebaseerd op Farah et al. (2019) en aangepast aan de huidige procedure

Voor het proces van vraagverheldering en het opstellen van het ondersteuningsplan PVB (Fase 1) kunnen PmH bij verschillende diensten en organisaties terecht, namelijk de dienst ondersteuningsplan (DOP), de dienst maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW), een gebruikersorganisatie of ze stellen hun ondersteuningsplan zelf op. De twee diensten en de gebruikersorganisatie zijn op een andere manier erkend, georganiseerd en gesubsidieerd. In veel opzichten werken de drie complementair en spelen ze alle drie een belangrijke rol in de vraagverheldering en ondersteuningsplanning.

Toch zijn er enkele verschillen in hun werking. De DOP hebben als takenpakket om PmH te begeleiden in het proces van vraagverheldering en het opstellen van een ondersteuningsplan (DOP-ondersteuningsplan). Bij de vraagverheldering brengt een DOP volgende punten in kaart: de keuzes en wensen van de persoon in de verschillende levensdomeinen, mogelijkheden en beperkingen van de persoon, welke ondersteuning reeds aanwezig is en wat de ondersteuningsnoden zijn. Om aan de ondersteuningsnoden te voldoen gaan de DOP eerst op zoek naar ondersteuningsbronnen in het eigen netwerk en de reguliere zorg. Het basismodel voor de geëigende methodiek van de DOP zijn de vijf concentrische cirkels (Van Puyenbroeck & Fagardo, 2020), visueel weergegeven in Figuur 5.



Figuur 5 De vijf concentrische cirkels als basis voor het opstellen van het DOP-ondersteuningsplan (overgenomen uit <https://www.vaph.be/pvf/wat>)

De vijf concentrische cirkels geven de interactie weer tussen de op elkaar verder bouwende ondersteuningssystemen van de gebruiker. De verschillende systemen zijn nodig om kwaliteit van leven en het verbeteren van het individueel functioneren te waarborgen (Ferket et al., 2019; Van Puyenbroeck & Fagardo, 2020). Het resultaat is een ondersteuningsplan DOP dat het geheel aan ondersteuning beschrijft, de levens- en ondersteuningsvragen verheldert en de persoon en zijn netwerk centraal stelt. De meerwaarde van de DOP is dat het bij het opstellen van het ondersteuningsplan DOP een inclusief traject doorloopt, waarbij men beroep doet op de lokale gemeenschap en ook sector overschrijdend naar oplossingen zoekt om ondersteuning te bieden, het netwerk wordt uitgebouwd en versterkt en het een toekomstgericht en persoonlijk, individueel plan biedt. Bovenop dit takenpakket helpen de DOP sinds 2016 bij het opmaken en indienen van ondersteuningsplannen voor PVB (het Ondersteuningsplan PVB). Als blijkt uit de vraagverheldering dat er nood is aan intensieve en handicapspecifieke ondersteuning stellen de DOP een ondersteuningsplan PVB op. Het opstellen van dit ondersteuningsplan PVB doorloopt dezelfde methodiek als hierboven beschreven. Enkel de uitkomst is verschillend doordat de oplossing voor de vraag een aanvraag PVB is (Van Puyenbroeck & Fagardo, 2020). Een ondersteuningsplan PVB ingediend door een DOP wordt automatisch goedgekeurd door het VAPH (VAPH, z.d.). Na de goedkeuring neemt de gebruiker contact op met het MDT om de aanvraag verder af te handelen.

Naast de DOP kunnen PmH ook terecht bij een DMW van een ziekenfonds voor een ondersteuningsplan PVB. De DMW bieden toegankelijke en laagdrempelige dienstverlening aan met als doel om de zelfredzaamheid, maatschappelijke integratie en toegang tot rechten en voorzieningen te verhogen. Ze geven individueel en objectief advies en doorlopen een uitgebreide vraagverheldering met de persoon om de ondersteuningsvraag in kaart te brengen. Vaak werken ze samen met andere actoren uit het geïntegreerd breed onthaal om zorg te organiseren. De kerntaken van de DMW bestaan uit:

- onthaal, directe hulp en ondersteuning waarbij ze PmH wegwijs maken in het zorgaanbod en informatie geven,
- begeleiding in de thuiszorg, waarbij ze systematische contacten hebben verspreid over een langere periode. Deze begeleiding is geen hulp in functie van praktische of huishoudelijke

ondersteuning, maar een planmatige samenkomst waar er over verschillende levensdomeinen heen naar doelstellingen toe wordt gewerkt. De thuisbegeleiding bestaat uit vier modules, met name (1) zorgbegeleiding in complexe thuissituaties, (2) psychosociale begeleiding bij verliesverwerking, (3) trajectbegeleiding aan personen met een handicap en (4) ergotherapeutische begeleiding (Van Puyenbroeck & Fagardo, 2020),

- een proactieve werking waarbij ze personen contacteren om niet automatisch toegekende rechten te verduidelijken,
- en indicatiestelling om het zelfredzaamheidsvermogen in kaart te brengen.

In 2017 kregen de DMW als nieuwe taak het opstellen van ondersteuningsplannen PVB. Deze plannen worden net zoals de ondersteuningsplannen PVB van de DOP direct goedgekeurd door het VAPH. Het VAPH investeerde in de DMW als tweede mogelijkheid om PmH te ondersteunen bij het opstellen van een ondersteuningsplan PVB. Om het ondersteuningsplan PVB op te stellen werd de DMW-methodiek ontwikkeld zodat alle PmH hetzelfde proces van vraagverheldering doorlopen. Het vertrekpunt van de methodiek zijn de sterktes, kansen en behoeften van de persoon. De methodiek bestaat uit zes fases: (1) onthaal, (2) vraagverheldering huidige situatie, (3) vraagverheldering gewenste situatie, (4) samenvatting, (5) ondersteuningsvraag aan het VAPH verduidelijken en (6) afronding en verdere opvolging. Om de ondersteuning te realiseren die de persoon wenst, doet een DMW beroep op de reguliere zorg waar het kan en op bijzondere zorg vanuit NRTH waar het moet. Naast het opstellen van het ondersteuningsplan PVB hebben DMW ook een erkenning voor taken van de multidisciplinaire teams (MDT) en mogen ook DMW-medewerkers het zorgzwaarte instrument afnemen (zie fase 2 aanvraagprocedure), zij het niet voor die gebruikers waarvoor ze de vraagverheldering hebben gedaan en een ondersteuningsplan PVB hebben opgesteld. De meerwaarde van de DMW is dat ze de eerste stap in vraagverheldering en ondersteuningsplanning faciliteren, er een vlottere doorstroom naar de MDT is en de doorlooptijd voor het ondersteuningsplan PVB korter is dan bij de DOP. Een bijzonder aandachtspunt voor zowel de DOP als de DMW is dat het OP PVB en het verkrijgen van een PVB nooit het einddoel is. De twee diensten proberen steeds zoveel mogelijk oplossingen te zoeken binnen de eerste vier cirkels. Uit cijfers van 2018 blijkt dat het van de ingediende ondersteuningsplannen PVB 30.5% afkomstig waren van de DOP, 47.5% van de DMW, 9.9% van een andere dienst (niet verder omschreven) en 12.1% waren ondersteuningsplannen opgesteld door de PmH zelf (Van Puyenbroeck & Fagardo, 2020).

Naast de DOP en DMW kunnen PmH ook terecht bij gebruikersorganisaties voor vraagverheldering en het opstellen van een ondersteuningsplan PVB. De gebruikersorganisaties vertegenwoordigen personen met (een vermoeden van) een handicap en begeleiden PmH vanuit hun (eigen) expertise in hun proces van vraagverheldering en het opstellen van een ondersteuningsplan PVB. Ze doen dit door vragen te beantwoorden, vormingen te geven en hun kennis en expertise te delen. Wanneer de gebruikersorganisaties vragen krijgen over het PVB die behoren tot de opdracht van de bijstandsorganisaties (zie verder) verwijzen ze de PmH door naar de bijstandsorganisaties. PmH kunnen terecht bij de volgende gebruikersorganisaties: de Federatie voor Ouderverenigingen en Gebruikersraden in voorzieningen voor personen met een handicap (FOVIG), de Katholieke Vereniging Gehandicaptten (KVG), Gezin en Handicap vzw, MS-liga en Dito vzw (VAPH, z.d.). Deze gebruikersorganisaties zijn vergund en gesubsidieerd door het VAPH (VAPH, z.d.). De ondersteuningsplannen die PmH samen met de gebruikersorganisatie of alleen opstellen moeten door het VAPH goedgekeurd worden. Het VAPH gaat hierbij na of het ondersteuningsplan (inhoudelijk) volledig is en of alle mogelijke

opties om ondersteuning te organiseren overwogen zijn. Is het ondersteuningsplan onvolledig, dan zal het VAPH bijkomende vragen stellen (Verwijzersplatform, z.d.).

Na het opstellen van het ondersteuningsplan PVB, start de tweede fase van de aanvraagprocedure namelijk het objectiveren van de ondersteuningsnoden. De objectivering gebeurt aan de hand van de afname van het zorgzwaarte instrument (ZZI). Het ZZI is een set van schalen, checklists en instructies die de zorgzwaarte van PmH in kaart brengt en dit uitdrukt aan de hand van twee parameters, de B- en P-waarde (= begeleidings- en permanentienood). De parameters worden niet automatisch uit het ZZI berekend, maar worden bepaald aan de hand van het geïnformeerde klinisch oordeel op basis van het ZZI-interview van de inscalers. De zorgzwaarte is een weergave van de mate waarin een persoon ondersteuning nodig heeft om te kunnen functioneren in het dagelijkse leven. Het ZZI houdt rekening met de verschillende types handicap, uitingsvormen, gradaties, combinaties en dergelijke meer; met andere woorden, het houdt rekening met de diversiteit in doelgroepen. In de laatste versie van het ZZI, in gebruik sinds 17 maart 2020 en aangepast in juli 2022, werd ook een screeningslijst gebaseerd op de schaal van Došen toegevoegd die het sociaal-emotioneel functioneren in kaart brengt, gezien de discrepantie tussen het cognitief, emotioneel en fysiek vermogen van een persoon (het kunnen) en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de persoon (het aankunnen) een extra nood aan ondersteuning met zich meebrengt. De zorgzwaartebeoordeling door het ZZI maakt verder geen onderscheid tussen ondersteuning die geboden wordt door mantelzorgers of professionele zorg. Bijvoorbeeld als mantelzorgers ervoor zorgen dat een persoon wel zelf naar de winkel kan gaan, dan wordt dit in het ZZI gescoord als dat de persoon hulp (zoals aansporing en toezicht) nodig heeft om naar de winkel te gaan (Vanlinthout & Declercq, 2021). Hierdoor is de zorgzwaartebeoordeling bruikbaar ongeacht de vorm van ondersteuning en het zorgaanbod die de persoon wenst in te zetten voor zijn noden. Indien de PmH hier toestemming voor geven, kunnen de resultaten van het ZZI ook dienen als input om een handelingsplan op te stellen bij de zorgaanbieders en geeft het een inschatting van de hoeveelheid ondersteuning die nodig is (Farah et al., 2019; Heymans et al., 2015; Vanlinthout & Declercq, 2021).

De derde fase bepaalt de hoogte van het PVB. In deze fase berekent men het totale gewicht van de ondersteuningsvraag opnieuw. Dit kan verschillend zijn van het gewicht uit de vorige fase als uit het ZZI zou blijken dat de persoon toch een hoger zorgzwaarte-profiel heeft dan eerst gedacht op basis van het ondersteuningsplan. Zowel uit het ondersteuningsplan als uit de objectivering van de ondersteuningsnood - fase 1 en fase 2 van de PVB-aanvraag - komen budgetcategorieën naar voor. Het ondersteuningsplan geeft de gevraagde budgetcategorie aan en de resultaten van het ZZI leiden tot de geobjectiveerde budgetcategorie. Het toegewezen budget resulteert uiteindelijk uit de vergelijking van de gevraagde en geobjectiveerde budgetcategorie en is steeds de laagste waarde van de twee (Farah et al., 2019).

De vierde fase van de PVB-aanvraag bepaalt tenslotte de prioriteit die aan een aanvraag wordt toegekend. Hoe hoger de prioriteit, hoe sneller een persoon zijn PVB ontvangt. Naast de prioriteringsgroepen zijn er ook automatische toekenningsgroepen, waarvan personen met een handicap voor wie maatschappelijke noodzaak is toegekend de meest gekende groep is. Dit zijn PmH voor wie op zeer korte termijn een budget ter beschikking moet zijn (Dursin, Verschuere & Roose, 2018).

Eens de persoon zijn budget heeft kan hij het besteden om zijn zorg en ondersteuning in te kopen - via cash of vouchers of een combinatie. Hiervoor sluit de persoon een contract af met de zorgaanbieder waarin genoteerd wordt voor welke ondersteuningsnood welke soort ondersteuning wordt aangeboden. PmH kunnen dit contract zelf afsluiten of kunnen hiervoor de hulp inroepen van een bijstandsorganisatie. Een bijstandsorganisatie helpt bij het opstarten en beheren van een persoon zijn

PVB. Een bijstandsorganisatie gaat dan samen met de persoon kijken welke ondersteuning mogelijk is binnen het verkregen budget. PmH kiezen zelf hoeveel bijstand ze van de bijstandsorganisatie wensen te krijgen. Het kan gaan om laagdrempelige begeleiding zoals het geven van advies en vormingen om nadien sterker in de rol van budgethouder te staan. Of de PmH kan kiezen voor een intensieve bijstand waarbij de bijstandsorganisatie dan samen met de PmH of in de opdracht van de PmH de volledige administratie op zich neemt en dus ook in plaats van de persoon contracten met zorgaanbieders afsluit (VAPH, z.d.). PmH betalen via hun PVB of hun eigen middelen de bijstandsorganisaties voor hun hulp; eventueel is het eerste gesprek gratis voor de PmH. Het budget dient dus enkel om ondersteuning en zorg in te kopen en mag bijvoorbeeld niet ingezet worden om de eigen bijdrage van woon- en leefkosten in een voorziening te betalen. PmH dienen ook voor het grootste deel van hun budget te verantwoorden waarvoor zij het gebruiken. Indien PmH een herziening wensen van hun budget of hun situatie is significant gewijzigd, dient de hele aanvraagprocedure opnieuw doorlopen te worden (Farah et al., 2019; VAPH, 2020).

Het idee achter het PVB is dat het PVB mee evolueert met de noden van de persoon en de persoon een actieve participant is in de organisatie van zijn zorg en ondersteuning. De persoon krijgt de controle over hoe hij zijn ondersteuning ontvangt, aan wie hij dit uitbesteed en aan welke ondersteuningsnoden hij wenst te werken. Op deze wijze tracht het financieringssysteem bij te dragen aan de kwaliteit van leven. Echter roept het systeem ook kritiek op. De procedure is immers complex, tijdrovend, weinig transparant en het zorgt voor lange wachtlijsten. Daarnaast blijkt uit een bevraging bij 417 personen met een PVB dat 1/5^{de} de zorg en ondersteuning die de persoon nodig heeft voor een autonoom bestaan niet kan betalen met het verkregen budget. 37,5% van de bevroagden geeft ook aan onvoldoende middelen te hebben om keuzes te maken, onder andere doordat de ondersteuning om deel te nemen aan activiteiten in de samenleving ontbreekt, de keuze inzake de woonlocatie beperkt is of de tijd die men met vrienden kan spenderen niet zelf ingevuld kan worden. Daarnaast geeft 20% aan geen zorgcontinuïteit te ervaren, hetgeen niet strookt met het principe dat het PVB mee evolueert met de zorgnoden van de persoon. Als tegenargument wordt aangehaald dat het PVB nog volop in de transitiefase zit en tijd nodig heeft om zich te ontwikkelen (Ferket et al., 2019).

5 Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen

Het VAPH gaf aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de opdracht om de mogelijkheden van BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap na te gaan vertrekkende vanuit de organisatie en financiering van het ondersteunings- en zorgaanbod voor volwassenen met een handicap van de Vlaamse overheid. In een eerste onderzoek werd het BelRAI- en interRAI-instrumentarium voor kinderen en volwassenen vergeleken met het instrumentarium van het VAPH, met name het zorgzwaarte instrument (volwassenen) en de methodiek zorgzwaartebeoordeling (minderjarigen) (& Declercq, 2021). De studie stelde drie scenario's voor over een mogelijke plaats en implementatie van BelRAI binnen de ondersteuning en zorg voor personen met een handicap. De scenario's waren ruim omschreven en geven onvoldoende aan welke concrete stappen in de sector op dit moment realiseerbaar zijn. Om dit in te schatten is het belangrijk om de visies van de stakeholders op de implementatie van BelRAI in de sector te bevragen en zodoende ook zicht te krijgen op het draagvlak voor de opstart van een BelRAI-traject binnen de sector. Hiervoor deden LUCAS KU Leuven en het Centrum Sociaal Beleid van UAntwerpen een verkennend onderzoek. Voor deze studie beperkten we ons tot de zorg voor volwassenen met een handicap. De keuze berust op het feit dat het instrumentarium van het VAPH voor

minderjarigen - de methodiek zorgzwaartebepaling voor minderjarigen (MZB) - nog volop in ontwikkeling is.

De doelstelling van deze verkennende studie is om input te bieden aan het VAPH over de mogelijkheden van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap, en dit op basis van het bestaande (inter)nationale onderzoek over de implementatie van BelRAI en interRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap en andere sectoren en een bevraging van stakeholders in Vlaanderen. Het resultaat van de studie moet een weloverwogen beslissing van het VAPH en de Vlaamse overheid met betrekking tot het al dan niet opstarten van een BelRAI-traject in deze sector mogelijk maken. Voor het geval hiertoe besloten zou worden, heeft de studie ook tot doel om de mogelijke stappen van zo'n BelRAI-traject voor te stellen.

Uit de doelstellingen volgen onderstaande onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de voor- en nadelen van de implementatie van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap?
2. Welke stappen dienen gezet te worden om BelRAI te implementeren in de sector, indien hiervoor gekozen zou worden?
3. Wat zijn de visies van de stakeholders van de VAPH-sector met betrekking tot de eerste twee onderzoeksvragen?

Hoofdstuk 2

Methode

Om een antwoord te bieden op bovenstaande onderzoeksvragen is er op verschillende wijzen informatie verzameld. De informatie werd bekomen door middel van deskresearch, drie focusgroepen en een korte online vragenlijst. Dit hoofdstuk geeft een omschrijving van de wijze waarop de data verzameld zijn en hoe deze verwerkt zijn.

1 Deskresearch

De deskresearch vormde de start van dit onderzoek. We raadpleegden verschillende literatuurbronnen. Het gaat hierbij niet om een systematische literatuurstudie, gezien de beperkte looptijd van het project. Er is dus een selectie gemaakt in de literatuur die we geraadpleegd hebben:

- voor de literatuur omtrent BelRAI en interRAI zochten we in de gepubliceerde rapporten en artikels van het interRAI consortium en van LUCAS, KU Leuven,
- literatuur over de werking van het VAPH en hun diensten vonden we via de website van het VAPH.

De verzamelde literatuur handelt over verschillende onderwerpen, met name (1) doelstellingen van BelRAI en interRAI, (2) het implementatietraject van BelRAI/interRAI in andere sectoren, (3) ervaringen met het gebruik of het implementatietraject van BelRAI/interRAI in andere sectoren, (4) het interRAI Intellectual Disability (ID) instrument, een assessment voor personen met een verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek dat deel uitmaakt van het geïntegreerd holistisch assessment systeem interRAI, (5) ondersteuningsplannen en betrokken diensten bij het VAPH, (6) persoonsvolgende financiering en (7) de kerndomeinen van levenskwaliteit van Schalock. De literatuur over het interRAI ID instrument is aangevuld met een webinar van prof. dr. Lynn Martin, de ontwikkelaar van de interRAI ID. De stuurgroep van de studie werd eveneens uitgenodigd om aan dit webinar deel te nemen.

De deskresearch diende in eerste instantie om een antwoord te bieden op de eerste twee onderzoeksvragen. De beperkte literatuurstudie focust hierbij op het omschrijven van BelRAI, de doelstellingen van BelRAI en het implementatietraject dat andere sectoren hebben doorlopen. De literatuurstudie resulteerde in een SWOT-analyse van de eigenschappen van BelRAI en zijn implementatietraject. SWOT staat voor Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats en geeft dus aan wat de sterktes, zwaktes, kansen en valkuilen van (de implementatie van) BelRAI zijn (Rubrech & Stuyling De Lange, 2010). De SWOT-analyse is terug te vinden in [hoofdstuk 3](#). Gezien het geen systematische literatuurstudie betreft, is de SWOT-analyse niet exhaustief.

Ten tweede diende de deskresearch als basis voor de kennisclip, waarin we de basis van BelRAI toelichtten ([klik hier voor de kennisclip](#)). De kennisclip diende als voorbereiding voor de deelnemers aan de focusgroepen. Op deze manier kregen de participanten informatie om daarna hun standpunt over het gebruik van BelRAI in de sector voor personen met een handicap te geven tijdens de focusgroepen of in de vragenlijst. Om de kennisclip op te stellen zijn de resultaten van de deskresearch herwerkt tot duidelijke en laagdrempelige informatie in een draaiboek. Hiervoor werkten we met voorbeelden uit de sector om de clip toegankelijker te maken. In de kennisclip zelf geeft één van de betrokken onderzoekers

uitleg, visueel ondersteund met kernwoorden en/of pictogrammen. De kennisclip gaat in op de volgende punten: (1) waarom BelRAI, (2) wat is BelRAI, (3) hoe werkt BelRAI en (4) de implementatie van BelRAI.

2 Focusgroepen

Om een antwoord te bieden op de derde onderzoeksvraag, het in kaart brengen van de standpunten van de stakeholders over het gebruik van BelRAI in de sector, organiseerden we drie focusgroepen: (1) een focusgroep met zorgaanbieders en koepelorganisaties, (2) een focusgroep met vertegenwoordigers van de diensten ondersteuningsplan (DOP), diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten (DMW) en multidisciplinaire teams (MDT) en (3) een focusgroep met vertegenwoordigers van gebruikers. De focusgroepen hadden tot doel om informatie te verzamelen omtrent de huidige werking van de sector, de eerste indrukken van de stakeholders over BelRAI, de voor- en nadelen die ze zien, de plaats die ze BelRAI zouden geven in hun werking en de haalbaarheid van een implementatie van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap.

Via de indeling van drie focusgroepen bereikten we verschillende groepen van stakeholders die betrokken zijn bij de (planning van de) zorg voor volwassenen met een handicap en de zorgzwaartemeting. Het voordeel van focusgroepen is dat veel personen tegelijkertijd gehoord kunnen worden, er interactie is tussen de deelnemers en verschillende meningen en argumenten tegenover elkaar geplaatst en afgewogen kunnen worden tussen de deelnemers. Daarnaast zijn focusgroepen geschikt voor het verkennen van complexe thema's zoals de implementatie van BelRAI in een sector die nog niet vertrouwd is met BelRAI, en om een beeld te krijgen van stakeholders hun standpunten over het thema. Het is een geschikte methode om personen toe te laten aan te geven wat zij belangrijk vinden en te bespreken waarom. Mogelijke nadelen zijn dat het aantal vragen beperkt is gezien er per vraag of thema een uitgebreide bespreking tussen de deelnemers volgt en dat niet alle deelnemers op een gelijke manier bijdragen tot de discussie. Het is de taak van de moderator om hier aandacht voor te hebben en meer gereserveerde personen ook het woord te geven (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2018; Vander Laenen, 2010).

We beperkten ons tot drie focusgroepen omwille van de tijd. De opdracht bestond er dan ook *niet* in om het stakeholdersveld op een representatieve wijze te bevragen.

2.1 Participanten

Voor de rekrutering van mogelijke deelnemers werkten we nauw samen met het beleidsteam van het VAPH, vertegenwoordigers van de koepelorganisaties Vlaams Welzijnsverbond (VWV) en SOM en vertegenwoordigers van de gebruikersorganisaties FOVIG en KVG, die ook allen deel uitmaakten van de stuurgroep. De onderzoekers stelden twee rekruteringsbrieven op, één voor de focusgroep met zorgaanbieders/koepelorganisaties en de focusgroep met DOP/DMW/MDT en één brief voor de focusgroep met vertegenwoordigers van gebruikers. Kennis van BelRAI was geen criterium om deel te nemen aan de focusgroepen. De rekruteringsbrieven geven een korte introductie van het onderzoek en geven de praktische informatie weer, zoals datum en tijdstip van de desbetreffende focusgroep. Beide rekruteringsbrieven zijn terug te vinden in Bijlage 1. De rekruteringsbrieven werden per e-mail uitgestuurd door het VAPH en door de gebruikersorganisaties.

We volgden de aanbevelingen om – voor een optimale participatie en betrokkenheid van de deelnemers – te streven naar focusgroepen van zes tot tien personen (Vander Laenen, 2010). Dit maakte dat er

voldoende tijd en ruimte voor discussies rond de thema's mogelijk was. De focusgroepen werden zo samengesteld dat deelnemers met gelijkaardige rollen in de ondersteuning van en zorg voor PmH (zorgaanbieders vs. DOP, DMW en MDT vs. gebruikers) aan dezelfde focusgroep deelnamen. We kozen ervoor om zorgaanbieders enerzijds en DOP, DMW en MDT anderzijds in twee afzonderlijke focusgroepen te bevragen gezien ze zich op een ander punt in het traject van de gebruiker bevinden. Hun rollen en omgang met de gebruikers zijn bijgevolg verschillend. Deze wijze van indeling van de focusgroepen wordt aangeduid met de term 'segmentatie': de verschillen binnen een focusgroep zijn beperkt maar er is wel een verschil tussen de focusgroepen (Vander Laenen, 2010). We verkozen een homogene samenstelling van de focusgroepen boven het samenbrengen van deelnemers met verschillende rollen in eenzelfde focusgroep. Deze keuze is ingegeven door de onderzoeksvragen van de studie, waaronder het in kaart brengen van de visies van de verschillende stakeholdersgroepen op de mogelijkheden van BelRAI in de sector. Het samenbrengen van deze visies tot een geïntegreerd geheel behoorde niet tot de opdracht van deze verkennende studie.

2.1.1 Focusgroep zorgaanbieders en koepelorganisaties

Deze focusgroep richtte zich tot vergunde zorgaanbieders die rechtstreeks of niet rechtstreeks toegankelijke hulp of beide aanbieden. We ontvingen meer dan dertig inschrijvingen. Gezien het beperkt aantal plaatsen in de focusgroep dienden we een selectie te maken van organisaties die konden deelnemen. Hiervoor hanteerden we de volgende selectiecriteria, om zo veel mogelijk variëteit van organisaties vertegenwoordigd te zien:

- Verskillende doelgroepen
- Verskillende vormen van ondersteuning: residentieel, ambulant, mobiel, in dagactiviteitscentra, etc.
- Regionale spreiding: zorgaanbieders uit de vijf Vlaamse provincies
- Grootte van de organisatie
- Private organisatie of uitgebaat door een lokale overheid
- Zorgaanbieders die ofwel lid zijn van het Vlaams Welzijnsverbond ofwel lid zijn van SOM
- Een vertegenwoordiger van Vlaams Welzijnsverbond en een vertegenwoordiger van SOM

Het aantal deelnemers werd verhoogd van negen naar elf deelnemers om de variëteit in doelgroepen, voorzieningen, ondersteuning en provincies te kunnen waarborgen. Om de selectiecriteria toe te passen en de organisaties of deelnemers te reduceren van 31 naar 11 deelnemers, pasten we onderstaande zeven stappen toe. Eerst selecteerden we op basis van stap één. Van de organisaties die nadien overbleven selecteerden we verder op basis van stap twee en zo verder. Twee onderzoekers pasten de selectiecriteria onafhankelijk van elkaar toe en kwamen nagenoeg tot dezelfde selectie van organisaties.

4. Enkel directie en middenkader. Bij de selectie gaven we de voorkeur aan directieleden en middenkader omdat de onderzoeksvraag van de focusgroepen de mogelijkheden en haalbaarheid van BelRAI in de sector betreft, en niet de geschiktheid van de BelRAI-instrumenten op het niveau van de zorg en ondersteuning van de individuele gebruiker en zijn context.
5. Een vertegenwoordiger van VVW en SOM
6. Zorgaanbieders met een specifieke doelgroep of een specifieke ondersteuningsvorm
7. Deelnemers met een specifieke expertise in de zorg voor volwassenen met een handicap

8. Zorgaanbieders uit de overblijvende provincies: waarbij we kozen voor personen die behoorden tot de directie of het middenkader
9. Kleine organisatie van een lokale overheid
10. Leden SOM toevoegen: Uit de selectie van de voorgaande stappen bleek dat voornamelijk organisaties die lid zijn van VWV vertegenwoordigd waren.

Onderstaande tabel geeft een omschrijving van de deelnemers op basis van hun functie en opleiding en een omschrijving van de organisatie op basis van de doelgroep en de soort ondersteuning dat ze aanbieden. Naast de omschrijving vermelden we in de tabel telkens op basis van welke stap de organisatie geselecteerd is. De verschillende organisaties zijn verspreid over de vijf Vlaamse provincies.

Tabel 2 Deelnemers focusgroep zorgaanbieders en koepelorganisaties

Selectie stap	Koepel/zorgaanbieder	Opleiding	Functie
2	Koepelorganisatie 1	Bestuurskundige	Stafmedewerker
3	Zorgaanbieder 1	Orthopedagoog	Dienst ortho-agogiek
5	Zorgaanbieder 2	Orthopedagoog	Sociaal consultant
5	Zorgaanbieder 3	Jeugd- en gehandicapten zorg + gezinswetenschappen	Afdelingscoördinator
5	Zorgaanbieder 4	Orthopedagoog	Directie
4	Zorgaanbieder 5	Orthopedagoog	Coördinator thuisbegeleidingsdienst (RTH) Team orthopedagogiek (NRTH)
3	Zorgaanbieder 6	Gezinswetenschapper	Stafmedewerker VAPH en zorgvernieuwing
2	Zorgaanbieder 7	Orthopedagoog	Coördinator orthopedagogiek
6	Zorgaanbieder 8	Gezinswetenschapper	Sociale dienst + begeleiding ouders en trajecten
3	Zorgaanbieder 9	Orthopedagoog + orthopedagogisch manager	Directie volwassenenzorg

Oorspronkelijk zouden zowel een vertegenwoordiger van SOM als van VWV deelnemen aan de focusgroep. De vertegenwoordiger van één van de twee koepelorganisaties was echter op het laatste moment verhinderd, maar de respondent gaf wel via mail input op de kennisclip. De input werd samen met de informatie uit de focusgroep verwerkt. De persoon heeft als opleiding pedagogische wetenschappen en orthopedagogiek gevolgd en is stafmedewerker.

Enkele organisaties en diensten die in de focusgroepen vertegenwoordigd waren, waren ook (door andere personen) vertegenwoordigd in de stuurgroep. Nadat de focusgroepen hadden plaatsgevonden, moesten vertegenwoordigers van enkele organisaties wegens pensioen of ziekte vervangen worden in de stuurgroep. De vervanger van de desbetreffende organisatie in de stuurgroep nam ook deel aan de focusgroep. Doordat de focusgroepen reeds hadden plaatsgevonden, zorgde de deelname aan de stuurgroep niet voor een vermenging van rollen in de studie, nl. visies van de eigen organisatie

weergegeven als input voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen (focusgroepen) en het opvolgen van de onderzoeksactiviteiten en goedkeuren van het rapport (stuurgroep).

Alle deelnemers die niet konden deelnemen aan de focusgroep kregen een e-mail toegestuurd met de reden waarom ze niet weerhouden werden (de verschillende selectiecriteria). Zij kregen ook de mogelijkheid om input te geven via een vragenlijst. De vragenlijst werd een week later toegestuurd via e-mail. De mail bevat zowel een link naar de kennisclip als naar de vragenlijst geprogrammeerd in Qualtrics. In de uitnodiging werd benadrukt dat het invullen van de vragenlijst volledig vrijblijvend was. Er vulden 12 zorgaanbieders, één koepelorganisatie en twee consultatiebureaus de vragenlijst in, wat het totaal op 15 respondenten brengt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de opleidingen en functies van de deelnemende personen.

Tabel 3 Deelnemers online vragenlijst

Deelnemers	Opleiding	Functie
Deelnemer 1	Ergotherapie	Coördinator, consult
Deelnemer 2	Psychologie	Orthopedagoog
Deelnemer 3	Orthopedagogie	Stafmedewerker
Deelnemer 4	Linguïstiek	Directie expertise cel
Deelnemer 5	Pedagogie	Pedagoog
Deelnemer 6	Maatschappelijk werk	Sociale dienst
Deelnemer 7	Orthopedagogie	Dienst beeldvorming
Deelnemer 8	Psychologie	Verantwoordelijke begeleiding
Deelnemer 9	Sociaal verpleegkunde	Sociale dienst, gezondheidsondersteuner, medewerker verpleegkundige handelingen
Deelnemer 10	Orthopedagogie	Orthopedagoog
Deelnemer 11	Orthopedagogie	Directie
Deelnemer 12	Psychologie	Procesbegeleider
Deelnemer 13	Politieke wetenschappen	Stafmedewerker
Deelnemer 14	Sociale Agogiek	Ortho-agoog
Deelnemer 15	Psychologie	Directie

2.1.2 Focusgroep DOP, DMW en MDT

Voor de focusgroep met vertegenwoordigers van de DOP, DMW en MDT kregen we elf aanmeldingen. Uit eenzelfde DOP kregen we twee aanmeldingen, waardoor we de voorkeur gaven aan het directielid (analoog aan de werkwijze bij de focusgroep met zorgaanbieders en koepelorganisaties). De persoon die niet weerhouden werd kreeg evenwel ook de mogelijkheid om input te geven via bovengenoemde vragenlijst, maar nam uiteindelijk niet deel.

Na een overleg met het VAPH en de koepelorganisaties kozen we ervoor om bijkomend het Verwijzersplatform en de consultatiebureaus aan te schrijven voor deelname. Het Verwijzersplatform

kan gezien worden als een overkoepelende organisatie die erkende MDT vertegenwoordigt. Het Verwijzersplatform stuurde een vertegenwoordiger naar de focusgroep. De consultatiebureaus gaven aan verhinderd te zijn op de datum van de focusgroep, en gaven schriftelijk feedback via de vragenlijst. Een deelnemer gaf na selectie voor deelname aan de focusgroep aan toch niet deel te willen nemen. In totaal namen aan de focusgroep van MDT, DMW en DOP tien deelnemers deel, verspreid over de verschillende provincies met uitzondering van Antwerpen. Uit de provincie Antwerpen stelde niemand zich kandidaat. Onderstaande tabel geeft een inventarisatie weer van de deelnemende diensten en deelnemers.

Tabel 4 Deelnemers focusgroep DOP, DMW en MDT

Dienst	Opleiding	Functie
DMW 1	Maatschappelijk werker	Sociale dienst
DMW 2	Maatschappelijk werker	Coördinator
DOP 1	Maatschappelijk werker	Intern ondersteuner, opvolging kwaliteitsbeleid
DOP 2	Pedagoog	Procescoach, trajecten begeleiden
DOP 3	Klinisch psycholoog	Directie
DOP 4	Orthopedagoog	Teamcoördinator
MDT 1	Psycholoog	Inschaler, medewerker
MDT 2	Orthopedagoog	Stafmedewerker
MDT 3	Maatschappelijk werker	Indicatiesteller
Verwijzersplatform ⁴		

⁴ Gezien het beperkt aantal medewerkers binnen het Verwijzersplatform wordt geen verdere omschrijving gegeven van de opleiding en de functie van de deelnemer om de anonimiteit te waarborgen.

2.1.3 Focusgroep vertegenwoordigers van gebruikers

Voor de focusgroep met vertegenwoordigers van gebruikers hebben de gebruikersorganisaties de deelnemers gerekruteerd. Het aantal aanmeldingen voor deze focusgroep lag lager dan voor de andere twee focusgroepen. In totaal namen zeven personen deel aan de focusgroep, waarbij het gaat om vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties en ervaringsdeskundigen als gebruiker of familie. Doordat één deelnemer verhinderd was op de datum voor deze focusgroep en omdat een andere deelnemer na afsluiting van de rekrutering nog wenste deel te nemen, hielden we met deze twee personen twee weken later een bijkomende focusgroep. De twee focusgroepen worden samen verwerkt als één focusgroep. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de deelnemers.

Tabel 5 Deelnemers focusgroep vertegenwoordigers van zorggebruikers

Gebruikersorganisatie	Taken
Gebruikersorganisatie 1	- Sociaal werker
Gebruikersorganisatie 2	- Coördineren werkgroep bewindvoering - Advies geven, informatieverlening over individuele ondersteuningsplannen, handelingsplannen
Gebruikersorganisatie 3 ⁵	
Gebruikersorganisatie 3	- Opvolgen beleidsmateries en vertalen naar begrijpelijke taal voor personen met een handicap
Gebruikersorganisatie 4	- Stafmedewerker - Beleidsmedewerker mobiliteit en PVF
Gebruikersorganisatie 5 + bijstandsorganisatie ⁶	
Gebruikersorganisatie 6	- Beleidsmedewerker financiële tegemoetkomingen en financiële toegankelijkheid

2.2 Dataverzameling

Twee weken voorafgaand aan elk van de focusgroepen ontvingen alle deelnemers een link naar de [kennisclip 'Basics of BelRAI'](#). De kennisclip werd specifiek voor dit onderzoek ontwikkeld en geeft de basisinformatie over BelRAI en het mogelijke implementatietraject. Door middel van de kennisclip konden de deelnemers vooraf kennismaken met BelRAI en konden we tijdens de focusgroep terugrijpen naar de informatie uit de clip om het onderwerp BelRAI te bespreken.

De onderzoekers stelden per focusgroep richtvragen op. De richtvragen bestonden uit hoofdvragen en deelvragen (zie Bijlage 2). De hoofdvragen werden als open vragen geformuleerd. Afhankelijk van het verloop van de focusgroepen en de antwoorden van de deelnemers werd er verder doorgevraagd met

⁵ De taken van de deelnemer werden niet opgenomen omdat ze kunnen terugleiden naar de persoon, en zodoende de anonimiteit niet gewaarborgd zou worden.

⁶ De deelnemer gaf informatie over zijn/haar vroegere taken maar gaf geen informatie over de huidige taken.

behulp van de deelvragen. We vroegen de stuurgroep om feedback te geven op de vragen. De richtvragen waren voor de drie focusgroepen gelijkaardig, al spitsten ze zich per focusgroep toe op de specifieke werking van de organisaties. Voor de focusgroep met de gebruikers werd het aantal vragen ingekort en spitsen ze zich toe op hoe de organisatie van de zorg en ondersteuning verloopt voor de gebruiker en hoe zij dit ervaren. De richtvragen voor de drie focusgroepen werden opgedeeld in twee grote thema's, met name (1) de huidige werking van de verschillende diensten en (2) BelRAI.

De focusgroepen vonden online plaats via het platform MS Teams en hadden telkens een duurtijd van drie uur met een pauze van 15 minuten. We kozen voor onlinefocusgroepen gezien dit voor velen drempelverlagend werkt, omdat er geen verplaatsing nodig is. Bij aftoetsen bij de stuurgroep en de gebruikersorganisaties bleek het ook voor geïnteresseerde vertegenwoordigers van gebruikers geen drempel om online deel te nemen. De drie focusgroepen werden na instemming van de deelnemers opgenomen. Daarnaast ondertekende elke deelnemer een vertrouwelijkheidsdocument om hetgeen besproken is tijdens de focusgroepen alsook de kennisclip⁷ vertrouwelijk te behandelen tot na vrijgave van het rapport.

Elke focusgroep startte met een introductie van het onderzoek, het doel van de focusgroep, het verloop van de focusgroep, de praktische basisregels van een onlinefocusgroep en het verloop van de communicatie (microfoon op mute, camera aan, hand opsteken indien men wenst te antwoorden) en een voorstellingsronde. De moderator (onderzoeker 1) stelde telkens een open beginvraag. Daarnaast zorgde de moderator ervoor dat elke deelnemer voldoende aan bod kwam. De observator (onderzoeker 2) bewaakte mee de tijd en volgde mee de vragen op. De observator stelde ook mee deelvragen of vroeg om verheldering bij onduidelijkheden. Bij elke focusgroep waren dus twee onderzoekers aanwezig om de gesprekken te leiden (Vander Laenen, 2010). Voor beide onderzoekers was – voorafgaand aan deze studie - de zorg voor PmH geen kernexpertise, in tegenstelling tot het BelRAI-systeem. Tijdens de eerste focusgroep, de groep van zorgaanbieders en koepelorganisaties, werden de onderzoekers bijgestaan door een collega-onderzoeker met meer kennis over de sector en het PVB. Deze onderzoeker gaf na de focusgroep haar reflecties, hetgeen hielp om de antwoorden van de deelnemers juist te kaderen.

Aan de personen die niet geselecteerd waren voor deelname aan de focusgroepen werd de mogelijkheid geboden input te geven via een online vragenlijst. We stelden de vragenlijst op in het onlineprogramma Qualtrics. De vragenlijst bestaat uit een introductie en vier vragen. De introductie vermeldde de doelstelling van het onderzoek en gaf aan dat het invullen volledig vrijblijvend is. In de introductie alsook in de uitnodiging werd duidelijk aangegeven dat de kennisclip diende doorgenomen te worden vooraleer de vragenlijst in te vullen. Na de introductie volgde een sectie met persoonlijke gegevens, zoals de naam van de organisatie, de functie en de discipline van de respondent om hiervan een beeld te kunnen vormen. De persoonlijke gegevens dienden enkel voor de onderzoekers om een zicht te krijgen op de deelnemende organisaties. De resultaten van de vragenlijst werden daarna anoniem verwerkt. De deelnemers dienden aan te duiden of ze de kennisclip gezien hadden vooraleer ze naar de vragen konden overgaan.

⁷ Bij de vrijgave van dit rapport zal ook de kennisclip – via dit rapport - publiek verspreid worden.

De vragenlijst bestond uit volgende vragen:

1. Welke vragen riep de kennisclip over BelRAI bij u op in verband met een mogelijke implementatie van BelRAI in de zorg voor en ondersteuning van volwassenen met een handicap?
2. Wat zouden positieve elementen/voordelen kunnen zijn van de implementatie van BelRAI in uw organisatie?
3. Wat zouden nadelen kunnen zijn van de implementatie van BelRAI in uw organisatie?
4. Hoe zou de implementatie van BelRAI in uw organisatie er kunnen uitzien, indien uw organisatie of de Vlaamse overheid daarvoor zou kiezen?
 - a. Wat stelt u zich daarbij concreet voor?
 - b. Welke functie zou BelRAI hebben?

De vier vragen zijn open vragen, waarbij de deelnemers vrij waren in hoe uitgebreid ze wensten te antwoorden. Het was eveneens niet verplicht om alle vragen in te vullen. De vragenlijst werd op 11 april 2022 verzonden en afgesloten op 2 mei 2022. Gedurende deze drie weken stuurden we op het einde van elke week een reminder uit.

2.3 Data-analyses

De audiobestanden van de drie focusgroepen werden verbatim getranscribeerd en nadien thematisch geanalyseerd. De twee focusgroepen van vertegenwoordigers van gebruikers werden samen geanalyseerd. Bij de focusgroep van zorgaanbieders werd de schriftelijke feedback van de deelnemer die op het laatste moment verhinderd was, meegenomen in de analyse.

De kwalitatieve analyse gebeurde in twee stappen. In een eerste stap werd er per focusgroep een overzicht gemaakt van de thema's die hierin naar voor kwamen. De richtvragen van de focusgroepen vormden een basis om tot de thema's te komen. De verschillende onderzoekers lazen de transcripties en kwamen in onderling overleg tot de verschillende thema's. Bij elk thema somden de onderzoekers de bijhorende stellingen van de stakeholders op. In een tweede stap vormden de onderzoekers een lijst van thema's over de drie focusgroepen, dus de drie groepen van stakeholders, heen en deelden we de thema's in volgens de vier onderdelen van een SWOT-analyse. Onder elk thema werd een overzicht gemaakt van bijhorende stellingen per stakeholdergroep. In hoofdstuk 3 Resultaten geeft een samenvatting van deze analyse. De resultaten vormen dus een weergave van de standpunten van de bevroegde stakeholdergroepen. Voor de interpretatie van de resultaten is het belangrijk in herinnering te brengen dat verschillende deelnemers aan de focusgroepen nog niet vertrouwd waren met BelRAI en zich voor de ontwikkeling van hun standpunt enkel konden baseren op de kennisclip. Hierdoor gebeurde het soms dat visies van deelnemers in strijd waren met de doelstellingen of functies van interRAI en BelRAI. Wanneer dit het geval was, is hierover in het resultatenoverzicht een nota van de onderzoekers toegevoegd. Het overzicht van de thema's met de bijbehorende stellingen per stakeholdersgroep kan teruggevonden worden in Bijlage 3.

De resultaten van de vragenlijst werden opgelist in een tabel en zijn terug te vinden in Bijlage 4. De tabel geeft letterlijk de antwoorden van de respondenten gebundeld per vraag weer. Op de antwoorden van de vragenlijst is geen analyse uitgevoerd.

Hoofdstuk 3

Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de deskresearch en van de focusgroepen. Op basis van deze resultaten bieden we in hoofdstuk 4 een antwoord op de onderzoeksvragen van deze studie:

- Wat zijn de voor- en nadelen van de implementatie van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap?
- Welke stappen dienen gezet te worden om BelRAI te implementeren in de sector, indien hiervoor gekozen zou worden?
- Wat zijn de visies van de stakeholders van de VAPH-sector met betrekking tot de eerste twee onderzoeksvragen?

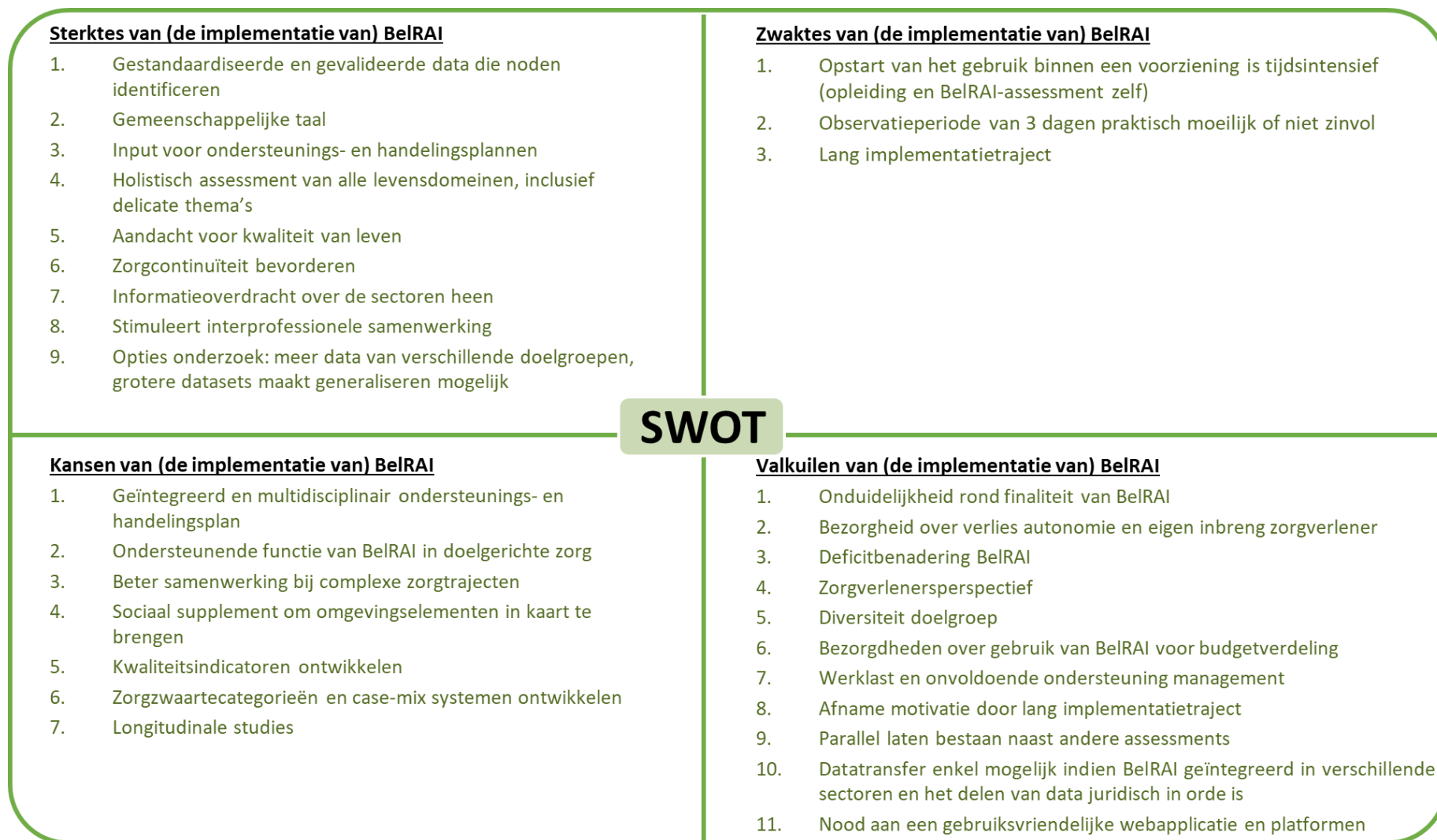
1 Bespreking van de resultaten van de desk research

De resultaten van de deskresearch komen hieronder aan bod, ingedeeld in drie onderdelen: (1) een SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI en (2) het verloop van een BelRAI implementatie in een sector, beide gebaseerd op (inter)nationaal onderzoek in verschillende sectoren, en (3) de inventarisatie van kerndomeinen van levenskwaliteit met BelRAI.

1.1 SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI/interRAI op basis van (inter)nationaal onderzoek

Om een duidelijk beeld te krijgen van de voor- en nadelen van (de implementatie van) BelRAI in een sector van zorg en welzijn maakten we een SWOT-analyse. Voor de SWOT-analyse baseerden we ons op (inter)nationale literatuur over het BelRAI- en interRAI-systeem, en het gebruik van en de ervaringen met het instrumentarium en het implementatietraject in verschillende sectoren. Dit betreft geen systematische literatuurstudie, gezien de beperkte tijd van het project. De SWOT-analyse is dus niet exhaustief.

Figuur 6 geeft een schematisch overzicht van de resultaten van de SWOT-analyse. In wat volgt gaan we uitgebreider in op de verschillende elementen die in de figuur aan bod komen.



Figuur 6 SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI op basis van (inter)nationaal onderzoek naar het gebruik van interRAI in de ouderen-, thuis-, geestelijke gezondheidszorg, langdurige revalidatie en de ondersteuning en zorg voor volwassenen met een handicap

1.1.1 Sterktes van (de implementatie van) BelRAI

Een eerste sterkte is dat BelRAI data verzamelt op een **gestandaardiseerde en gevalideerde wijze** (Hermans, Spruytte, Cohen, Van Audenhove & Declercq, 2016). Met behulp van de algoritmes en de webapplicatie op het BelRAI-softwareplatform worden de resultaten berekend en resulteert het assessment in een holistisch beeld van de noden en het functioneren van de persoon (Van Horebeek et al., 2022; Vermeulen et al., 2015). De tweede sterkte is de **gemeenschappelijke taal** die BelRAI aanreikt in de verschillende BelRAI- en interRAI-instrumenten, met gemeenschappelijke en eenduidige omschrijvingen van items voor alle doelgroepen en sectoren. Zowel de standaardisatie als een gemeenschappelijke taal hebben als voordeel dat er homogeniteit komt in gebruikte terminologie en instrumentarium in verschillende sectoren. Dit draagt bij tot minder verwarring of miscommunicatie die kan ontstaan wanneer zorgverleners uit verschillende sectoren vakjargon op een verschillende manier interpreteren (De Stampa et al., 2018). Dit vormt een meerwaarde wanneer zorgverleners uit verschillende sectoren gezamenlijk een beslissing moeten nemen op basis van de interpretatie van de BelRAI-resultaten (Salahudeen & Nishtala, 2019).

Een volgende sterkte is de **onderbouwing** die BelRAI-output biedt bij het opstellen, evalueren en aanpassen van een kwalitatief geïndividualiseerd **ondersteunings- of handelingsplan**. In gesprek met de persoon en zijn context worden zijn voorkeuren en waarden, de observaties en expertise van de begeleider en de BelRAI-output hiervoor samengelegd. BelRAI geeft een **holistisch beeld** van de zorgen ondersteuningsnoden in alle levensdomeinen van een persoon. Dit geeft zinvolle (achtergrond)informatie die zorgverleners en gebruikers anders minder of niet gespecificeerd voorhanden zouden hebben. Hiermee draagt BelRAI bij aan een kwaliteitsvolle levens- of zorgplanning die beantwoordt aan de specifieke noden van de persoon (BelRAI, 2019; Declercq, 2019; decreet VSB, art 2, 5°; Hermans et al., 2018; interRAI 2021; Moors, et al., 2022; Salahudeen & Kishala, 2019; Van Eenoo, et al., 2017; Van Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel, et al., 2020; Vermeulen et al., 2015; Vlaamse Regering, 2019). Dit blijkt eveneens uit een systematische review over het gebruik van interRAI HC (de Almeida Mello et al., 2015). Het is steeds de bedoeling dat de output met de persoon besproken wordt om zijn voorkeuren en wensen hierin te betrekken. Het is uiteindelijk de persoon – of eventueel zijn vertegenwoordiger en context – die beslist waarrond gewerkt zal worden (Iduye et al., 2022; Vanlinthout et al., 2022). Dat BelRAI ook **delicate thema's** bevreemdt, helpt zorgverleners om deze aan te kaarten bij de persoon en bevordert bijgevolg de dialoog met de persoon en zijn context (Hermans et al., 2016; Van Horebeek et al., 2021; Vanlinthout et al., 2022). Dit draagt er ook toe bij dat begeleiders zicht krijgen op de last die mantelzorgers dragen (Salhudeen & Nishtala, 2019; Van Doren & Declercq, 2022a). Het bespreken van noden die eerder niet aan bod waren gekomen, leidt bij de zorggebruikers soms wel tot de verwachting dat hiervoor oplossingen zullen komen. Aan die verwachtingen kan de betrokken organisatie niet steeds beantwoorden (Van Regenmortel et al., 2020). Ook uit verschillende internationale studies is ondertussen gebleken dat interRAI/BelRAI, onder andere voor thuiszorg en de GGZ, tot positieve effecten voor de zorg en begeleiding leidt. De onderzoeken geven aan dat het een effectief instrument is om noden en gezondheidsrisico's te identificeren en te inventariseren, onder meer ook in het kader van casemanagement, om geschikte zorgplanning te onderbouwen en de kwaliteit van zorg te verbeteren (e.g. Chan, Lai, & Chi, 2014; Cheung, Mah, Barak, & Hirdes, 2021; Blasioli, Bieling, & Hassini, 2021; de Almeida Mello, 2018; de Almeida Mello, Hermans, Van Audenhove, Macq & Declercq, 2015; Gee, Croucher, & Cheung, 2021; Hirdes et al., 2002; Hirdes et al., 2020; Hirdes et al., 2011; Iduye et al., 2022; Kehyayan, Hirdes, & Perlman, 2014; Jones, Perlman, Hirdes, & Scott, Martin et al., 2009; Mathias, Hirdes, & Pittman, 2010; Neufeld, Perlman, & Hirdes, 2012; Perlman, Hirdes, & Vigod, 2015; 2010;

Perlman et al., 2013; Perlman & Hirdes, 2008; Rios & Perlman, 2017; Urbanoski, Mulsant, Willett, Ehtesham, & Rush, 2012)

Een vijfde sterkte is de aandacht die BelRAI besteedt aan de **levenskwaliteit** van de persoon, ook vanuit zijn perspectief bekeken (Van Horebeek et al., 2021). BelRAI maakt naast zijn standaard assessment instrumenten ook gebruik van zelfrapportage vragenlijsten die QOL meten. De QOL-vragenlijsten gaan na hoe de persoon zijn zorg/begeleiding en dagelijks leven in bepaalde settings beoordeelt. Via deze weg krijgt de zorgverlener zicht op aspecten in het leven van de persoon die minder of niet bevroegd worden in een standaard BelRAI-instrument. Gezien het om het perspectief van de persoon zelf gaat, is het belangrijk dat enkel de persoon zelf die vragenlijst invult indien hij hiertoe in de mogelijkheid is. Indien dit niet het geval is, wordt er gewerkt met een opgeleide interviewer die letterlijk het antwoord van de persoon invult zonder eigen interpretaties (Morris et al., 2016; Vanlinthout & Declercq, 2021). De acht kerndomeinen van Schalock komen aan bod in de QOL-vragenlijsten (zie deel 1.3 van hoofdstuk 3). Ook de standaard BelRAI-instrumenten bevatten verschillende zelfrapportage items. Voorbeelden van zelfrapportage items zijn (levens)doelen, voorkeuren van verandering (op vlak van activiteiten, vriendschappen en ondersteuning), ervaren van de eigen gezondheid, betrokkenheid in de gemeenschap en dergelijke meer.

Een volgende sterkte van BelRAI is de **bevordering van zorgcontinuïteit** doordat de verzamelde BelRAI-data de persoon volgen over settings en de tijd heen (de Almeida Mello, 2018; Van Doren & Declercq, 2022a; Vermeulen et al., 2015). Zorgcontinuïteit is een belangrijk aandachtspunt binnen het zorg- en ondersteuningsaanbod voor personen met langdurige en integrale noden in het algemeen, en dus ook voor personen met een handicap. Uit onderzoek blijkt dat tijdens de transitiefase, de overgang naar PVB, 20% van de PmH geen zorgcontinuïteit ervaart (Ferket et al., 2019). De mogelijkheid om informatie te delen zorgt voor informatiele continuïteit (zie deel 2 van hoofdstuk 1). Dit proces kan vereenvoudigd worden door het gebruik van BelRAI. Elk BelRAI-instrument bevat kernitems die in alle doelgroepen en sectoren van belang zijn zoals fysieke en psychische gezondheid, cognitie, gedrag, stemming en dagelijkse vaardigheden. De overlappende items, schalen en modules maken het mogelijk dat **over voorzieningen en sectoren heen informatie gedeeld** kan worden (De Almeida Mello, 2018; Hermans et al., 2017; Van Doren & Declercq, 2022a; Gray et al., 2009). Daarnaast heeft het delen van de zorgplanning over settings en sectoren heen een positieve impact op de gezondheid van de persoon, het verloop van het zorgtraject en de kwaliteit van zorg (De Stampa et al., 2018).

BelRAI stimuleert ook **interprofessionele en interdisciplinaire samenwerking**. Het invullen van het instrument vraagt immers input van verschillende disciplines (de Almeida Mello, 2018; de Almeida Mello, et al., 2015; Hermans et al., 2016; De Stampa et al., 2018). Uit onderzoek naar interRAI HC blijkt dat het gebruik van dit instrument leidt tot meer communicatie en meer samenwerking tussen zorgverleners (de Almeida Mello et al., 2015). Daarnaast is het aan te raden om blijvend intervisies te houden, niet enkel aan het begin van een BelRAI-traject. Intervisies kunnen helpen om van elkaar te leren bij het interpreteren van BelRAI-scores en stimuleert opnieuw samenwerking (Vermeulen et al., 2015). De Vlaamse webapplicatie zou het bovendien binnenkort mogelijk maken om BelRAI multidisciplinair in te vullen, hetgeen het uitwisselen van informatie en data met elkaar zal vereenvoudigen. De functionaliteit 'multidisciplinair invullen' wordt dit najaar uitvoerig getest in een BelRAI Home Care project (Hermans, 2022).

Een laatste sterkte van BelRAI is het aanleveren van **data voor onderzoek**. Het gebruik van BelRAI leidt ertoe dat er data van meer doelgroepen kunnen verzameld worden, met grotere steekproeven en bijgevolg minder kans op bias omwille van ontbrekende data en meer mogelijkheden om de resultaten

te generaliseren naar de volledige populatie. Dit alles draagt ertoe bij dat valkuilen en opportuniteiten binnen het ondersteunings- en zorgaanbod aan de hand van data onderbouwd kunnen worden, hetgeen input geeft voor de versterking van het kwaliteitsbeleid en meer kansen schept om extra budgetten te verzamelen om hierop in te zetten. Eveneens binnen de doelgroep van personen met een verstandelijk handicap en/of ontwikkelingsproblematiek (in het Engels afgekort tot IDD) biedt BelRAI voordelen op het vlak van onderzoek. Deze doelgroep is vaak ondervertegenwoordigd in zorgonderzoek. Zorgvoorzieningen buiten de VAPH-sector inventariseren niet altijd of een persoon een IDD heeft, of de datasets zijn onvoldoende uitgebreid om de gevolgen van deze problematiek in kaart te brengen. Een instrument voor deze sector dat een gemeenschappelijke taal hanteert met andere sectoren kan ervoor zorgen dat de doelgroep mee wordt genomen in zorgonderzoek (McKenzie, et al., 2017).

1.1.2 Zwaktes van (de implementatie van) BelRAI

De duur van het invullen van een BelRAI-instrument varieert naargelang de complexiteit van de noden van de gebruiker, de zorgcomplexiteit die daarmee samenhangt, de zorgsetting, de fase van het zorg- en ondersteuningstraject, en de ervaring van de zorgverlener met BelRAI. Het invullen van een **BelRAI-assessment vraagt tijd**. Dit is zeker het geval voor de assessments die plaatsvinden bij de opstart van het ondersteunings- of zorgaanbod van een persoon. Het *up to date houden* van de BelRAI-assessment van een persoon neemt minder tijd in beslag. De tijdsinvestering is ook groter wanneer zorgverleners nog in de opleidingsfase zitten. Hierdoor kunnen begeleiders in de leerfase ervaren dat de tijdsinvestering niet in balans is met (de relevantie van) de output. Maar hoe meer BelRAI-assessments een begeleider uitvoert, hoe korter dit zal duren, tot er een zekere stabiliteit in de tijdsinvestering komt. Door ervaring met BelRAI op te doen leren zorgverleners ook veel sneller de mogelijkheden van de BelRAI-output te integreren en vertalen naar ondersteunings- en/of handelingsplannen. Bovendien wordt de tijdsinvestering en de output van BelRAI relevanter naarmate er meer sectoren ermee aan de slag gaan. Wanneer BelRAI-data gedeeld worden tussen sectoren biedt dit een zicht op de geschiedenis van het functioneren van de persoon hetgeen ook input kan geven voor het eigen begeleidings- en/of handelingsplan. Tenslotte moet men rekening houden met het feit dat de ervaring qua tijdsinvestering een subjectief gegeven is (De Stampa et al., 2018; Hermans et al., 2016; Hermans et al., 2018; Van Horebeek et al., 2021; Vanlinthout et al., 2022; Van Regenmortel et al., 2020; Vermeulen et al., 2015).

Een mogelijke oplossing voor de tijdsintensiviteit van een BelRAI-assessment is de ontwikkeling van een modulair systeem dat enerzijds bestaat uit basismodules die voor alle personen worden ingevuld, en anderzijds uitbreidingsmodules die enkel worden ingevuld wanneer uit de basismodules blijkt dat specifieke ondersteuningsnoden aanwezig zijn bij de persoon. Er kan voor gekozen worden om een dergelijk systeem aan te vullen met toeleidingsitems aan de hand waarvan zorgverleners kunnen bepalen welke basismodules zij op een bepaald moment in het zorg- of begeleidingstraject invullen (Van Horebeek et al., 2022; Van Regenmortel et al., 2020).

Een tweede moeilijker punt van BelRAI is de **referentieperiode van drie dagen** die aanbevolen is om BelRAI correct in te vullen. De referentieperiode geeft aan dat de zorgverlener de persoon en andere betrokkenen (zijn context, andere zorgverleners) tijdens de voorbije drie dagen bevraagd heeft over het functioneren, het gedrag en de stemming van de persoon. Deze referentieperiode hanteren is niet in alle zorgsettings mogelijk, denk hierbij aan ambulante of mobiele ondersteuning en zorg (Hermans et al., 2016). In het geval van zorgnoden die wisselend zijn doorheen de tijd is een referentieperiode van drie dagen ook minder zinvol (Van Horebeek et al., 2021).

Tot slot vormt het traject om **BelRAI in een organisatie of dienst te implementeren een lang proces**. De implementatie van een groot assessment systeem zoals BelRAI vraagt veel tijd en inspanningen van alle stakeholders; zeker ook van de begeleiders om het te leren kennen en ermee te leren werken. Een training en opleiding van zorgverleners is noodzakelijk en vraagt een zekere tijdsinvestering (zie verder 1.2) van de organisaties (de Almeida Mello et al., 2015). Daarenboven heeft onderzoek uitgewezen dat de betrokkenheid van en ondersteuning door het management van de organisatie cruciaal is om de implementatie te laten slagen (Hermans et al., 2017; Hermans et al., 2016; Van Horebeek et al., 2021).

1.1.3 Kansen van (de implementatie van) BelRAI

Op het niveau van de ondersteuning en zorg voor individuele gebruikers biedt BelRAI de mogelijkheid om data en achtergrondinformatie aan te leveren die bijdragen aan een **geïntegreerde, multidisciplinaire en persoonsgerichte levens- en/of zorgplanning** (de Almeida Mello et al., 2015). Rekening houden met de zorgnoden van de persoon en zijn voorkeuren, en de BelRAI-output meenemen in de levens- en/of zorgplanning komt ten goede van de kwaliteit van zorg, wat belangrijk is voor de persoon en zijn context (Hermans et al., 2016; Iduye et al., 2022). In het kader van **doelgerichte zorg** biedt BelRAI-output ondersteuning aan de zorgverleners en de gebruiker om samen zorgdoelen te formuleren in het handelingsplan, dat in teken staat van het realiseren van de levensdoelen van de persoon. Het belang van BelRAI ligt hier niet enkel in de output zelf (CAP's en zorgschalen), maar ook in hoe de zorgverlener ermee aan de slag gaat in een doelgericht gesprek met de gebruiker. De BelRAI-output wordt in dit gesprek vertaald en omgezet naar concrete acties (Vanlinthout et al., 2022).

De meerwaarde van een BelRAI-assessment is afhankelijk van de complexiteit van de problematiek van de persoon. De meerwaarde zal groter zijn bij **complexe zorgtrajecten** waarbij communicatie tussen meerdere organisaties en professionals noodzakelijk is (Vermeulen et al., 2015). Daarnaast spelen sociale en omgevingselementen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van een persoonsgericht ondersteunings- of handelingsplan, gezien deze elementen mee de ervaring van het leven met een handicap bepalen (Declercq et al., 2008; Van Doren & Declercq, 2022a; Vermeulen et al., 2015; Vernimmen, Taelman & Brusselaers, 2018). Het **Sociaal supplement van BelRAI** brengt deze sociale en omgevingselementen in kaart en kan een meerwaarde zijn in de zorg voor personen met een handicap.

Op het niveau van de organisaties, de netwerken en het beleid van de Vlaamse overheid biedt BelRAI ook verschillende kansen. Met behulp van BelRAI kunnen **kwaliteitsindicatoren** ontwikkeld worden die het mogelijk maken om de kwaliteit van zorg op organisatie- en netwerkniveau te meten en te vergelijken. De kwaliteitsindicatoren geven aan waar potentiële probleemgebieden in de zorgverlening of organisatie zich voordoen die om aandacht of een interventie vragen. Door hierop in te zetten kan de kwaliteit van zorg toenemen (de Almeida Mello, 2018; Hermans et al., 2017).

Verder kunnen BelRAI-data op groepsniveau input geven voor **case-mix systemen** die regionale en internationale benchmarking mogelijk maken. Case-mix systemen die in andere sectoren in andere landen gekoppeld zijn aan interRAI-instrumenten hebben ertoe bijgedragen dat financieringssystemen verschillen in noden binnen een populatie erkennen, waardoor meer budgetten worden toegekend aan personen met zwaardere noden. In verschillende sectoren in andere landen – bijvoorbeeld thuiszorg en zorg voor PmH in Canada (resp. Hirdes et al., 2010 en Fries et al., 2019; Martin, 2022), ouderen- en thuiszorg in Finland (Bjorkgren, 2022), ouderen- en thuiszorg in Nieuw-Zeeland (Heppenstall, 2015; Parsons et al., 2017) en ouderenzorg in Italië (Brizioli et al., 2003) - ziet men budgetverdeling op basis van zorgzwaarte bepaald via interRAI instrumenten als een sterkte of opportuniteit van het interRAI systeem. In Vlaanderen werd ook voor de ouderen- en thuiszorg reeds onderzoek gedaan naar case-

mixsystemen. In de Vlaamse ouderen- en thuiszorg gaat men op dit moment voorzichtiger en met meer bedenkingen om met de mogelijke meerwaarde van de koppeling met een case-mix systeem dan in andere landen (Moors et al., 2022). De ontwikkelde case-mix classificatie voor personen met IDD in Canada kan mogelijk als voorbeeld dienen voor België, rekening houdend met de contextuele verschillen en de mogelijkheid om de case-mix indexen aan te passen (de Almeida Mello, 2018; Fries et al., 2019; Hermans et al., 2017; Vanlinthout & Declercq, 2021).

Tot slot biedt BelRAI veel kansen op gebied van onderzoek, daar het veel data van verschillende doelgroepen genereert. Er zijn nog meer **(longitudinale) studies** nodig om bijvoorbeeld na te gaan of BelRAI en interRAI leiden tot betere gezondheidsuitkomsten zowel op het populatieniveau als op het niveau van de individuele gebruiker en zijn context (Salahudeen & Kishtala, 2019).

1.1.4 Valkuilen van (de implementatie van) BelRAI

Uit onderzoek en ervaringen met het gebruik van interRAI en BelRAI in andere sectoren komen verschillende valkuilen bij de implementatie ervan naar voor.

Een eerste valkuil bij de implementatie van BelRAI is **onduidelijkheid over de finaliteit(en) van BelRAI** in de betrokken sector. Volgens het internationaal consortium interRAI kan BelRAI dienen voor twee finaliteiten, in eerste instantie als instrument voor zorgplanning en kwaliteitsverbetering, en pas na verloop van tijd als basis voor budgetverdeling. Duidelijke en transparante communicatie over de finaliteit van BelRAI in de betrokken sector vanwege de overheid die het systeem wil implementeren, is een belangrijke randvoorwaarde om de implementatie te doen slagen (Vanlinthout & Declercq, 2021). Wanneer die duidelijkheid er volgens de betrokken sector niet is – zoals in de Vlaamse GGZ en revalidatiesector – bemoeilijkt dit het implementatietraject (Van Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel et al., 2021).

Een tweede valkuil bij de implementatie van BelRAI zijn mogelijke bezorgdheden van professionals en sectoren met betrekking tot BelRAI en het implementatietraject. Een gestandaardiseerd assessment zoals BelRAI kan weerstand oproepen bij begeleiders, gezien het de angst meebrengt dat begeleiders door de standaardisatie hun **autonomie en eigen inbreng zullen verliezen** (De Stampa et al., 2018). Een andere bezorgdheid in sommige sectoren is dat BelRAI te zeer vanuit een **deficit-benadering** is ontwikkeld, waarbij de nadruk te sterk ligt op wat iemand niet (meer) kan. In de GGZ-sector strookt deze visie niet met de herstelvisie die men nastreeft en die vertrekt vanuit de kansen en sterktes van de persoon. De sterktes en kansen zouden in BelRAI uitgebreider in kaart gebracht mogen worden om hieraan te voldoen. Opnieuw in de GGZ ervaren sommige professionals het **zorgverlenersperspectief** als een valkuil. De cliënten hebben soms andere visies op hun noden dan de zorgverlener (bv. omwille van weinig of geen ziekte-inzicht), die minder of soms niet worden meegenomen in het BelRAI-assessment als de zorgverlener de zorgnoden anders inschat (Van Horebeek et al., 2021). De QOL-vragenlijsten en het doelgericht gesprek met de zorggebruiker om te komen tot een handelingsplan kunnen ervoor zorgen dat het perspectief van de zorggebruiker voldoende aan bod komt en voldoende richting geeft aan de acties die zullen ondernomen worden. Het handelingsplan is immers de combinatie van de twee perspectieven, het perspectief van de zorggebruiker van waaruit men vertrekt en het perspectief van de zorgverlener, om zo tot zorg- en ondersteuningsdoelen te komen (Vanlinthout et al., 2022).

Een volgende bezorgdheid die verschillende sectoren aanhalen is dat BelRAI de **diversiteit van de doelgroep** niet zou kunnen vatten. In de GGZ en revalidatiesector is er een grote diversiteit aan

zorggebruikers. In beide sectoren werd ofwel het bestaande interRAI-systeem uitgebreid, ofwel werd een nieuw uitgebreid instrument ontwikkeld om de diversiteit te vatten. Dit leidde tot erg lange assessments. Dit zorgde er nog meer voor dat niet voor elke subgroep alle secties van de BelRAI-instrumenten even interessant en relevant zijn. Om hieraan tegemoet te komen ontwikkelde het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin voor beide sectoren een modulair systeem dat bestaat uit basismodules dat voor alle personen wordt ingevuld, en uitbreidingsmodules die enkel worden ingevuld wanneer uit de basismodules blijkt dat specifieke ondersteuningsnoden aanwezig zijn bij de persoon (Van Horebeek et al., 2022; Van Regenmortel et al., 2020).

Een laatste en belangrijke bezorgdheid in Vlaanderen, voornamelijk in de GGZ en revalidatiesector, heeft betrekking op **budgetverdeling als finaliteit van BelRAI**. Verschillende actoren kijken met terughoudendheid naar BelRAI omdat het – naast het verbeteren van de zorgkwaliteit – in de toekomst ook via een case-mix systeem zou kunnen gekoppeld worden aan budgetverdeling. Deze houding is voornamelijk te wijten aan de bezorgdheid dat de invoering van BelRAI op termijn gepaard zal gaan met een herverdeling van het totale budget voor zorg en welzijn over de verschillende sectoren, en wat hiervan het resultaat zal zijn alsook dat BelRAI niet genuanceerd genoeg is om budgetten te bepalen (Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel et al., 2021).

Deze verschillende bezorgdheden kunnen ervoor zorgen dat er met enige weerstand naar BelRAI gekeken wordt. Het is belangrijk om deze bezorgdheden bespreekbaar te maken wanneer men een BelRAI-traject in een sector opstart, zodat met alle stakeholdersgroepen oplossingen gezocht kunnen worden om aan de bezorgdheden tegemoet te komen. Het is in elke sector nodig om op zoek te gaan naar een afstemming tussen de visie van de sector op ondersteuning en zorg en de eigenschappen van interRAI en BelRAI.

Een derde valkuil bij de implementatie van BelRAI is de **hoge werklust** en/of een **gebrek aan ondersteuning vanuit het management** van de organisatie (Hermans et al., 2017; Hermans et al., 2016). Er kan een spanningsveld optreden tussen de tijd die organisaties kunnen en willen vrijmaken om vrijblijvend deel te nemen aan BelRAI-projecten en de tijd die nodig is om zorgverlener op te leiden en BelRAI een plaats te geven in een organisatie (Vermeulen et al., 2015). Het duurt minstens een jaar om het werken met BelRAI in de dagelijkse werking van een organisatie te integreren en om de voordelen ervan te ervaren. Het vraagt veel tijd, engagement en oefening om BelRAI in de vingers te krijgen. Eenmaal zorgverleners hun weg hierin gevonden hebben, neemt de tijdsbesteding af. De valkuil hierbij is dat de **motivatie** kan afnemen wanneer het implementatietraject veel tijd vraagt en de voordelen pas na verloop van tijd duidelijk worden (Hermans et al., 2014; Vanlinthout et al., 2022; Vermeulen et al., 2015). Een te hoge werkdruk in de dagelijkse zorg kan er bovendien voor zorgen dat er te weinig tijd overblijft om BelRAI-assessments te doen. Indien het gebruik van BelRAI niet verplicht is kunnen zorgverleners het als extra werk ervaren bovenop hun “vaste” taken en wordt BelRAI minder aanschouwd als een meerwaarde, wat een drempel vormt om ermee aan de slag te gaan (Hermans et al., 2016). De tijd om BelRAI-assessments in te vullen kan verminderd worden door te werken met een modulair systeem (zie eerder). Bovendien bestaat BelRAI aan het begin van een implementatieperiode vaak **parallel naast andere assessment instrumenten**. Dit zorgt niet enkel voor extra werk, het parallel gebruiken van BelRAI naast andere assessment instrumenten is tegenstrijdig aan de idee van een efficiënte en de unieke gestandaardiseerde gegevensverzameling die interRAI beoogt. Bij het begin van een implementatie kan het echter vaak niet anders; een bestaand instrument in een setting of sector kan niet van vandaag op morgen vervangen worden. Het vraagt om een zekere transitieperiode waarin

de betrouwbaarheid en validiteit van het (nieuw ontwikkelde) instrument in de dagelijkse zorg onderzocht moet worden (Vermeulen et al., 2015).

Een volgende valkuil is dat **datatransfer** – in het kader van het verbeteren van de zorgcontinuïteit - pas mogelijk is wanneer verschillende settings en sectoren BelRAI gebruiken (Hermans, et al., 2016). De implementatie van gedeelde ondersteunings- en/of zorgplannen tussen gebruikers en verschillende zorg- en begeleidingsteams verloopt moeizaam als er geen communicatie en coherentie in informatie is tussen diensten (Iduye et al., 2022). Op dit moment kunnen zorgverleners die een therapeutische of zorgrelatie hebben met de gebruiker - ook als men in een andere organisatie werkt – BelRAI-resultaten consulteren op de federale webapplicatie BelRAI 2.0 wanneer de persoon hier toestemming voor geeft. Daarnaast is er een bijkomende voorwaarde die de privacy van de persoon beschermt, namelijk dat de organisaties in het bezit dienen te zijn van een ‘Circle of trust’-certificaat (<https://belrai.org/nl>). De opmerkingen die zorgverleners toevoegen bij de BelRAI-output zijn enkel zichtbaar binnen dezelfde organisatie. Datatransfer tussen Vlaams en federaal gefinancierde voorzieningen is vandaag nog niet mogelijk (Hermans, 2022), als ook het delen van de BelRAI-output met gebruikers, hun mantelzorgers en hun vertegenwoordigers. Ook het Vlaamse BelRAI-platform zou het binnenkort mogelijk maken om BelRAI multidisciplinair in te vullen, hetgeen het uitwisselen van informatie en data met elkaar zal vereenvoudigen. De functionaliteit ‘multidisciplinair invullen’ wordt dit najaar uitvoerig getest in een BelRAI Home Care project (Hermans, 2022).

Tot slot is de **gebruiksvriendelijkheid van de applicaties en platformen** waarop BelRAI wordt ingevuld, nog een valkuil. In vergelijking met de vroegere versies is de architectuur ervan minder complex geworden (Hermans et al., 2017), hetgeen reeds een verbetering is. Naast het mogelijk maken van delen van BelRAI-resultaten met andere voorzieningen, sectoren en met gebruikers, moet nu ook de toegankelijkheid van de BelRAI-output verbeterd worden. Op dit moment genereert de federale webapplicatie BelRAI 2.0 een PDF waarin de CAP’s en zorgschalen door elkaar staan en maakt het gebruik van moeilijke terminologie. De output zou voor iedereen toegankelijk en te begrijpen moeten zijn, ook voor de gebruikers en hun vertegenwoordigers (Vanlinthout et al., 2022). Momenteel wordt de webapplicatie aangepast op basis van feedback van zorgactoren uit verschillende sectoren (Hermans, 2022).

1.2 Het verloop van een BelRAI-implementatietraject in een sector

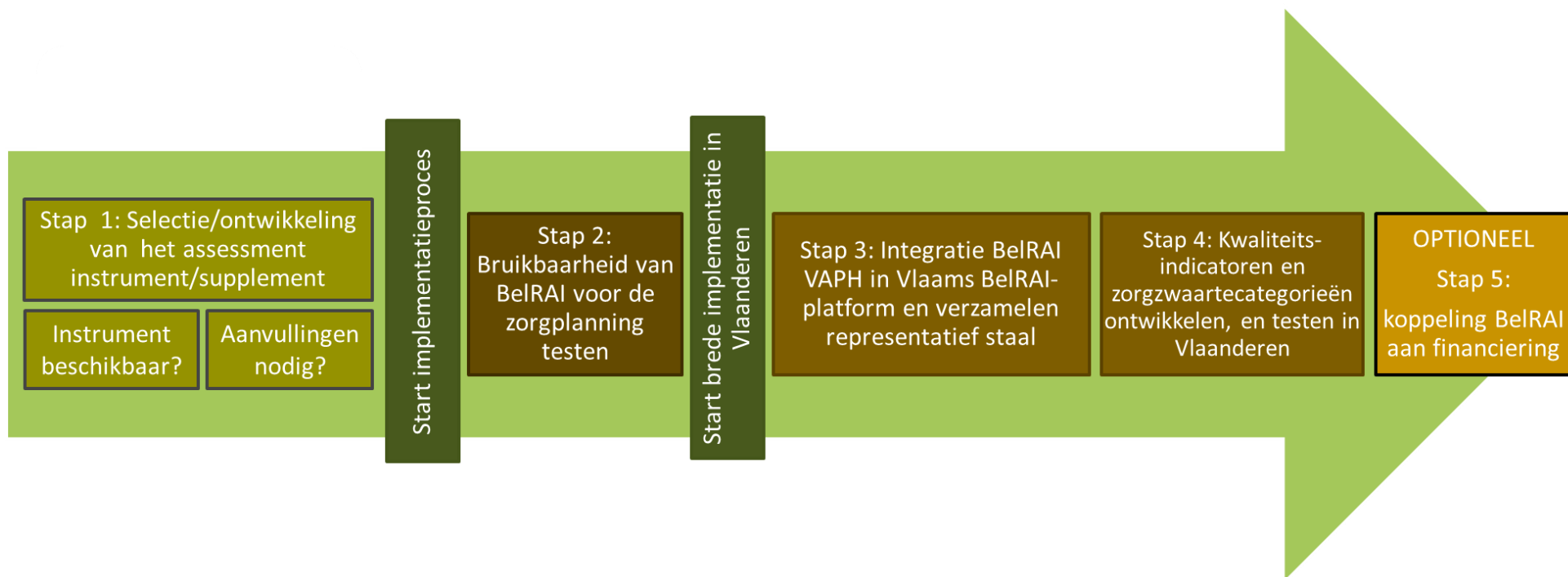
We gingen in dit onderzoek ook na uit welke stappen een BelRAI-implementatietraject bestaat. Onderstaande paragrafen geven een overzicht van de implementatiestappen in een BelRAI-traject, gebaseerd op literatuur en ervaringen in verschillende sectoren.

Om gebruik te kunnen maken van het interRAI-instrumentarium in België zijn voor bepaalde sectoren zoals de ouderenzorg, thuiszorg en de GGZ reeds verschillende stappen doorlopen. De verschillende stappen sommen we hieronder op. De meeste daarvan dienen per sector doorlopen te worden (de Almeida Mello, 2018; Hermans et al., 2014; Van Horebeek et al., 2021). Indien de sector voor PmH voor BelRAI zou kiezen, zijn de vierde en vijfde stap in het kader van BelRAI-onderzoek in andere sectoren reeds uitgewerkt.

1. Het testen van de wenselijkheid om een bestaand of nieuw instrument in te voeren in België
2. Ontwikkeling van een nieuw instrument/supplement, of vertaling van het bestaande interRAI-instrument naar de drie landstalen (Nederlands, Frans en Duits)

3. Aanpassen van het instrument naar de zorgsetting in België (bijvoorbeeld context gerelateerde items toevoegen)
 - Indien voor Vlaanderen en België een nieuw instrument ontwikkeld wordt, kan deze stap overgeslagen worden.
4. Het ontwikkelen van een platform waar de instrumenten multidisciplinair kunnen worden ingevuld (dit is reeds ontwikkeld). Nieuwe BelRAI-instrumenten kunnen ook geïntegreerd worden in dit platform.
5. Een digitale site voorzien waar alle informatie verzameld is over BelRAI en waarop zorgverleners beroep kunnen doen. Hiervoor werd BelRAI-wiki ontwikkeld [\[klik hier\]](#).
6. CAP's aanpassen naar de Belgische zorgsector opdat ze bruikbaar zijn voor levens- en/of zorgplanning. Voor de BelRAI-instrumenten die reeds ontwikkeld/aangepast zijn, gebeurde dit reeds,
7. Kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën ontwikkelen of aanpassen aan de Vlaamse/Belgische situatie, en het gebruik ervan testen,
8. Optioneel: de Vlaamse overheid kan ervoor kiezen om het case-mix systeem gebaseerd op de zorgzwaartecategorieën te koppelen aan hun financieringssysteem.

Figuur 7 geeft een overzicht van de verschillende stappen van het BelRAI-implementatieproces in een sector zoals deze momenteel in andere Vlaamse sectoren uitgerold worden of gepland zijn. Kiest een setting of (deel)sector ervoor om met BelRAI te gaan werken, dient er in de eerste stap gekeken te worden of een bestaand interRAI-instrument voor de sector al dan niet voorhanden is. Als dit het geval is, dan moet het instrument vertaald worden (met back-translation) in de landstalen en aangepast worden aan de Belgische of Vlaamse context. Is dat niet het geval, dan dient er een instrument of supplement ontwikkeld te worden. Bij het ontwikkelen van nieuwe items, zij het voor de aanpassing aan de Belgische context, voor de uitbreiding van een instrument of voor een geheel nieuw instrument, is het een uitdaging om te zoeken naar een evenwicht tussen de kernitems die belangrijk zijn voor data uitwisseling met andere sectoren en de sector of doelgroep specifieke items. Het ontwikkelen van een instrument gebeurt in overleg met een sectorspecifieke expertengroep waarin alle stakeholders vertegenwoordigd zijn en die advies geeft over de opbouw en invulling van het instrument. In de tweede stap gebeurt een eerste empirische validering, waarbij het instrument in realistische omstandigheden getest wordt in de dagelijkse zorg. Dit gebeurt aan de hand van (een) pilootproject(en) bij voorzieningen die hiertoe bereid zijn (vrijwillige deelname van de voorzieningen). Hiervoor wordt onderzoek-software (Qualtrics) gebruikt. Ter voorbereiding van het pilootproject ontwikkelen onderzoekers een BelRAI-opleiding aangepast aan de setting en het instrument. De zorgverleners in de deelnemende voorzieningen krijgen de training vooraleer ze aan de slag gaan met BelRAI, gevolgd door intervisiesessies in groep en individuele ondersteuning via een helpdesk. Verder kunnen onderzoekers met behulp van focusgroepen en/of interviews met stakeholders en experts kwalitatieve data verzamelen om de bruikbaarheid, ervaringen met en gezichtsvaliditeit van het instrument na te gaan. Hieruit kan ook blijken dat er items ontbreken of aangepast moeten worden om het instrument en de training te optimaliseren.



Figuur 7 Overzicht van het BelRAI-implementatieproces gebaseerd op (inter)nationale literatuur in verschillende sectoren

Na verdere aanpassingen gaat in stap 3 van het implementatieproces een tweede testfase van start. Hierbij worden het instrument en de bijhorende output, met behulp van de bestaande softwareplatforms en softwareprogramma's in de zorg, getest in de zorgpraktijk. De groep waarin dan getest wordt, is uitgebreider dan tijdens de pilootfase (Hermans et al., 2014; Hermans et al., 2016; Van Doren & Declercq, 2022a; Vermeulen et al., 2015; Van Horebeek et al., 2021). De doelstelling is om representatieve data voor de doelgroepen en de types van voorzieningen binnen de sector te verzamelen. Op basis van deze data kunnen in de vierde fase van het implementatieproces nieuwe CAP's, maar ook groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën, ontwikkeld worden. Indien de overheid hiertoe zou beslissen, kan er dan in een laatste optionele stap voor geopteerd worden om case-mix systeem met de BelRAI zorgzwaartecategorieën aan het financieringssysteem van de Vlaamse overheid te koppelen (de Almeida Mello, 2018; Fries et al., 2019; Hermans et al., 2017; Vanlinthout & Declercq, 2021).

Gedurende het implementatieproces, in afwachting van het moment waarop BelRAI volledig geïntegreerd is in de dagelijkse werking van de volledige sector, zal BelRAI vaak parallel naast andere assessment instrumenten in de sector bestaan. Het is immers niet mogelijk van vandaag op morgen een reeds bestaand instrument in een organisatie en sector gaan vervangen. Het vraagt om een zekere transitieperiode (Vermeulen et al., 2015).

De BelRAI-opleiding is een kernonderdeel van de implementatie (Carpenter & Hirdes, 2013; Vermeulen et al., 2015). De BelRAI-opleidingen moeten steeds aangepast worden aan het land en de sector waarin een (nieuw ontwikkeld) instrument uitgetest en/of geïmplementeerd wordt. De inhoud van de opleiding is op te splitsen in twee delen. Het eerste deel betreft de theorie die ingaat op de vraagstukken 'Wat is BelRAI?' en 'Waarom BelRAI?'. Het tweede deel is meer praktisch van aard en gaat in op de stappen om een BelRAI assessment in te vullen. Het gaat onder andere over het technisch invullen van BelRAI met behulp van voorbeelden en oefeningen, het interpreteren en gebruiken van de resultaten bijvoorbeeld in een gesprek over levens- of zorgplanning, de cultuuromslag die gepaard kan gaan met het invoeren van BelRAI en de multidisciplinaire samenwerking.

Naast de training worden er intervisiemomenten gekoppeld aan de opleiding. De intervisie kan enkele maanden na de training plaatsvinden, zodat deelnemers voldoende tijd hebben om ervaring op te doen. Tijdens de intervisie kunnen vragen, moeilijkheden en bedenkingen bij het omgaan met BelRAI en zijn resultaten besproken worden. De afwisseling tussen theorie en praktijk en de tijd die wordt besteed aan het ophelderen van vragen, werd in andere sectoren zoals de GGZ als een meerwaarde ervaren. Idealiter is de opleiding dynamisch, interactief en geografisch goed verspreid. Daarnaast dient de opleiding continu te zijn, dit wil zeggen dat er opvolging is aan de hand van intervisies, terugkomdagen en mogelijkheden tot bijscholing in de organisaties zelf. Zorgverleners moeten immers leren hoe aan de slag te gaan met BelRAI in de dagelijkse zorg na de opleiding (Van Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel et al., 2020; Vermeulen et al., 2015).

Er zijn twee soorten opleidingen: de BelRAI train-the-trainersopleidingen en de BelRAI-opleiding voor BelRAI-indicatiestellers (binnen een organisatie), die door een BelRAI-trainer gegeven wordt (Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, 2022). De duur van de opleidingen is afhankelijk van het BelRAI-instrument,

maar bestaat steeds uit een aantal halve dagen. De opleidingsvereisten bij de implementatie van BelRAI staan eveneens ingeschreven in het Ministerieel Besluit van 3 september 2021⁸.

Verdere randvoorwaarden voor de implementatie van BelRAI in een organisatie zijn:

1. Het scheppen van duidelijkheid rond de doelstellingen die de opdrachtgevers hebben met BelRAI in de sector,
2. Het gebruik van BelRAI gaat deel uitmaken van de dagelijkse ondersteuning en zorg,
3. Het gebruik van BelRAI wordt gedragen door de organisatie en het management,
4. Er worden tijd en middelen vrijgemaakt voor opleidingen en trainingen,
5. Er dienen afspraken gemaakt te worden rond de transparantie van BelRAI-dossiers naar de gebruiker en zijn context toe om geïntegreerde en persoonsgerichte zorg mogelijk te maken,
6. Het gebruik van BelRAI zorgt voor een administratieve vereenvoudiging en een verminderde administratieve overlast,
7. Om zorgcontinuïteit te ondersteunen is informatiedeling tussen de zorgverleners erg belangrijk. Hiervoor dient een duidelijk kader door de Vlaamse overheid uitgewerkt te worden met respect voor de privacy en een garantie op veilige dataopslag (Hermans et al., 2016; Van Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel et al., 2020).

1.3 Kerndomeinen van levenskwaliteit inventariseren met BelRAI

Het belang van levenskwaliteit in al zijn facetten weerspiegelt zich in de huidige visie en werking van de zorg voor en ondersteuning van PmH (zie hoofdstuk 1 paragraaf 5). Het is daarom belangrijk dat wanneer BelRAI geïmplementeerd zou worden in de zorg voor PmH, kwaliteit van leven en de kerndomeinen hiervan aan de basis liggen van de opbouw van het instrumentarium. In verschillende BelRAI-instrumenten zien we (zelfrapportage) items terugkomen die ingaan op de kerndomeinen van QOL volgens Schalock (Schalock et al., 2005).

Bijlage 5 geeft een overzicht van de acht kerndomeinen van Schalock met de 24 indicatoren en welke secties of items van BelRAI/interRAI-instrumenten hiermee overeenkomen. Het zou ons in het kader van deze verkennende studie te ver leiden dit voor alle bestaande BelRAI-instrumenten te doen. Daarom beperkten we ons tot de volgende BelRAI- en interRAI-assessments en vragenlijsten: BelRAI QOL (C)MH, QOL LTCF, interRAI QOL HC, BelRAI REVA, BelRAI sociaal supplement, BelRAI HC, BelRAI LTCF en interRAI ID.

2 Bespreking van de resultaten van de focusgroepen met alle stakeholdersgroepen

Omwille van de beperkte looptijd van het project werden er drie focusgroepen gehouden met stakeholders. Het gaat hierbij niet om een representatieve weergave van het stakeholdersveld. De focusgroepen bestonden uit twee onderdelen: (1) de bevraging van de werking van de organisaties en diensten in de ondersteuning van en zorg voor volwassenen met een handicap, en (2) de bevraging van

⁸ Ministerieel Besluit van 3 september 2021 over de opleidingsvereisten in het kader van de implementatie van BelRAI, BS 22 september 2021

de voor- en nadelen van (de implementatie van) BelRAI in de sector, en input voor het verloop van het implementatietraject indien de Vlaamse overheid hiertoe zou beslissen. De resultaten van beide onderdelen worden hieronder beschreven. Het eerste deel geeft *geen* rechtstreeks antwoord op de onderzoeksvragen van deze studie. Toch was het belangrijk voor de onderzoekers om eerst een duidelijk zicht te krijgen op hoe de respondenten de werking van de diensten en organisaties uit de sector percipiëren om daarna de visies van de respondenten op het gebruik van BelRAI in die sector goed te begrijpen.

2.1 De werking van de bevraagde types van organisaties zoals gepercipieerd door gebruikers en professionals die er werkzaam zijn

Onderstaande paragrafen beschrijven de werking van de verschillende diensten en organisaties zoals aangehaald door de respondenten. Hetgeen volgt geeft dus weer hoe de stakeholders de werking van de diensten en organisaties in de zorg voor volwassenen met een handicap percipiëren. Dit komt niet noodzakelijk overeen met hoe de werking van de verschillende organisaties en diensten bedoeld is of geconcipieerd is op overheidsniveau (zie deel 4 van hoofdstuk 1).

2.1.1 De werking van diensten en organisaties zoals gepercipieerd door vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties

Gebruikers kunnen hun zorg inkopen bij zorgaanbieders. RTH-zorgaanbieders werken hiervoor met punten. Elke gebruiker heeft een maximaal aantal punten per jaar. Naast de punten ontvangt een gebruiker een basisondersteuningsbudget waarmee hij RTH-ondersteuning kan inkopen⁹.

Voor handicapspecifieke ondersteuning verleend door NRTH-aanbieders dient de persoon met een handicap een persoonsvolgend budget aan te vragen. Hiervoor doorloopt de persoon een proces bij een DOP of DMW en gebeurt een ZZI-inschaling. Wanneer de persoon het budget toegekend krijgt, kan hij kiezen voor cash of vouchers of een combinatie van de twee. De vertegenwoordigers gaven aan dat er nood is aan verduidelijking en extra informatie na het ontvangen van het PVB. Niet iedereen kent immers de rechten die hieraan gekoppeld zijn. Daarnaast is er volgens hen nood aan begeleiding bij het inzetten en beheren van het PVB, onder meer in hoe PmH moeten onderhandelen, hoe en waar zij ondersteuning kunnen vinden en hoe PmH zelf hun ondersteuning kunnen samenstellen. Gebruikersverenigingen en bijstandsorganisaties nemen deze rol op zich, maar niet alle PmH vinden hun weg naar deze organisaties en deze hulp is ook niet altijd gratis.

Om de grootte van het PVB te bepalen dient er een ZZI-inschaling te gebeuren. De vertegenwoordigers merken op dat bij de inschaling veel afhangt van de inschaler en hoe open deze staat voor de inbreng van de PmH zelf, zijn context of bewindvoerder. Hoewel de persoon zelf bevraagd wordt tijdens een inschalingsprocedure is er volgens de vertegenwoordigers voor de PmH weinig ruimte om echt in dialoog te gaan met de inschaler en hebben ze weinig vat op de resultaten. Vaak kunnen PmH zich niet vinden in de resultaten van de ZZI-inschaling maar zijn de mogelijkheden beperkt om hierrond in overleg te gaan. Tot slot gaf een vertegenwoordiger aan dat het ZZI onzichtbare problematieken zoals autisme of psychische kwetsbaarheden alsook het “aankunnen” van een persoon te weinig in kaart brengt.

⁹ Nota van de onderzoekers: sinds de huidige regeerperiode kan het basisondersteuningsbudget niet meer aangevraagd worden.

Het inkopen van zorg, zowel RTH en NRTH als ook ondersteuning door vrijwilligers, gebeurt via contracten. PmH dienen een contract af te sluiten met degenen die zorg aan hen zullen verlenen, waarin wordt aangegeven welke ondersteuning en met welke frequentie de gebruiker dit wenst te ontvangen. In de eerste plaats kiezen PmH één of meerdere zorgaanbieders die aansluiten bij hun noden, waarbij het voor hen belangrijk is dat ze kwalitatieve zorg ontvangen. Doordat er veel variatie is in het zorglandschap voor PmH is het niet altijd voor hen duidelijk welke expertise een zorgaanbieder heeft, of het kwalitatieve zorg is die verleend wordt, en is het vinden van de juiste match niet eenvoudig. Wanneer een of meerdere zorgaanbieders gekozen zijn, moeten PmH duidelijk kunnen maken welke ondersteuning zij nodig hebben en wat hun wensen en doelen zijn. Idealiter gebeurt dit via het ondersteuningsplan dat werd opgesteld door de DOP of DMW. Het gevaar bestaat echter dat deze plannen door de lange wachttijden vaak verouderd en niet langer actueel zijn wanneer de PmH hun zorg ingekocht hebben. De PmH moeten dus gaan onderhandelen met de zorgaanbieders om hun noden duidelijk te maken. Niet alle PmH hebben echter een goed zicht op hun eigen ondersteuningsnoden. Een vertegenwoordiger haalde ook aan dat wanneer PmH ondersteuning krijgen van hun persoonlijke netwerk, dit na verloop van tijd een gewoonte wordt waardoor men zich niet langer bewust is van deze ondersteuningsnoden. Bijkomend zorgt ondersteuning van het netwerk ervoor dat deze gebruikers een lagere prioriteit en een lager budget krijgen doordat de nood reeds wordt ingevuld door mantelzorgers. Tot het inkopen van zorg behoren ook materiële zaken zoals een luisterhulpmiddel, rolstoel, eetapparaat etc. (VAPH, 2022), waarbij de vertegenwoordigers misnoegd waren over het feit dat het VAPH vraagt om steeds opnieuw aan te tonen en te bewijzen dat dit materiaal noodzakelijk is voor een kwaliteitsvol dagelijks leven van de gebruiker.

De vertegenwoordigers waren van mening dat maar een kleine groep van gebruikers dit hele proces alleen kan doorlopen. De meeste gebruikers doen beroep op gebruikersverenigingen, bijstandsorganisaties of sociaal assistenten, omdat ze de (sociale) vaardigheden missen om de regie in eigen handen te nemen. Dit gebeurt evenwel tegen betaling en enkel indien de gebruiker aangesloten is bij een eerder vermelde vereniging of organisatie. De vertegenwoordigers omschreven de positie van PmH in dit hele proces als moeilijk en dubbel. Enerzijds zijn PmH een werkgever die onderhandelen en hun wensen duidelijk moeten maken. Anderzijds wensen ze een goede verstandhouding met de zorgaanbieders gezien ze uiteindelijk ondersteuning en zorg van hen zullen ontvangen.

De vertegenwoordigers van gebruikers benoemden verschillende problemen die zij ervaren als nadelen van het huidige PVB-systeem. Als eerste nadeel noemden ze de lange wachtlijsten waardoor het uiteindelijk verkregen budget niet meer aansluit bij hun actuele noden en situatie. De discrepantie tussen het verkregen budget en de actuele noden is ook te verklaren door de zorgzwaarte die niet regelmatig wordt herzien. Een ander nadeel dat werd aangehaald is dat de contractualisering ertoe leidt dat zorgaanbieders met een zeer specifiek zorgaanbod voor kleinere doelgroepen zouden verdwijnen doordat er minder vraag naar is. Een derde nadeel is dat PmH niet altijd een keuze hebben in het ondersteunings- of zorgaanbod. Ze verduidelikten dit aan de hand van volgend voorbeeld: PmH kunnen als doel hebben om zelfstandig te blijven wonen, maar maken toch de keuze om in een voorziening te verblijven doordat het verkregen budget ontoereikend is om in de ondersteuning te voorzien die nodig is om zelfstandig te kunnen wonen. Tot slot haalden de vertegenwoordigers aan dat PmH zelf veel in handen moeten nemen en ze zelf veel moeten uitzoeken, doordat diensten niet steeds op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden en de communicatie niet vlot verloopt, al is dit ook sterk afhankelijk van team tot team.

2.1.2 Hoe DOP, DMW en MDT de werking van hun diensten percipiëren

PmH kunnen bij een DOP, DMW en/of een MDT terecht voor de opmaak van een ondersteuningsplan of een ondersteuningsplan PVB (zie ook hoofdstuk 1). Dit ondersteuningsplan is een vraagverheldering en geeft de ideale en gewenste situatie van de gebruiker weer. Om dit plan op te stellen gaan de drie diensten op verschillende manieren te werk.

DOP

Bij de DOP kunnen personen terecht met (een vermoeden van) een handicap, personen met een psychische kwetsbaarheid, ook minderjarigen die meerderjarig gaan worden. De personen komen bij de DOP met een ondersteuningsvraag waarna een DOP vraagverhelderend werkt en steeds vertrekt vanuit het verhaal en de wensen van de persoon. Hierbij zetten de DOP de kwaliteit van leven centraal. Hun kernopdracht is het opmaken van een ondersteuningsplan voor een goed en gelukkig leven (verder ondersteuningsplan DOP). Voor de opmaak kijkt men naar de kansen en mogelijkheden van de persoon en zijn context en worden oplossingen ook buiten de handicapspecifieke zorg gezocht. Het is een verkenning van de situatie, een denkproces om te komen tot een totaalbeeld van de persoon. Een methode die hierbij aangewend kan worden zijn de concentrische cirkels (<https://www.vaph.be/pvf/wat>; Van Puyenbroeck & Fagardo, 2020), waarbij het netwerk versterken een belangrijk punt is zonder evenwel deze cirkel uit te putten. Om tot het ondersteuningsplan DOP te komen nemen de DOP een faciliterende rol op, zonder de stem van de professional te laten horen in het antwoord. Het zijn de PmH die de regie in handen hebben en die samen met hun netwerk het plan dragen. Het uiteindelijke ondersteuningsplan DOP vormt een samenvatting van het gelopen traject/proces. Een traject bij een DOP duurt maximaal één jaar, waarbij er gemiddeld 12 cliëntcontacten zijn.

Soms kan het antwoord op een vraag van de persoon de aanvraag van een PVB zijn, maar dit vormt niet het startpunt van het traject. Men zoekt steeds naar alternatieven voor een PVB. Vormt het PVB toch het antwoord op een vraag, dan stellen de DOP een ondersteuningsplan PVB op. Het opstellen van deze ondersteuningsplannen PVB behoort pas sinds 2016 tot het takenpakket van de DOP. De DOP gaven aan dat de uitgewerkte alternatieven die de persoon kan inzetten in afwachting van de toekenning van het PVB niet mee opgenomen worden in het ondersteuningsplan PVB waardoor de zorgvraag en zorgzwaarte in het ondersteuningsplan PVB vaak lager ligt dan de inschaling van het ZZI. Dit brengt volgens hen het nadeel met zich mee dat de persoon lager ingeschaald wordt in prioriteit, omdat hij reeds ondersteuning krijgt. Is een vraag tot PVB toch het beginpunt van een begeleidingstraject of heeft de persoon een heel duidelijke vraag waarop meteen een antwoord te bieden is via de aanvraag van een PVB, dan verwijst een DOP door naar een MDT.

Bij het opstellen van een ondersteuningsplan DOP werken de DOP soms samen met zorgaanbieders om zo samen met de gebruiker te kunnen onderhandelen. De coördinatie van het plan blijft evenwel bij de gebruiker of zijn vertegenwoordiger/vertrouwenspersoon. Dit wil zeggen dat de zorgaanbieders enkel toegang kunnen hebben tot het plan wanneer zij toestemming krijgen van de gebruiker. De DOP gaven aan dat zorgaanbieders aan de slag gaan met hun plannen omdat het veel achtergrondinformatie bevat alsook de redenen achter de PmH hun keuzes verduidelijkt. Voornamelijk de RTH-zorgaanbieders zouden volgens hen teruggrijpen naar de ondersteuningsplannen DOP gezien de tijd tussen de opmaak van het plan en de aanvraag bij RTH kort is waardoor de informatie nog actueel is.

DMW

De DMW zijn eerstelijnsdiensten van de mutualiteiten waardoor hun doelgroep ruimer is dan personen met (een vermoeden van) een handicap. De DMW werken eveneens vraagverhelderend en gaan in op vragen rond financiële tegemoetkomingen, thuiszorg, hulpmiddelen, administraties en ondersteuning. Voor vragen rond financiële tegemoetkomingen zoals de bepaling van het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden werken de DMW reeds met de BelRAI Screener.

Om vragen rond ondersteuning te beantwoorden, maakt een DMW een ondersteuningsplan of ondersteuningsplan PVB op. Hiervoor is een DMW methodiek uitwerkt bestaande uit zeven fasen, namelijk (1) informeren, (2) vraagverheldering van de situatie, (3) het netwerk in kaart brengen, (4) de gewenste situatie verhelderen, (5) samenvatten, (6) het komen tot een ondersteuningsvraag en (7) de afronding. In deze methodiek zitten ook de concentrische cirkels verwerkt (zie Figuur 5). De ondersteuningsplannen PVB uitgewerkt door de DMW en DOP worden door het VAPH automatisch goedgekeurd en kunnen nadien doorgestuurd worden naar een MDT om verder af te handelen. De ondersteuningsplannen PVB dienen steeds geregistreerd te worden (IMO, 2018; Van Puyenbroeck & Fagardo, 2020; Verwijzersplatform, z.d.).

Het verschil met een DOP is dat de PmH reeds met een duidelijke vraag en situatie tot bij een DMW komen en hun trajecten korter zijn, minder dan één jaar. De DMW gaven aan dat ze aan het begin van een traject bekijken bij welke dienst de persoon het meeste baat heeft en kunnen de DMW steeds doorverwijzen naar de DOP indien een langer en ruimdenkender proces nodig blijkt.

MDT

Bij MDT kunnen personen met een handicap terecht voor een aanvraag PVB, aanvraag van hulpmiddelen en prioriteringen. Voor personen die nog geen erkenning hebben bij het VAPH doen MDT een psychodiagnostisch onderzoek om de handicap te objectiveren. Dit gebeurt aan de hand van een IQ bepaling alsook door te kijken naar het functioneren en de adaptieve vaardigheden van de persoon. MDT dienen aan te tonen dat de personen beperkingen ervaren in het dagelijkse leven.

Voor het bepalen van budgetten werken MDT met instrumenten, met name de BelRAI Screener voor het budget zwaar zorgbehoevenden en met het ZZI voor de bepaling van het PVB. Om na te gaan of de vraag voor PVB een haalbare vraag is gaan MDT-medewerkers in overleg met de basisedewerkers of vragen ze bij de DMW of DOP de zorgzwaarte na die naar voor komt uit hun ondersteuningsplannen. De MDT haalden hier als spanningsveld aan dat een PVB aanvraag een lang traject is, waardoor de zorgnoden kunnen gewijzigd zijn tegen de tijd dat de ZZI-inschaling plaatsvindt. Hierdoor dienen de MDT vaak aan de DOP of DMW te vragen om een nieuw PVB ondersteuningsplan op te stellen gezien het VAPH steeds de laagste zorgnoden goedkeurt (ZZI of ondersteuningsplan). De verschillen in de zorgnoden zouden volgens de MDT deels voortkomen uit de wachttijden en deels doordat de DOP reeds een alternatief ondersteuningsaanbod inbouwen in het ondersteuningsplan PVB om de wachttijden te overbruggen waardoor de zorgzwaarte in het desbetreffende plan daalt. Een tweede spanningsveld dat de MDT benoemden is dat zij geen toekomstgerichte vragen mogen stellen, de inschaling dient de huidige noden in kaart te brengen ook al weet men dat er jaren op het budget gewacht moet worden en de noden zullen veranderen. Ze gaven aan dat door de wachttijden de oorspronkelijke geest van het PVB verloren gaat. Het idee achter PVB was immers dat PmH kunnen kiezen hoe ze hun leven vorm willen geven. De realiteit is echter dat men zo veel mogelijk moet doen met een zo klein mogelijk budget

en de keuzes hierdoor beperkt zijn en de eerste vier concentrische cirkels uitgeput worden (zie Figuur 5).

Bij de afname van het ZZI kunnen zorgaanbieders optreden als informanten. Na de afname kunnen zorgaanbieders de B/P-waarden, de zorgzwaarte van de persoon gebruiken om hun personeelspunten en hun handelingsplan hierop af te stellen. De MDT gaven aan dat ze sinds kort de B/P-waarden en hun eigen inschatting niet meer mogen doorgeven aan de zorgaanbieders, maar wel de cliëntvriendelijke versie van het ZZI waarbij de percentages van ondersteuning per subschaalscore worden weergegeven. Dit percentage geeft niet expliciet weer wat de inschaler heeft gescoord, maar is een weergave van de ondersteuning die een persoon ongeveer nodig heeft. De zorgaanbieders weten hierdoor hoeveel ondersteuning ze moeten bieden.

Naast de ZZI-afnames en budgetbepalingen stellen de MDT ook ondersteuningsplannen op. De dienst die daarvoor binnen de MDT bestaat, stelt korte ondersteuningsplannen op voor duidelijke vragen waarbij al een schatting van het aantal uur ondersteuning voorhanden is. Het gaat hierbij om korte trajecten van een vijftal gesprekken met de gebruiker. Indien de dienst open aanvragen krijgt met nog onduidelijke vragen verwijzen ze door naar een DOP of DMW. De ondersteuningsplannen die ze doorverwezen krijgen van de DMW en DOP worden door het VAPH automatisch goedgekeurd, waardoor de MDT er meteen mee aan de slag kunnen (Verwijzersplatform, z.d.). Een belangrijk aandachtspunt is dat de medewerker die het ondersteuningsplan van het MDT opmaakt niet dezelfde medewerker mag zijn die het ZZI afneemt. De rationale hierachter is dat het ondersteuningsplan vertrekt vanuit de gebruiker en zijn noden en wensen weergeeft terwijl het ZZI juist de noden van de persoon objectiveert. Een MDT-medewerker gaf aan dat zij werken met basised medewerkers die ook begeleiding geven aan PmH. Deze personen stellen eerst een ondersteuningsplan PVB op en blijven dan de persoon begeleiden in afwachting van het budget, waardoor ze een gelijkaardige werking vertonen met de DMW. De werking van de MDT verschillen hierin per provincie.

Een andere taak van de MDT is prioritering aanbrenge in de budgetaanvragen. Hiervoor dienen de MDT aan te tonen dat de RTH-ondersteuning volledig uitgeput is en de persoon meer ondersteuning nodig heeft. Hoe groter de kloof tussen de RTH-ondersteuning en de ondersteuning die de persoon nodig heeft, hoe hoger de prioritering zal zijn.

Het grootste verschil tussen de DOP, DMW en de MDT is volgens de deelnemers de visie en werkwijzen. Waar de DOP en DMW cliëntgericht werken en vertrekken vanuit de persoon, vertrekken de MDT vanuit de wetgeving en de rechten van PmH. Een MDT werkt meer pragmatisch en maakt de overslag naar de administratie. Een deelnemer verwoorde het als volgt:

“bij een DOP is het nog heel cliëntgericht terwijl bij MDT wordt de overslag heel hard gemaakt naar administratie en na een MDT word je als cliënt eigenlijk wel een beetje een dossier en zijt ge ook een dossier binnen het VAPH” (letterlijke weergave uit de focusgroep DOP, DMW en MDT).

2.1.3 Hoe zorgaanbieders de werking van hun organisaties percipiëren

De meeste zorgaanbieders die deelnamen aan de focusgroepen, bieden een combinatie van RTH en NRTH aan, maar spraken voornamelijk vanuit hun NRTH-werking. Een deelnemende zorgaanbieder biedt RTH-ondersteuning aan en sprak vanuit deze ervaring. Wanneer er volgens de respondenten een duidelijk verschil is in werking wordt dit doorheen de tekst aangegeven.

De basisvisies van waaruit de zorgaanbieders werken, zijn de modellen over sociaal-emotionele ontwikkeling van Došen en kwaliteit van leven volgens Schalock. Deze modellen bepalen mee hoe de zorgaanbieders naar de ondersteuning van PmH kijken en hoe ze dit vormgeven. Om de zorgvraag, ondersteunings- en zorgnoden van PmH in kaart te brengen, gebruiken de zorgaanbieders verschillende informatiebronnen. De belangrijkste informatiebron zijn de PmH zelf. In dialoog gaan met de gebruiker om zijn wensen en persoonlijke doelen in kaart te brengen vormt de basis voor alle zorgaanbieders om te komen tot een plan. Daarnaast gaan sommige zorgaanbieders aan de slag met de zorgzwaarte weergegeven door de B/P-waarden uit het ZZI, anderen gebruiken instrumenten zoals de Sociaal-emotionele ontwikkelingsschaal van Došen, de dementieschaal, EQ-tests of signaleringsplannen.

Alle informatie wordt uiteindelijk samen met de gebruiker omgezet naar een traject bij de door hem gekozen zorgaanbieder, het handelingsplan. Het handelingsplan geeft de doelen van de gebruiker weer en gaat in op hoe de zorg ingevuld wordt om deze doelen te bereiken. Alle betrokkenen, met name de begeleiders, de persoon en zijn context hebben inbreng in dit plan. Dit kan een spanningsveld met zich meebrengen, wanneer er tegenstrijdige wensen zijn op vlak van de zorgnood, de soort ondersteuning en/of op vlak van doelen. Doordat de gebruiker of de context, zijn mogelijkheden kan over- of onderschatten is het belangrijk om de visies van alle betrokkenen mee te nemen om de zorgzwaarte en noden juist vertaald te krijgen naar een plan. Naast het handelingsplan bestaat er een individuele dienstverleningsovereenkomst waarvan het ondersteuningsplan DOP of het ondersteuningsplan PVB de basis vormt. De individuele dienstverleningsovereenkomst is de contractuele overeenkomst aangaande welke zorg(vorm) en met welke frequentie de zorgaanbieder ondersteuning aanbiedt. Eveneens worden de personeelskost en de budgetten hierin opgenomen. Beide plannen dienen opgesteld te worden voor het VAPH. Een uitzondering hierop zijn de RTH-zorgaanbieders, waar geen handelingsplan vereist is, al werken zij ook met een dossier waarin bijgehouden wordt wat de doelen van de gebruiker zijn en welke dienst wat opvolgt.

Om ondersteuning te bieden aan PmH werken de zorgaanbieders samen met andere diensten. Voorafgaand aan het contact met de zorgaanbieder doorlopen de meeste PmH een traject bij een DOP of een DMW. Deze diensten stellen eveneens ondersteuningsplannen op die de wensen en de ideale situatie volgens de persoon in kaart brengen. Deze plannen kunnen bijkomende informatie bieden, maar de PmH dienen toestemming te geven om het in te kijken. Wanneer er veel tijd zit tussen het opstellen van een ondersteuningsplan DOP of DMW en het eerste contact met de zorgaanbieder, zijn de plannen vaak niet actueel genoeg om ermee aan de slag te gaan. Sommige zorgaanbieders gaan aan de slag met de resultaten uit het ZZI, die men kan opvragen bij de MDT. Het gebruik van de ZZI-resultaten is eerder beperkt, gezien de zorgaanbieders aangaven het niet altijd eens te zijn met de scores en inschattingen rond de zelfredzaamheid van PmH. Zij zijn van mening dat hierin meespeelt dat zij de gebruikers en hun noden veel beter kennen dan de MDT omdat zij veel vaker contact hebben met de gebruikers in tegenstelling tot de inscalers van de MDT die de gebruiker maximaal enkele sessies spreekt.

Eenmaal de gebruiker een traject start bij een zorgaanbieder, zij het residentieel, zij het ambulant of mobiel, is de zorg vaak uitgesplitst tussen verschillende diensten zoals thuisverpleging, begeleiders binnen de organisatie, kinesisten enz. De zorgaanbieders gaven aan dat de verschillende diensten hun eigen instrumenten gebruiken. Informatieoverdracht en communicatie tussen de diensten gebeurt bij voorkeur in gesprek tijdens een overlegmoment of via het online dossier waar externe diensten beperkt toegang toe hebben. PmH hebben in dit dossier een persoonlijk deel, waarin hun doelen zijn opgenomen, waartoe zij en hun vaste zorgverlener toegang hebben. De zorgaanbieder behoudt evenwel

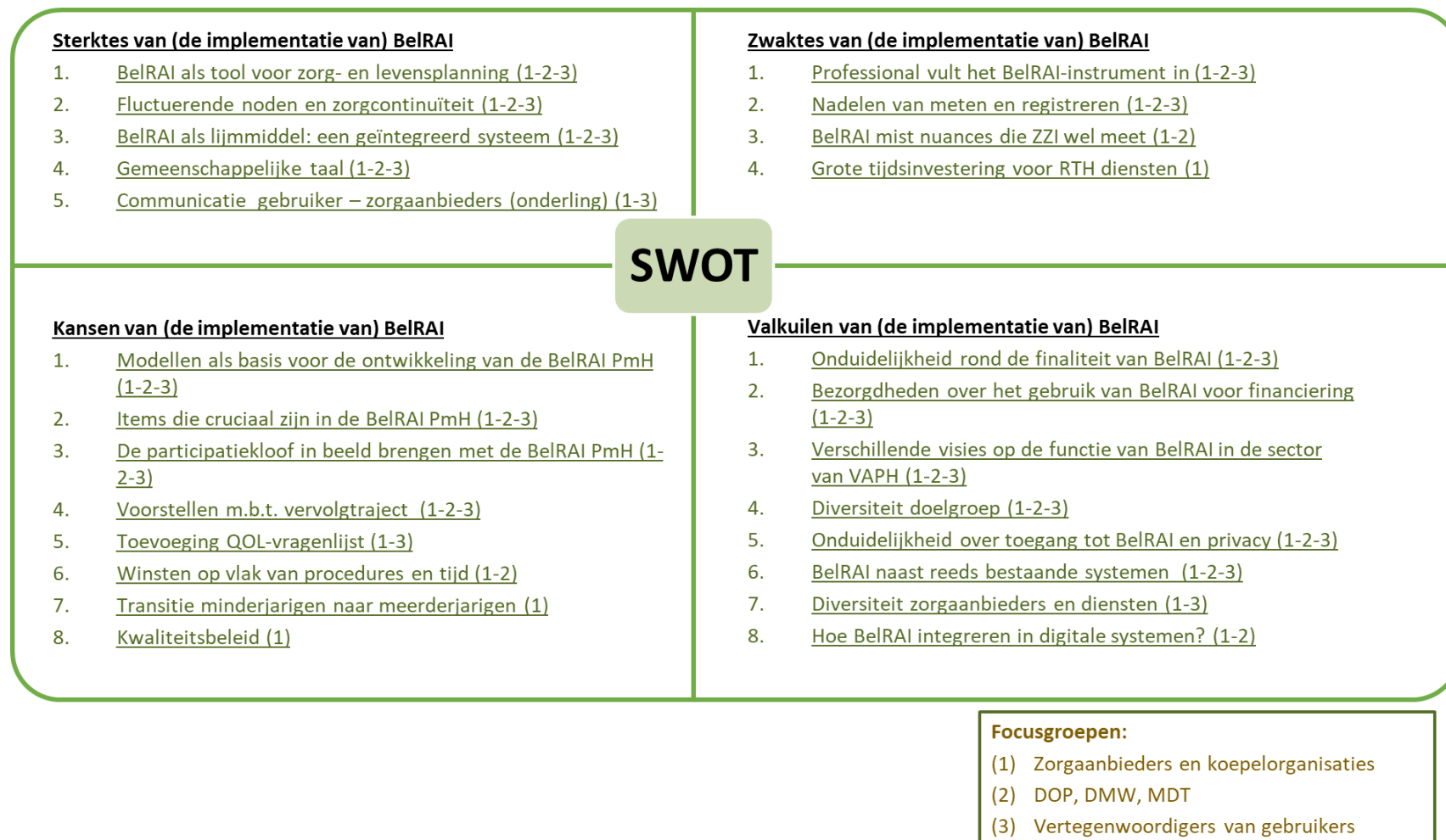
de coördinatie ervan. Een thuisbegeleidingsdienst (RTH) gaf aan dat in hun werking PmH in alle communicatie met andere diensten steeds betrokken worden.

2.2 SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI in de sector van volwassenen met een handicap

In hetgeen volgt komen de resultaten van het tweede deel van de focusgroepen aan bod: (1) de bevraging van de voor- en nadelen van (de implementatie van) BelRAI in de sector, en (2) input voor het verloop van het implementatietraject indien de Vlaamse overheid hiertoe zou beslissen. Eveneens de vragenlijst ging in op deze twee punten. De antwoorden van de deelnemers van de vragenlijst stemmen inhoudelijk overeen met wat er in de focusgroepen door de stakeholders is aangehaald en zijn meegenomen in de SWOT-analyse.

Figuur 8 geeft een overzicht van de thema's die aan bod kwamen over (de implementatie van) BelRAI in de sector. De thema's zijn opgedeeld in een SWOT-analyse, zodat de sterktes, kansen, zwaktes en valkuilen van (de implementatie van) BelRAI volgens de stakeholdergroepen duidelijk worden. In de figuur is achter elk thema terug te vinden in welke focusgroepen het betreffende thema aan bod is gekomen:

1. Zorgaanbieders en koepelorganisaties,
2. DOP, DMW en MDT,
3. Vertegenwoordigers van gebruikers.



Figuur 8 SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI in de Vlaamse sector voor volwassenen met een handicap op basis van de visies van Vlaamse stakeholders, inclusief gebruikers

Het overzicht van de thema's met de bijbehorende stellingen per stakeholdersgroep die de visies van de respondenten omtrent dat thema weergeven, kan teruggevonden worden in Bijlage 3. In de volgende paragrafen geven we een samenvatting en de conclusie van de SWOT-analyse.

2.2.1 SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI op het niveau van de zorg en ondersteuning van individuele gebruikers en hun context

Wanneer aan de deelnemers van de focusgroepen gevraagd werd welke finaliteit van BelRAI zij zelf zouden verkiezen, was er eensgezindheid over de rol die BelRAI zou kunnen spelen op het niveau van de zorg en ondersteuning van *individuele* gebruikers en hun context. Op dit niveau zien de stakeholdersgroepen verschillende sterktes van BelRAI en tegelijkertijd een belangrijke zwakte. Over volgende **sterktes van BelRAI** was er consensus:

- Het is een tool voor de ondersteuning van zorg- en levensplanning, waarbij verschillende sectoren betrokken kunnen zijn (rechtstreeks en niet rechtstreeks toegankelijke hulp). Zodoende kan BelRAI de kwaliteit van de zorg en ondersteuning verbeteren.
 - Bij expliciet navragen was er binnen en tussen de stakeholdersgroepen geen consensus over welke organisaties en/of diensten de BelRAI zouden invullen: (1) bij de DOP's als input voor het ondersteuningsplan of (2) bij de zorgaanbieders als input voor het handelingsplan. Dit is op het eerste zicht een **valkuil** voor de implementatie van BelRAI. Daar tegenover staat dat de onderstaande sterktes van BelRAI waarover ook consensus bestaat, enkel realiseerbaar zijn in deze sector indien BelRAI bij de zorgaanbieders zou ingevuld worden als input voor het handelingsplan.
- Herhaalde BelRAI-assessments kunnen veranderende ondersteunings- en zorgnoden in kaart brengen, ook met input van andere sectoren. De (evaluatie van de) zorg(continuiteit) kan op de verandering die zich voorgedaan heeft, afgestemd worden;
- BelRAI centraliseert informatie over de noden van de gebruiker, en dit voor de gebruikers zelf, hun context en de betrokken disciplines en organisaties. Zo kan BelRAI aanzetten tot dialoog tussen alle betrokkenen, hetgeen interdisciplinariteit bevordert. Verschillende visies op het functioneren van de gebruiker worden daardoor samengelegd en kunnen besproken worden;
- BelRAI ontwikkelt in de sectoren een gemeenschappelijke taal om over zorg en ondersteuning te spreken, hetgeen voor meer begrip tussen de betrokkenen kan zorgen;
- BelRAI is een hulpmiddel voor gebruikers en zorgverleners om met elkaar in gesprek te gaan over de evolutie van de noden, het zorg- en ondersteuningsaanbod en het handelingsplan.

Een belangrijke **zwakte van BelRAI** die de stakeholders zien, zou een bedreiging kunnen vormen voor deze sterktes van BelRAI, namelijk dat het de professionals zijn die de BelRAI-assessments invullen (met uitzondering van een Quality of Life vragenlijst). De verschillende stakeholdersgroepen zijn bezorgd dat het invullen van een BelRAI-assessment te weinig gestuurd zal worden door de dialoog met de gebruiker en zijn context en dat PmH (of hun vertegenwoordiger) bijgevolg niet de regie zullen houden over de organisatie van hun ondersteuning en zorg en over hun BelRAI-dossier. Alle stakeholdersgroepen vinden het primordiaal dat deze regie van het BelRAI-dossier door gebruikers gerealiseerd wordt. Daarbij aansluitend ervaren alle stakeholdersgroepen het als een **valkuil** dat momenteel niet duidelijk is of de gebruikers en/of hun vertegenwoordiger zelf toegang zullen hebben tot hun BelRAI-dossier en zelf zullen kunnen bepalen welke zorgverleners schrijf- en/of leesrechten zullen hebben. Er werd aangegeven dat

dit nodig is opdat gebruikers (of hun vertegenwoordiger) regie over hun ondersteuning en zorg zouden kunnen blijven behouden. De vertegenwoordigers van gebruikers zijn ten slotte van mening dat gebruikers zelf zaken moeten kunnen toevoegen aan hun BelRAI-dossier en dus schrijfrechten moeten hebben. Die mening zijn ze ook toegegaan wat betreft het ZZI.

Op het niveau van de zorg en ondersteuning voor individuele gebruikers en hun context zien de stakeholdersgroepen ook **kansen van BelRAI** voor de sector. Deze hebben voornamelijk betrekking op het BelRAI-instrument dat nog ontwikkeld moet worden, indien daarvoor gekozen zou worden:

- Alle stakeholdersgroepen vinden het belangrijk om het nieuwe instrument te ontwikkelen op basis van een duidelijk visie op de noden van PmH. Volgende visies of modellen zijn aangehaald:
 - De kerndomeinen van kwaliteit van leven volgens Schalock,
 - De sociaal-emotionele ontwikkeling van personen met een verstandelijke handicap volgens Došen,
 - De vertegenwoordigers van gebruikers haalden ook doelgerichte zorg aan en de emancipatorische visie op de inclusie van PmH in de maatschappij als belangrijke visies om te operationaliseren in het nieuwe BelRAI-instrument.
- Alle stakeholdersgroepen zijn van mening dat het nieuwe BelRAI-instrument niet alleen het functioneren van PmH in kaart moet brengen (wat PmH kunnen/doen; welke hulpmiddelen zij daarbij nodig hebben, enz.), maar ook hun draagkracht (wat PmH 'aankunnen'). De deelnemers benadrukken dat wat PmH 'kunnen' en wat zij 'aankunnen' niet hetzelfde hoeft te zijn.
- De context van gebruikers moet volgens alle stakeholdersgroepen voldoende in kaart gebracht worden: in welke omgeving de persoon woont [thuis – (semi)residentieel], welke ondersteuning de context biedt, wat de draagkracht is van de context.
- De zorgaanbieders/koepelorganisaties en vertegenwoordigers van gebruikers vroegen zich af of de BelRAI-instrumenten die reeds voor andere doelgroepen bestaan, niet te zorggericht zijn en te zeer vanuit een medische perspectief zijn ontwikkeld om voor PmH te gebruiken. Ze zijn van mening dat de BelRAI PmH de participatiekloof van de gebruiker in beeld moet brengen, hetgeen ook betekent dat alle levensdomeinen – en de rollen die gebruikers daarin opnemen - bevraged moeten worden. De DOP/DMW/MDT zijn bezorgd dat het bevragen van alle levensdomeinen er voor zou kunnen zorgen dat gebruikers bepaalde noden gaan zien die ze vóór de bevraging niet zo ervaren. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de DOP/DMW/MDT het gebruik van BelRAI meer vanuit de financieringsfinaliteit hebben besproken (zonder dat dit betekent dat ze hiermee akkoord gaan; zie 2.2.2.), in vergelijking met de zorgaanbieders/koepels en vertegenwoordigers van gebruikers die uitgebreider stilgestaan hebben bij de verbetering van de zorg- en ondersteuningskwaliteit als finaliteit van BelRAI. Beide laatste stakeholdersgroepen stellen ook concreet voor om een Quality of Life vragenlijst toe te voegen aan het nieuwe BelRAI-instrument, die de gebruikers in de mate van het mogelijke zelf invullen.
- De vertegenwoordigers van gebruikers benadrukten dat de BelRAI PmH ook de psychische kwetsbaarheden in kaart moeten brengen.

2.2.2 SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI op het niveau van de organisaties en het beleid vanuit de overheid

Op het niveau van de organisaties en het beleid vanuit de overheid zien de stakeholdersgroepen voornamelijk **valkuilen** die de implementatie van BelRAI in de sector zou kunnen bedreigen:

- Alle stakeholdersgroepen haalden aan dat ze duidelijkheid verwachten vanwege de Vlaamse overheid over de finaliteit van BelRAI in de sector. Zij zijn van mening dat deze duidelijkheid op dit moment ontbreekt, hetgeen soms enige misnoegdheid met zich meebracht tijdens de focusgroepen. Er werd een duidelijke oproep gedaan naar transparantie hierover vanuit de Vlaamse overheid. Het gebrek aan transparantie blijkt tot wantrouwen te leiden ten opzichte van de beleidsorganen. Bovendien zijn de meeste deelnemers de mening toegedaan dat het zonder deze duidelijkheid niet mogelijk is om hun standpunt over de implementatie van BelRAI in de sector te bepalen, zo werd meermaals geopperd. Uit de voorgaande studie waarbij op itemniveau een vergelijking is gemaakt tussen de bestaande zorgzwaarteinstrumenten van het VAPH (ZZI en MZB) en de bestaande BelRAI- en interRAI-instrumenten bleek reeds het belang van duidelijkheid over de finaliteit van BelRAI (Vanlinthout & Declercq, 2021).
- In tegenstelling tot de consensus over het verbeteren van de zorgkwaliteit als relevante finaliteit van BelRAI, roept de budgetverdeling als finaliteit van BelRAI bij alle stakeholdersgroepen veel bezorgdheden en vragen op. Deze zijn deels ingegeven door de negatieve ervaringen met de BelRAI Screener van de voorbije maanden: een deel van de gebruikers die thuis rechtstreeks toegankelijke hulp krijgen, verloren hun rechten en bijgevolg hun budget voor zwaar zorgbehoevenden¹⁰.
 - Er is ongerustheid dat de implementatie van BelRAI in de sector ervoor zal zorgen dat de budgetten voor de gebruikers zullen veranderen/verminderen. Dit zou volgens de stakeholdersgroepen het geval kunnen zijn indien het nieuwe BelRAI-instrument niet de juiste noden in kaart brengt.
 - De zorgaanbieders/koepelorganisaties en de DOP/DMW/MDT opperden - vanuit de hypothese dat budgetverdeling de finaliteit van BelRAI zou worden - volgende **zwakte** van de bestaande BelRAI-instrumenten: de antwoordmogelijkheden bij BelRAI met betrekking tot zelfstandigheid zijn minder genuanceerd dan bij het ZZI. Dit wordt bevestigd door de voorgaande studie van Vanlinthout en Declercq (2021). Wanneer enkel de verbetering van de zorg- en ondersteuningskwaliteit de finaliteit van BelRAI zou worden, vinden de respondenten het minder een probleem dat BelRAI het zelfstandig functioneren “grover” meet dan ZZI.
 - Het inventariseren van de sterktes van de gebruiker en van de (psychische) draagkracht van de context worden als belangrijk ervaren wanneer de finaliteit van BelRAI verbetering van de zorgkwaliteit zou zijn. Wanneer

¹⁰ De Vlaamse overheid heeft reeds beslist om deze fout recht te zetten. Het budget voor zwaar zorgbehoevenden zal reeds vanaf een score van 5,5 punten (in plaats van 6 punten) op de som van de modules IADL en ADL op de BelRAI Screener toegekend worden. Hierdoor krijgen meer personen recht op het zorgbudget. De dossiers werden herbekeken en 4104 personen die eerst hun zorgbudget verloren, krijgen retroactief hun zorgbudget toegekend. De bijsturing gaat retroactief in vanaf 1 juni 2021 (Persmededeling 1 april 2022).

budgetverdeling echter (ook) de finaliteit van BelRAI zou worden, zijn de stakeholdersgroepen ongerust dat de sterktes van de persoon en de context in kaart brengen er voor bepaalde gebruikers zal toe leiden dat ze minder budget zullen krijgen.

- Er is bezorgdheid dat de implementatie van BelRAI zal neerkomen op een besparingsactie, o.a. als gevolg van het feit dat door de invoering van BelRAI de budgetten zouden herverdeeld worden tussen de sectoren. De mogelijke koppeling van BelRAI aan budgetverdeling blijkt voor wantrouwen ten opzichte van de beleidsorganen te zorgen. De vertegenwoordigers van gebruikers gaven ook aan dat hun wantrouwen – ze spreken ook van weerstand - gevoed wordt door het feit dat er op bepaalde terreinen reeds besparingen bezig zijn, zoals bv. met betrekking tot de hulpmiddelen (<https://kvg.be/standpunten/vele-kleintjes-maken-een-grote/>; <https://alin-vzw.be/wp-content/uploads/2021/01/nota-Mozaiek-5.pdf>) .
- De vertegenwoordigers van gebruikers vinden het belangrijk dat de gebruikers hun budget even flexibel zullen kunnen inzetten als de toekenning zou bepaald worden op basis van BelRAI.
- Als gevolg van deze bezorgheden zijn de stakeholders niet tot consensus gekomen over de geschiktheid van budgetverdeling als finaliteit van BelRAI. Alle stakeholdersgroepen dachten op een dichotome wijze over de finaliteit van BelRAI: ofwel dient BelRAI volgens hen voor de verbetering van de zorgkwaliteit, ofwel voor de budgetverdeling (in plaats van het ZZI). Men kon zich weinig concreets voorstellen bij de combinatie van beide finaliteiten en zijn hier bijgevolg bezorgd over. Dit staat enigszins in contrast tot de oproep van alle stakeholdersgroepen om BelRAI niet bovenop andere registratiesystemen en inschalingen te implementeren in de sector. Alle stakeholdersgroepen verwachten dat BelRAI – indien het er komt – andere instrumenten zal vervangen. Hierbij willen we aanvullen dat volgens het interRAI consortium de doelstelling van interRAI er wel degelijk in bestaat om (1) zorgplanning, (2) kwaliteitsmanagement en (3) allocatie van budgetten – in die volgorde van implementatie - met dezelfde data over zorg- en ondersteuningsnoden te onderbouwen (<https://interrai.org/applications/>).
- De focusgroep met vertegenwoordigers van gebruikers stond het meest negatief tegenover budgetverdeling als finaliteit van BelRAI;
- Binnen de focusgroep met DOP/DMW/MDT bestonden verschillende meningen over budgetverdeling als finaliteit van BelRAI. Naast de reeds aangehaalde valkuilen en zwaktes van BelRAI (in 2.2.2.) kwam in deze focusgroep aan bod dat BelRAI enkel voor budgetverdeling in de sector kan gebruikt worden als dit ook het geval is in alle andere betrokken sectoren, en als BelRAI in alle organisaties van alle betrokken sectoren op dezelfde manier ingevuld wordt.
- De focusgroep met zorgaanbieders/koepelorganisaties lieten – ondanks de bezorgheden - ruimte voor het onderzoeken van deze finaliteit van BelRAI.

In verband hiermee gaven de twee laatste stakeholdersgroepen aan dat de implementatie van BelRAI in plaats van het ZZI de **mogelijkheid** zou bieden om budgettaire en tijdswinsten te boeken op vlak van administratie, inschalingen en procedures bij DOP, DMW, MDT en zorgaanbieders. Zo zouden er middelen vrij kunnen komen voor de ondersteuning en zorg van de gebruikers.

Ten slotte deden de stakeholdersgroepen voorstellen voor een komend **BelRAI-traject** indien daartoe door de Vlaamse overheid beslist zou worden:

- Het is belangrijk om alle stakeholders – inclusief de bijstandsorganisaties waarvan er in deze verkennende studie maar één vertegenwoordigd was en de niet-vergunde zorgaanbieders die nu niet vertegenwoordigd waren – te betrekken bij alle komende stappen van het BelRAI-traject.
- De zorgaanbieders en koepelorganisaties vroegen om ook de bestaande digitale systemen die veel in de sector gebruikt worden – zoals Zorgonline – op een bepaald moment te betrekken, zodat kan duidelijk worden hoe BelRAI andere administratie van de zorgaanbieders kan vervangen.
- De opleidingen zijn zeer belangrijk in het BelRAI-traject:
 - Kwaliteitsvolle opleidingen moeten ervoor zorgen dat alle organisaties uit de verschillende sectoren en alle individuele zorgverleners BelRAI op dezelfde manier invullen;
 - Het is belangrijk om ervaringsdeskundigen te betrekken bij zowel de ontwikkeling als het geven van de opleidingen, zodat cliëntervaringen voldoende aan bod komen in de opleiding;
 - Ook de kwaliteitsborging na de train-the-traineropleiding moet geëvalueerd worden.

2.3 Conclusie van de bevraging van de stakeholdersgroepen

De drie focusgroepen hebben aangetoond dat de verschillende stakeholdersgroepen het grotendeels eens zijn over bepaalde sterktes, zwaktes, kansen en valkuilen van BelRAI.

De allereerste en grootste bekommernis van de stakeholdersgroepen aangaande de mogelijke implementatie van BelRAI voor de doelgroep van volwassenen met een handicap betreft de **onduidelijkheid** die zij ervaren over de **finaliteit van BelRAI in de sector**. Om hun standpunt te kunnen bepalen over BelRAI en de mogelijke implementatie ervan in de sector is het volgens hen primordiaal te weten of BelRAI zal dienen voor kwaliteitsverbetering van zorg en ondersteuning, of dat BelRAI (ook) de verdeling van het budget over PmH zal bepalen.

Op het niveau van de **zorg en ondersteuning van individuele gebruikers en hun context** zou BelRAI volgens hen een meerwaarde kunnen betekenen als tool om input te bieden voor de **zorg- en levensplanning**, en om meer **coördinatie en continuïteit van zorg en ondersteuning** (tussen verschillende rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijke sectoren) te realiseren. Hierbij brachten de stakeholdersgroepen enkele voorwaarden onder de aandacht die vervuld moeten worden om dit mogelijk te maken. De PmH en/of hun vertegenwoordigers moeten de **regie** kunnen houden over de organisatie van hun zorg en ondersteuning, dus ook over hun BelRAI-dossier. En het BelRAI-instrument dat nog voor de sector ontwikkeld moet worden dient de **kwaliteit van leven** en de **participatiekloof** van de gebruikers voldoende in beeld te brengen.

De **budgetverdeling als finaliteit** van BelRAI roept bij alle stakeholdersgroepen veel bezorgdheden en vragen op. Enerzijds zijn er bezorgdheden over de hoogte van het totale budget voor de sector. Anderzijds zijn er bezorgdheden over de (her)verdeling van het budget. De hoogte van het budget is een politieke beslissing, waarin BelRAI geen rol speelt. Op vlak van de herverdeling zou BelRAI wel een rol

kunnen spelen. Als gevolg van het gebrek aan transparantie die de stakeholdersgroepen van de kant van de Vlaamse overheid ervaren over deze finaliteit horen we grote bezorgdheid dat de implementatie van BelRAI in de sector zal neerkomen op een besparingsactie. Dit blijkt tot wantrouwen te leiden ten opzichte van de beleidsorganen.

Alle stakeholdersgroepen dachten op een dichotome wijze over de finaliteit van BelRAI: ofwel dient BelRAI volgens hen voor de verbetering van de zorgkwaliteit, ofwel voor de budgetverdeling (in plaats van het ZZI). Men kan zich weinig concreet voorstellen bij de **combinatie van beide finaliteiten**. Bijgevolg zijn ze hier bezorgd over. Dit staat enigszins in contrast tot de oproep van alle stakeholdersgroepen om BelRAI *niet* bovenop andere registratiesystemen en inschalingen te implementeren in de sector. Alle stakeholdersgroepen verwachten dat BelRAI – indien het assessment systeem er komt – **andere instrumenten zal vervangen**. De stakeholdersgroepen hopen dat de implementatie van BelRAI in dat geval zal leiden tot minder administratie en procedures in de sector zodat er tijd en budget vrijkomt voor de zorg en ondersteuning van de gebruikers en hun context.

Hoofdstuk 4

Discussie en beleidsaanbevelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de antwoorden op de onderzoeksvragen en gaat in op de sterktes en beperkingen van het onderzoek. Op het einde van het hoofdstuk formuleren we beleidsaanbevelingen voor hoe BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap te implementeren, indien de Vlaamse overheid daartoe beslist.

1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

Het onderzoek heeft drie onderzoeksvragen, met name (1) de voor- en nadelen van de implementatie van BelRAI in kaart brengen, (2) de volgende stappen in het BelRAI-traject verduidelijken en (3) de visie van de stakeholders omtrent de twee voorgaande punten in kaart brengen. In het formuleren van de antwoorden op de eerste twee vragen in dit hoofdstuk worden de visies van de stakeholders meegenomen.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is enerzijds een SWOT-analyse van (de implementatie van) BelRAI gemaakt op basis van (inter)nationaal onderzoek naar het gebruik van interRAI/BelRAI in de ouderen-, thuis-, geestelijke gezondheidszorg en de ondersteuning en zorg voor volwassenen met een handicap (zie Figuur 6). Anderzijds is een analoge SWOT-analyse gemaakt op basis van de visies van Vlaamse stakeholders in de sector voor volwassenen met een handicap, inclusief gebruikers (zie Figuur 8). Bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen geven we weer welke visies van de Vlaamse stakeholders uit de sector ook terug te vinden zijn in (inter)nationaal onderzoek in één of meerdere van de zorg- en welzijnssectoren. Daarnaast lichten we de verschillen tussen de visies van de stakeholders en het onderzoek toe. Sommige visies komen niet aan bod in de (inter)nationale literatuur (in andere sectoren) of worden daar anders ervaren.

1.1 Wat zijn de voor- en nadelen van (de implementatie van) BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap?

Het antwoord op deze onderzoeksvraag delen we op in twee delen. Het eerste deel geeft de overeenkomsten tussen de visies van de stakeholders en de (inter)nationale literatuur weer. In het tweede deel geven we een overzicht van de aspecten waar de literatuur en de visie van de stakeholders uiteenlopen.

1.1.1 Overeenkomsten tussen de visies van de Vlaamse stakeholders en de (inter)nationale literatuur

Op het niveau van zorg en ondersteuning van individuele gebruikers en hun context benoemen de stakeholders meerdere voor- en nadelen van BelRAI die ook terug te vinden zijn in (inter)nationaal onderzoek:

- BelRAI geeft een holistische beeld van de noden en het functioneren van een gebruiker (Hermans et al., 2016; Vermeulen et al., 2015; Van Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel et al., 2020). Dit is een goede vertrekbasis om het ondersteunings- en zorgaanbod afgestemd op de noden vorm

te geven. Dit holistisch beeld is niet alleen relevant voor de zorgaanbieders, maar evenzeer voor de gebruikers. De BelRAI-output zou voor hen een tool kunnen vormen om bij de aankoop van hun zorg en ondersteuning de omvang en specificiteit van hun noden toe te lichten. Dit kan hen helpen om duidelijk te maken welke ondersteuning en zorg ze nodig hebben.

- Het feit dat BelRAI de zorg- en ondersteuningsnoden op een gestandaardiseerde wijze in kaart brengt, wordt door de bevroagde stakeholders ook deels als een nadeel gezien. Enkele respondenten gaven aan bezorgd te zijn dat positieve scores met betrekking tot functioneren (= zelfstandig functioneren) zullen geïnterpreteerd worden als dat gebruikers geen extra hulp nodig hebben, ook al strookt dit niet altijd met de realiteit. Deze bezorgdheid kadert in een mogelijke koppeling van de BelRAI resultaten met budgetverdeling. Wanneer er in bovenstaande situatie “zelfstandig” gescoord wordt, zal de persoon ook minder budget krijgen. Er is ook bezorgdheid dat door de standaardisatie de “fijnsnarigheid van de persoon” minder in kaart gebracht zal worden. Uit onderzoek in Frankrijk blijkt dat professionals in de Franse thuiszorg sector vooral bezorgd zijn over het risico dat ze door de standaardisatie van BelRAI hun inbreng in het assessment van de noden gaan verliezen (De Stampa et al., 2018). In de Vlaamse GGZ zijn sommige professionals ook bezorgd dat de noden die uit BelRAI naar voren komen verschillen van hun professionele inschatting hierover (Van Horebeek et al., 2021).
- BelRAI centraliseert informatie over de noden, voor zowel de gebruikers, hun context als de verschillende disciplines die bij de ondersteuning en de zorg betrokken zijn. De gecentraliseerde informatie en BelRAI-resultaten kunnen dienen als ondersteunende tool voor ondersteunings- en handelingsplannen (Hermans et al., 2016; Vermeulen et al., 2015). Dit kan de kwaliteit van zorg en ondersteuning verbeteren (e.g. Chan et al., 2014; Cheung, et al., 2021; Blasioli et al., 2021; de Almeida Mello, 2018; de Almeida Mello et al., 2015; Gee, et al., 2021; Hirdes et al., 2002; Hirdes et al., 2020; Hirdes et al., 2011; Iduye et al., 2022; Kehyayan et al., 2014; Jones, et al., 2009; Mathias, et al., 2010; Neufeld, et al., 2012; Perlman, Hirdes, & Vigod, 2015; 2010; Perlman et al., 2013; Perlman & Hirdes, 2008; Rios & Perlman, 2017; Urbanoski, et al., 2012). De gecentraliseerde informatie en de BelRAI-resultaten vormen een hulpmiddel voor de zorgverlener en de gebruiker om in gesprek te gaan over de doelen en ondersteuningsnoden van de gebruiker, en dit in overleg - en rekening houdend met de verschillende visies en wensen - om te zetten naar een ondersteunings- of handelingsplan (Iduye et al., 2022; Vanlinthout et al., 2022).
- Wat de stakeholders hierbij als een belangrijk nadeel benoemden is dat BelRAI, met uitzondering van de QOL-vragenlijsten, ingevuld wordt door zorgverleners. Ook in de GGZ ervaren sommige professionals het zorgverlenersperspectief als een valkuil. De cliënten hebben soms andere visies op hun noden dan de zorgverlener (bv. omwille van weinig of geen ziekte-inzicht), die minder of soms niet worden meegenomen in het BelRAI-assessment als de zorgverlener de zorgnoden anders inschat (Van Horebeek et al., 2021). Binnen de zorg voor PmH is de regie van de gebruiker over zijn leven en de organisatie van zijn ondersteuning en zorg een belangrijk uitgangspunt. De stakeholders zijn bezorgd dat BelRAI-assessments te weinig vertrekken vanuit de dialoog met de gebruiker en dat PmH de regie over hun ondersteuning en zorg hierdoor niet zullen kunnen behouden. De onduidelijkheid over of PmH en hun vertegenwoordigers al dan niet toegang zullen hebben tot het

BelRAI-dossier en PmH zelf kunnen bepalen welke zorgverleners schrijf- en/of leesrecht hebben, versterken deze bezorgdheid. Uit onderzoek naar de plaats van BelRAI in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan komt eveneens naar voor dat de gebruiker zou moeten aangeven wie toegang heeft tot zijn dossier, wat er wel en niet mag geregistreerd worden en ook zelf de mogelijkheid moet hebben om via een digitaal dossier informatie aan te vullen (Vanlinthout et al., 2022). In de GGZ-sector beschouwt men de opmaak van afspraken en een richtlijn voor de inzage van de cliënten in hun BelRAI-dossier als randvoorwaarde voor de implementatie ervan (Van Horebeek et al., 2021, 2022). Ter aanvulling willen we wijzen op de goede praktijken van gedeelde dossiers met gebruikers die tijdens deze studie aan bod zijn gekomen. Deze blijken in de sector reeds te bestaan, met als enige nadeel dat externe partners in zorg en ondersteuning er geen toegang toe hebben. Op deze ervaringen zou verder gebouwd kunnen worden om tot een gedeeld BelRAI-dossier te komen met de gebruiker, zijn vertegenwoordiger en de professionals, voor zover de gebruiker daar toelating voor geeft. Het is vanuit de Vlaamse overheid momenteel geenszins de bedoeling om BelRAI-data te delen met sectoren buiten de gezondheids- en welzijnssectoren, zoals justitie, economie, onderwijs en wonen, zoals mag blijken uit de documentatie over privacybeleid op de BelRAI-website (<https://belrai.org/nl/documentatie>). Enkel personen die een therapeutische relatie hebben met de persoon en mits toestemming van de persoon kunnen zorgverleners buiten de organisatie het BelRAI-dossier inkijken.

- BelRAI vormt een communicatiehulpmiddel tussen de verschillende disciplines, organisaties en sectoren. De verschillende disciplines kunnen input geven en hun visies delen en bespreken tijdens overlegmomenten. Onderzoek in de thuiszorg met interRAI HC toonde reeds aan dat het interRAI-instrument ertoe bijdraagt dat er meer communicatie en samenwerking is (de Almeida Mello et al., 2015). Zeker bij complexe zorgtrajecten waar veel communicatie tussen organisaties en professionals nodig is, vormt BelRAI een meerwaarde (Vermeulen et al., 2015). De gemeenschappelijke taal die BelRAI ontwikkelt over de sectoren heen vormt daarbij een extra voordeel. De gemeenschappelijke taal draagt er immers toe bij dat er minder misverstanden zijn op vlak van interpretaties van vakjargon tussen organisaties en sectoren (De Stampa et al., 2018).
- Herhaalde BelRAI-assessments (ongeveer om de zes maanden) kunnen veranderende ondersteunings- en zorgnoden, die ook kenmerkend zijn voor de doelgroep van PmH, in kaart brengen. Dit lijkt op de meest betrouwbare manier realiseerbaar wanneer het BelRAI-assessment wordt ingevuld door iemand die dicht bij de persoon staat. Door veranderende ondersteunings- en zorgnoden te registreren, draagt BelRAI bij aan de zorgcontinuïteit (De Almeida Mello, 2018; Hermans et al., 2017; Van Doren & Declercq, 2022a; Gray et al., 2009). Voor PmH zou het een voordeel zijn als de verschillende diensten en organisaties binnen de sector, mits toestemming van de persoon of zijn vertegenwoordiger, toegang hebben tot een overzicht van zijn ondersteuningsnoden en de BelRAI-resultaten zodat PmH niet telkens opnieuw hun verhaal moeten doen bij een nieuwe zorgaanbieder. In het huidige systeem van zorgzwaartebepaling (via het ZZI) om het budget voor zorg en ondersteuning vast te leggen, is het ook nodig dat het ZZI vaker zou afgenomen worden. Dan zou het budget vaker aansluiten bij de actuele noden van de persoon.

- Net zoals in de thuiszorg voor ouderen en in de GGZ (Morris et al., 2016; Van Horebeek et al., 2021) benoemen de stakeholders de QOL-vragenlijsten en de aandacht die BelRAI aan levenskwaliteit besteedt, als positieve punten van het assessment systeem. De QOL-vragenlijsten bevragen het perspectief van de persoon op de kwaliteit van zijn zorg en dagelijks leven. Aansluitend hierbij zien de stakeholders het als een voordeel dat de klassieke BelRAI-instrumenten ook sterktes en kansen bevragen. Dit zijn positieve punten wanneer BelRAI gebruikt wordt voor het opstellen van een handelings- en ondersteuningsplan opdat het ook de groeimogelijkheden van de persoon belicht.

Bovengenoemde voordelen van BelRAI lijken enkel haalbaar in de sector voor PmH wanneer BelRAI zou ingevuld worden door zorgaanbieders als input voor het handelingsplan. Bij de stakeholdergroepen bestond er nog geen consensus over welke dienst BelRAI zou kunnen invullen. Naast de zorgaanbieders werden ook de DOP en MDT als mogelijke actoren gezien om BelRAI-assessments te doen.

Onderstaande visies van de Vlaamse stakeholders – die ook terugkomen in de (inter)nationale literatuur – hebben betrekking op het BelRAI-assessment systeem zelf of op gevolgen van het gebruik ervan op het niveau van de sector.

- De bestaande BelRAI-instrumenten zijn volgens sommige stakeholders te zorggericht en vanuit een medisch perspectief ontwikkeld, terwijl de sector juist vanuit een meer emancipatorische visie naar ondersteuning en zorg kijkt. Ook in de GGZ benoemen de stakeholders de deficitbenadering van de interRAI GGZ instrumenten - de nadruk op wat een persoon niet meer kan in plaats van op zijn sterktes en vaardigheden - hetgeen als nadeel wordt beschouwd omdat het niet aansluit bij de herstellvisie die binnen de GGZ steeds breder gedragen wordt (Van Horebeek et al., 2021). Bij de ontwikkeling van een BelRAI-instrument voor de sector van PmH moet deze bedenking mee in rekening genomen worden.
- De Vlaamse stakeholders zijn bezorgd dat een toekomstig BelRAI-instrument voor PmH niet alle zorgnoden van de diverse doelgroep zal in kaart brengen. Indien het systeem dan zou gebruikt worden voor budgetverdeling zou dit een grote impact (kunnen) hebben op het budget dat de gebruikers krijgen. Dezelfde bezorgdheid – maar niet omwille van de persoonsvolgende financiering – bestaat ook in de Vlaamse GGZ en sector van de langdurige revalidatie. In beide sectoren werd ofwel het bestaande interRAI-systeem uitgebreid, ofwel werd een nieuw uitgebreid instrument ontwikkeld. Om het alsnog toegankelijk te houden, voldoende afgestemd op de noden van de zorggebruiker en de fase in zijn behandelingsproces en opdat het instrument efficiënt genoeg gebruikt zou kunnen worden, zijn modulaire systemen ontwikkeld in deze sectoren (Van Horebeek et al., 2022; Van Regenmortel, et al., 2020). Dit is een mogelijkheid die ook in de sector van PmH overwogen kan worden.

1.1.2 Visies van de Vlaamse stakeholders die anders of niet aan bod komen in de (inter)nationale literatuur

Tenslotte hebben de Vlaamse stakeholders een nadeel van BelRAI en interRAI aangebracht dat in de (inter)nationale literatuur (in andere sectoren) als een voordeel wordt gezien, en omgekeerd.

- De stakeholders van DOP/DMW/MDT zijn bezorgd dat door het bevragen van alle levensdomeinen in een BelRAI-assessment - ook al is dit belangrijk om de participatiekloof in beeld te brengen - BelRAI bepaalde noden naar voor zal halen die de gebruikers voordien niet als nood ervaren. De Vlaamse revalidatiesector deelt deze bezorgdheid, al zijn ze voornamelijk ongerust

dat de nieuw geïdentificeerde noden verwachtingen over oplossingen zullen creëren bij de gebruikers waaraan de organisatie mogelijk niet zal kunnen tegemoetkomen (Van Regenmortel et al., 2020). In ander nationaal onderzoek vinden we terug dat het bevragen van verschillende levensdomeinen en thema's juist als voordeel worden ervaren door de stakeholders. Het holistische assessment geeft de mogelijkheid om met de gebruiker ook in dialoog te gaan over delicate en moeilijk bespreekbare thema's en geeft zinvolle achtergrondinformatie aan de zorgverlener die hij de gebruiker anders niet zou gevraagd hebben (Hermans et al., 2016; Van Horebeek et al., 2021; Vanlinthout et al., 2022). Voor de GGZ is zelfs een extra supplement ontwikkeld opdat zeker alle levensdomeinen zouden bevraagd worden. Dit is het Maatschappelijk herstel supplement (Van Horebeek et al., 2019). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de DOP/DMW/MDT uit de verkennende studie het gebruik van BelRAI meer vanuit de financieringsfinaliteit hebben bekeken in vergelijking met de zorgaanbieders/koepels en vertegenwoordigers van gebruikers uit de verkennende studie en de stakeholders uit ander (inter)nationaal onderzoek die uitgebreider stilstaan bij de verbetering van de zorg- en ondersteuningskwaliteit als finaliteit van BelRAI of interRAI. Dit is te verklaren door het feit dat de DOP/DMW/MDT rechtstreeks betrokken zijn bij de procedures voor het aanvragen van het PVB in de sector voor PmH, waar in andere (Vlaamse) sectoren (nog) geen systeem voor persoonsvolgende financiering bestaat (Moors et al., 2022; Van Doren, Daems & Declercq, 2022; Van Doren & Declercq, 2022b), of het nog maar recent is ingevoerd, zijnde in de Vlaamse thuiszorg voor zwaar zorgbehoevende volwassenen (Moors & Declercq, 2019).

- (Inter)nationaal onderzoek toont dat in andere sectoren – ouderen-, thuis-, geestelijke gezondheidszorg, langdurige revalidatie – de professionals interRAI/BelRAI als een tijds- en werkintensief systeem ervaren. Voornamelijk in het begin, wanneer de zorgverleners BelRAI aangeleerd krijgen, vraagt het veel tijd (De Stampa et al., 2018; Hermans et al., 2016; Hermans et al., 2018; Van Horebeek et al., 2021; Vanlinthout et al., 2022; Van Regenmortel et al., 2020; Vermeulen et al., 2015). De revalidatiesector in Vlaanderen ziet administratieve vereenvoudiging en het verminderen van administratieve overlast, ook inzake tijdsinvestering als een van de randvoorwaarden om BelRAI in te voeren (Van Regenmortel et al., 2020). De stakeholders uit deze verkennende studie daarentegen zagen de tijdsinvestering niet als nadeel, aangezien ze kansen zien voor hoe het gebruik van een BelRAI-instrument zou kunnen bijdragen tot een verbetering in de sector. Mocht BelRAI andere instrumenten in de toekomst kunnen vervangen, zag men het als een mogelijke tijdswinst op vlak van administratie en procedures waardoor meer tijd en budget zou kunnen gaan naar de effectieve ondersteuning en zorg van de gebruikers. Deze verschillende visie van de Vlaamse stakeholders ten opzichte van andere (Vlaamse) sectoren is gelinkt aan het persoonsvolgend budget dat in 2017 reeds in de sector voor PmH is ingevoerd waardoor reeds een uitgebreid zorgzwaarte instrument, het ZZI, en een uitgebreide procedure om het PVB te bepalen per gebruiker, in de sector voor volwassenen is ingevoerd.

De tijdsinvestering die BelRAI kost bij de afname werd door de stakeholder van het RTH wél als bezorgdheid aangehaald gezien hun contacten met de PmH beperkt zijn. In deze setting wordt de referentieperiode van drie dagen die BelRAI aanbeveelt, als een probleem ervaren. Dit is ook geobserveerd in de Vlaamse thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg (Hermans et al., 2016; Van Horebeek et al., 2021).

Naast de verschillen tussen sectoren voor wat financiering en finaliteit van BelRAI betreft, kunnen de verschillen tussen de visies van de stakeholders en de (inter)nationale literatuur te wijten zijn aan het

feit dat de visies van de respondenten in deze verkennende studie louter gebaseerd zijn op kennis over BelRAI-instrumenten in andere sectoren (al dan niet enkel op basis van de kennisclip die ze voorafgaand aan de focusgroepen hebben gekregen). In die andere sectoren zijn de BelRAI-instrumenten reeds gedeeltelijk of sectorbreed – voor een welbepaalde finaliteit - uitgetest, en zijn de visies van de stakeholders dus ook gebaseerd op (eerste) ervaringen in de praktijk, in het kader van die welbepaalde finaliteit van BelRAI.

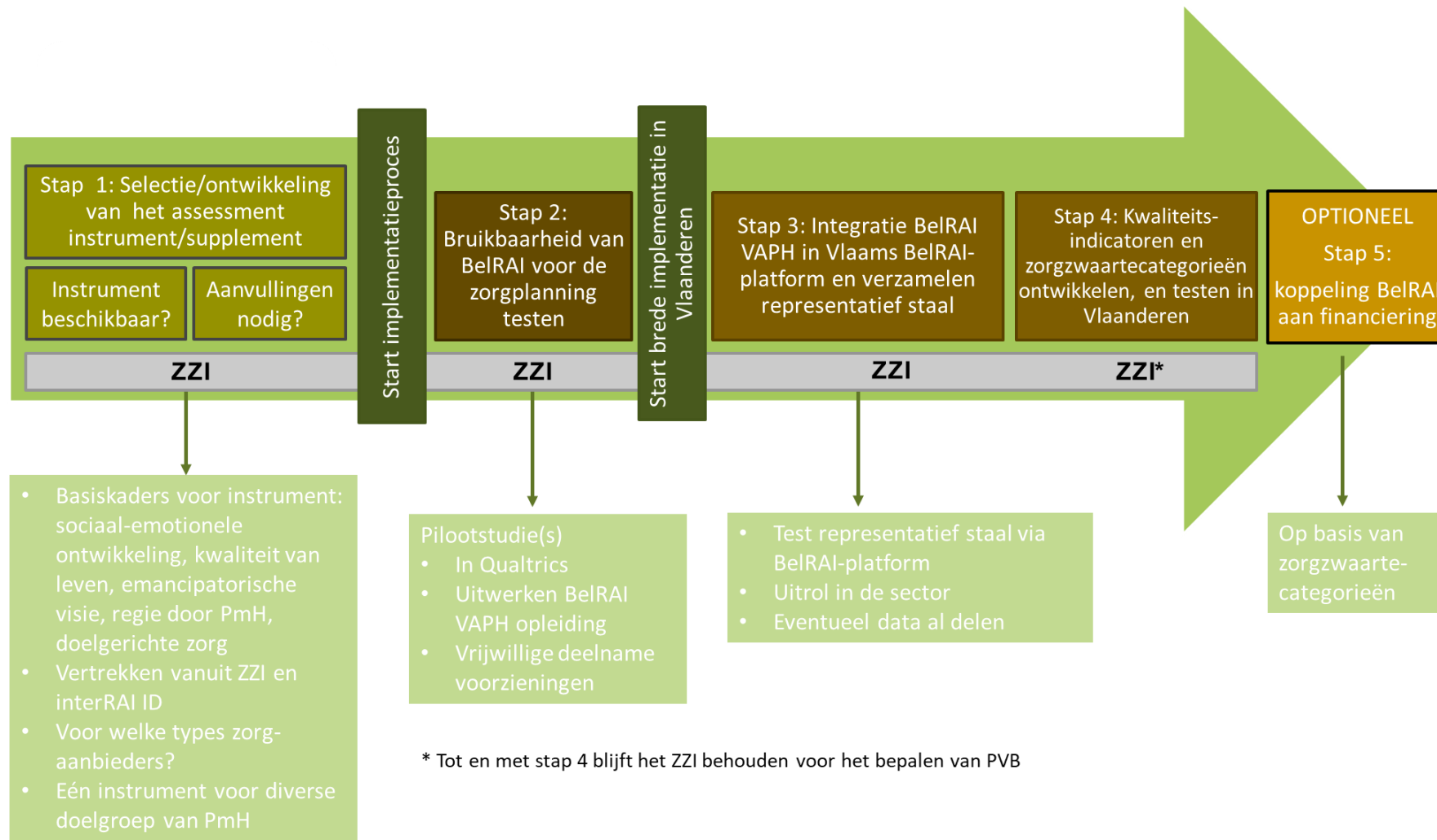
1.2 Welke stappen dienen gezet te worden om BelRAI te implementeren in de sector, indien hiervoor gekozen zou worden?

De implementatie van BelRAI is een traject dat bestaat uit verschillende stappen (Moors et al., 2022; Van Horebeek et al., 2021). Figuur 9 geeft een mogelijk stappenplan weer wanneer de sector voor volwassenen met een handicap BelRAI zou willen implementeren. Deze stappen bieden kansen, maar er zijn ook valkuilen.

Vooraleer stappen gezet worden in de implementatie van BelRAI vragen de stakeholders aan de Vlaamse overheid om de finaliteit(en) van BelRAI in hun sector te bepalen en hierover duidelijk te communiceren. Dit is een belangrijke randvoorwaarde om de implementatie van BelRAI te doen slagen (Vanlinthout & Declercq, 2021). De finaliteit bepaalt immers de verdere stappen in het implementatietraject. Ook in de GGZ en de revalidatiesector geven alle stakeholders duidelijkheid over de finaliteit van BelRAI aan als randvoorwaarde voor implementatie van BelRAI in de sector (Van Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel, 2020). Op dit moment ervaren de stakeholdersgroepen ook in de sector voor PmH hier veel onduidelijkheid over en ontbreekt het voor hen aan transparantie. Zonder duidelijkheid over de finaliteit is het niet enkel moeilijk om een standpunt in te nemen als stakeholder over (de implementatie van) BelRAI. Het leidt ook tot wantrouwen ten opzichte van de beleidsorganen. Er dient door de overheid verduidelijkt te worden of BelRAI enkel zal dienen voor kwaliteitsverbetering van zorg en ondersteuning, of dat BelRAI ook de verdeling van het budget over PmH op termijn zal bepalen, of althans wat de intenties hierrond zijn en de voorwaarden waaronder die zullen uitgevoerd worden. We verwijzen hierbij naar het decreet van de Vlaamse Sociale Bescherming¹¹ (2018; https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=18-08-17&numac=2018013215) dat stipuleert dat BelRAI gebruikt zal worden als uniek inschalings-instrument voor zorgbehoeften in de verschillende Vlaamse zorgsectoren, in de eerste plaats voor zorgplanning maar op termijn ook als basis voor budgetverdeling.

Budgetverdeling als finaliteit van BelRAI roept bij de stakeholders veel en ernstige bezorgdheden en vragen op. De stakeholders zijn bezorgd dat het BelRAI VAPH instrument hier geen geschikt instrument voor zal zijn, onder andere omdat de antwoordmogelijkheden in de bestaande BelRAI-instrumenten met betrekking tot zelfstandigheid minder genuanceerd zijn dan in het ZZI. De voorgaande studie van Vanlinthout en Declercq (2021) bevestigt dit laatste. Er is bovendien een grote bezorgdheid dat de implementatie van BelRAI een besparingsoperatie zal inhouden, al staat de introductie van een case-mix systeem op basis van een BelRAI-systeem los van de grootte van het totale budget.

¹¹ Decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming, 18 mei 2018, BS 17 augustus 2018, 2018013215



Figuur 9 Mogelijk implementatietraject van BelRAI in de sector voor volwassenen met een handicap

De invoering van BelRAI zal - indien financiering hieraan gekoppeld wordt - wel een impact hebben op hoe de budgetten die de Vlaamse overheid voor de zorg- en welzijnssectoren voorziet, verdeeld zullen worden tussen de gebruikers die een PVB krijgen. Om een verdeling van budgetten via BelRAI mogelijk te maken dient BelRAI in eerste instantie gebruikt te worden als input voor zorg- en levensplanning. Enkel wanneer BelRAI data voor verschillende doeleinden gebruikt worden – dit kan ook voor zorgcontinuïteit en kwaliteitsmonitoring zijn – verkleint de kans substantieel dat zorgverleners de BelRAI-scores afstemmen op het binnenhalen van de hoogste budgetten. De data waarop de budgetverdeling gebaseerd zal zijn, zullen met andere woorden betrouwbaarder zijn. Om vervolgens verschillende financieringssystemen via BelRAI op elkaar af te stemmen, dient BelRAI in de verschillende zorgsectoren geïmplementeerd te zijn wat een geleidelijk proces is dat verschillende jaren in beslag neemt.

BelRAI is dus niet geschikt om enkel en alleen voor budgetverdeling te gebruiken (Moors et al., 2022; Vanlinthout & Declercq, 2021). Een combinatie van de twee finaliteiten konden de stakeholdergroepen zich echter moeilijk voorstellen, hoewel dat wel mogelijk is en in andere landen ook gebeurt (<https://interrai.org/applications/>; Hirdes et al., 2020; Moors et al., 2022). Bovendien staat het gebruik van BelRAI voor maar één finaliteit haaks op de vraag van de stakeholders om BelRAI niet bovenop reeds bestaande inschalingen en registratiesystemen te implementeren. BelRAI laten bestaan naast andere instrumenten zorgt juist voor bijkomend werk en is tegenstrijdig met de doelstelling van BelRAI om een efficiënte en unieke gegevensverzameling te verwezenlijken. In verschillende sectoren in andere landen ziet men budgetverdeling op basis van zorgzwaarte bepaald via interRAI-instrumenten als een sterkte of opportuniteit van het interRAI-systeem, op voorwaarde dat het instrument niet louter voor financiering wordt gebruikt. We denken hierbij aan de thuiszorg en zorg voor PmH in Canada (resp. Hirdes et al., 2010 en Fries et al., 2019; Martin, 2022), ouderen- en thuiszorg in Finland (Bjorkgren, 2022), ouderen- en thuiszorg in Nieuw-Zeeland (Heppenstall, 2015; Parsons et al., 2017), en ouderenzorg in Italië (Brizioli et al., 2003). In vergelijking met de stemmen die we gehoord hebben in deze verkennende studie staat men in de Vlaamse ouderen- en thuiszorg meer gematigd tegenover budgetverdeling als finaliteit van BelRAI, maar toch ook met bedenkingen (Moors et al., 2022). In de Vlaamse GGZ en revalidatiesector zijn in vergelijking met de Vlaamse ouderen- en thuiszorg de bezorgdheden dan weer groter (Van Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel et al., 2020). In deze sectoren zie je ook terugkomen – net zoals in deze verkennende studie – dat er verschillende visies zijn op de beste functie van BelRAI in de sector.

Tijdens het implementatieproces van BelRAI is het parallel bestaan van instrumenten niet te vermijden. Een reeds bestaand instrument in de sector kan immers niet zomaar vervangen worden (Vermeulen et al., 2015). Een bestaand instrument zoals het ZZI kan pas omgeruild worden voor een ander instrument zoals bijvoorbeeld BelRAI als blijkt dat het nieuwe instrument voor verbetering zorgt. Zowel in de literatuur als in de focusgroep DOP/DMW/MDT is aangehaald dat het parallel laten bestaan van BelRAI naast andere instrumenten bij de sectorbrede implementatie - zonder het instrumentarium te verplichten - een extra drempel zal vormen om ermee aan de slag te gaan (Hermans et al., 2016).

De stakeholdergroepen staan wel positief tegenover het verbeteren van de zorgkwaliteit als finaliteit van BelRAI en als tool voor ondersteunings- of handelingsplannen. Op dit moment bestaat er voor volwassenen met een handicap geen BelRAI-instrument. Binnen het internationale consortium interRAI bestaat er evenwel reeds het interRAI Intellectual Disabilities (ID) instrument, een instrument voor personen met een verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek, al dan niet in combinatie met een sensorische of motorische handicap. Mocht de sector ervoor kiezen om een BelRAI-instrument

te ontwikkelen kan interRAI ID als basis dienen waaraan – indien nodig – extra items of supplementen kunnen toegevoegd worden. Het interRAI ID instrument dient dan vertaald te worden naar de drie landstalen en aangepast worden naar de Belgische of Vlaamse context. Dit gebeurt steeds in overleg met een sectorspecifieke expertengroep (de Almeida Mello, 2018; Hermans et al., 2014; Van Horebeek et al., 2021). De stakeholdergroepen in dit onderzoek geven alvast verschillende voorstellen omtrent het nog te ontwikkelen BelRAI-instrument. Voor de stakeholders is het belangrijk dat een duidelijke visie op de noden van PmH de basis vormt voor de ontwikkeling van het instrument. In de internationale literatuur over interRAI-onderzoek in die sector komt dit niet op deze manier aan bod. Dit kan te maken hebben met het feit dat in Canada en de VS interRAI ID reeds bestaat dat minstens gedeeltelijk tegemoet komt aan de voorstellen van de stakeholders in deze studie. Volgende modellen en visies dienen volgens de stakeholders zeker meegenomen te worden bij de ontwikkeling van een BelRAI-instrument voor PmH.

- *De acht kerndomeinen van kwaliteit van leven volgens Schalock.* In dit onderzoek werd bij de deskresearch reeds een eerste vergelijking gemaakt tussen het model van Schalock en bestaande BelRAI/interRAI-instrumenten. Hieruit bleek dat er inhoudelijk een grote overlap is tussen BelRAI/interRAI-secties en de kerndomeinen van kwaliteit van leven (zie Bijlage 5);
- *De sociaal-emotionele ontwikkeling volgens Došen.* Hierbij is het belangrijk dat BelRAI voldoende de draagkracht van de gebruiker mee in rekening neemt, naast het functioneren van de gebruiker. Bij PmH is er vaak een verschil tussen wat de persoon *kan* en wat hij *aankan*. Deze discrepantie vraagt dan om bijkomende ondersteuning van de persoon (Heymans et al., 2015). Eveneens moeten de psychische kwetsbaarheden in kaart gebracht worden. Binnen BelRAI en interRAI bestaat reeds de mogelijkheid om het verschil tussen ‘kunnen’ en ‘aankunnen’ te scoren. In BelRAI-taal wordt dit benoemd als ‘de huidige uitvoering van de activiteit’ en ‘de mogelijkheden van de persoon’. Op dit moment beperkt deze scoring zich tot instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven, maar de scoring kan worden uitgebreid naar andere levensdomeinen. Daarnaast bevinden zich in BelRAI al een groot aantal items die ingaan op psychische kwetsbaarheden;
- *Een emancipatorische visie op de inclusie van PmH in de maatschappij.* De emancipatorische visie op inclusie is volgens de gebruikersorganisaties belangrijk om tegemoet te komen aan de ondersteuning die PmH nodig hebben om te kunnen participeren aan de maatschappij. Deze ondersteuning gaat vaak ruimer dan zorg in enge zin. Belangrijke elementen die hierin een rol spelen zijn de sociale context en omgevingselementen. Het sociaal supplement van BelRAI (Van Doren & Declercq, 2022a; Vermeulen et al., 2015; Vernimmen et al., 2018) en/of het Maatschappelijk herstel supplement uit het BelRAI GGZ instrumentarium (Van Horebeek et al., 2019, 2022) zouden hierin als voorbeeld kunnen dienen bij de ontwikkeling van een BelRAI-instrument voor PmH. Het is ook te overwegen om BelRAI in het digitaal zorg- en ondersteuningsplan aan te vullen met een nieuwe methode voor het creëren van een persoonlijk netwerkverhaal van en voor gebruikers. Deze tool is recent ontwikkeld door de Academische Werkplaats Inclusie Ondersteuning (KU Leuven, UCLL en SPOND vzw). Het heeft als doel de dynamiek van de sociale relaties, de beschermende en risicofactoren en de individuele behoeften van de gebruiker met betrekking tot sociale relaties te verhelderen aan de hand van een interview met de gebruiker, iemand uit zijn context en een zorgverlener (Meys, Hermans & Maes, 2021);
- *Een BelRAI-assessment in de sector moet deel uitmaken van doelgerichte zorg en ondersteuning.* Dit wil zeggen dat een BelRAI-assessment moet duidelijk maken waar er ondersteuning en zorg

nodig is opdat de doelen van de gebruiker – op korte en op lange termijn – bereikt zouden kunnen worden. Studies van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hebben in kaart gebracht hoe het digitaal zorg en ondersteuningsplan, en BelRAI als onderdeel daarvan, ingebed kunnen worden in doelgerichte zorg en ondersteuning (Vanneste et al., 2021, 2022; Vanlinthout et al., 2022). Binnen doelgerichte zorg neemt BelRAI een ondersteunende rol in en geeft aanvullende informatie om een volledig beeld van de persoon te krijgen. In een eerste stap formuleert de persoon zijn levensdoelen. Daarna worden de levensdoelen en de BelRAI-resultaten samengenomen om tot zorgdoelen te komen. BelRAI-resultaten helpen met andere woorden om de omslag van levensdoelen naar operationele zorgdoelen te maken (Vanlinthout et al., 2022). Daarnaast bevatten verschillende BelRAI-instrumenten items over de zorg- en levensdoelen waar gebruikers willen op inzetten.

Enmaal het BelRAI-instrument voor PmH op punt staat zal een empirische valideringsfase nodig zijn, waarbij BelRAI PmH getest wordt in de dagelijkse ondersteuning en zorg door middel van (minstens twee) pilootprojecten. Aan de hand van deze pilootprojecten worden de psychometrische kwaliteiten van het instrument bestudeerd, wordt nagegaan of het instrument effectief input biedt voor levens- en/of zorgplanning, en wordt uitgewerkt hoe de regie van de gebruiker en/of zijn vertegenwoordiger over zijn BelRAI-dossier en over de organisatie van zijn ondersteunings- en zorgaanbod kan gerealiseerd en behouden blijven. Een belangrijke opmerking hierbij is dat de gebruikersorganisaties in deze studie aangaven dat maar een kleine groep van gebruikers op eigen houtje de regie over zijn zorg en ondersteuning kan houden. De meesten missen de (sociale) vaardigheden om de regie in eigen handen te nemen, en hebben sowieso hulp nodig van professionals of ervaringsdeskundigen. Dit punt staat los van BelRAI, maar zal in pilootprojecten wel aan bod komen, indien tot de start van een BelRAI-project beslist wordt. Het kan niet de bedoeling zijn dat de implementatie van BelRAI de regie door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger zou bemoeilijken.

Als organisatie of dienst deelnemen aan BelRAI-studies vraagt tijd en inspanning van zowel de managers, de zorgverleners als de gebruikers. Het duurt minstens een jaar om het werken met BelRAI in de dagelijkse werking van een organisatie te integreren en om de voordelen ervan te ervaren (Hermans et al., 2014; Vanlinthout et al., 2022; Vermeulen et al., 2015). Ter voorbereiding van de pilootstudies, maar ook later wanneer BelRAI geïmplementeerd wordt in de volledige sector, dienen professionals een BelRAI-opleiding te volgen. De opleiding is een kernonderdeel van de implementatie en gaat zowel in op de theorie als het praktische werken met BelRAI. Hieraan zijn ook verschillende intervisiemomenten gekoppeld. De opleidingsvereisten van een BelRAI-opleiding staan omschreven in het Ministerieel Besluit van 3 september 2021¹² (Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, 2022; Van Horebeek et al., 2021; Vermeulen et al., 2015;

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2021/09/03/2021032965/staatsblad#top>). Om de opleiding af te stemmen op de sector wensen de stakeholders ervaringsdeskundigen te betrekken zowel bij de ontwikkeling als bij het geven van de opleiding zodat gebruikerservaringen voldoende worden meegenomen.

Wanneer het BelRAI-instrument voor PmH is ingeburgerd in de dagelijkse ondersteuning en zorg en representatieve data zijn verzameld, kunnen er op het niveau van voorzieningen en netwerken kwaliteitsindicatoren gelinkt aan BelRAI-data ontwikkeld worden. Aan de hand van kwaliteitsindicatoren

¹² MB over de opleidingsvereisten in het kader van de implementatie van BelRAI, 3 september 2021, BS 22 september 2021, 99149

kunnen de verschillende stakeholdersgroepen uit de sector geïnformeerd worden over de kwaliteit van zorg in een organisatie of in een bepaalde regio. Dit wint nog meer aan belang wanneer de BelRAI-data ook gebruikt zouden worden voor budgetverdeling. Wanneer BelRAI-data door zorgverleners bij de zorgaanbieders verzameld worden – omdat zij de gebruikers en hun functioneren het beste kennen – kan de opvolging van de kwaliteit van zorg van de zorgaanbieder via de kwaliteitsindicatoren een controlemechanisme vormen. Wanneer zou blijken dat de budgetten hoog, maar de kwaliteitsindicatoren matig of slecht zijn bij een zorgaanbieder, is het noodzakelijk om te controleren of de zorgaanbieder de budgetten niet kunstmatig via de BelRAI-data verhoogt. Hiervoor zijn in andere landen reeds algoritmes ontwikkeld. Hoge budgetten zouden logischerwijs immers tot goede kwaliteit van zorg moeten leiden. Hierbij dient wel in rekening genomen te worden dat er ook niet meetbare aspecten van kwaliteitsvolle zorg zijn, zoals de opbouw van een vertrouwensrelatie met de persoon en de afstemming en het inspelen van de zorgverleners op de noden en behoeften van de persoon. Dit zijn aspecten van zorgkwaliteit die BelRAI niet meet, maar die even goed de zorgkwaliteit zoals ervaren door de gebruiker en zijn context bepalen.

Op groepsniveau kan BelRAI ook input geven voor zorgzwaartecategorieën en een case-mix systeem. Indien de overheid hiertoe zou beslissen, kan er dan in een laatste optionele stap voor geopteerd worden om BelRAI aan het financieringssysteem van de Vlaamse overheid te koppelen (de Almeida Mello, 2018; Fries et al., 2019; Hermans et al., 2017; Vanlinthout & Declercq, 2021). Zoals in bovenstaande paragraaf weergegeven, staan de stakeholders wantrouwig tegenover een koppeling van BelRAI aan financiering.

Kiest de overheid ervoor om een BelRAI-traject te starten, dan dient men zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de bezorgdheden van de stakeholders, de nadelen van BelRAI die ze zien en de suggesties die ze gedaan hebben. Daarnaast is het belangrijk alle stakeholders in alle stappen te betrekken, inclusief de bijstandsorganisaties (waarvan maar één vertegenwoordigd was in deze verkennende studie) en de niet-vergunde zorgaanbieders (die niet vertegenwoordigd waren). Naast de stakeholders wensen de zorgaanbieders ook de partners van digitale systemen zoals Zorgonline in het verder traject te betrekken. Het betrekken van de IT-partners uit de sector kan helpen bij het opnemen van BelRAI in de reeds bestaande systemen. Mogelijk kan het betrekken van IT-partners tegemoetkomen aan de vereenvoudiging van de huidige complexe architectuur van de BelRAI-webapplicatie (Hermans et al., 2017).

Het moge duidelijk zijn dat de implementatie van BelRAI in een sector een werk van (jaren)lange adem is. Of alle stappen uit het implementatieproces (zie Figuur 9) ook effectief gezet gaan worden, hoeft niet en kan niet van bij het begin van het proces volledig vastgelegd worden. Verschillende factoren hebben een impact op of en hoe de volgende stap in het implementatieproces gezet wordt, en ook op het budget dat hiervoor nodig is. Transparantie van de Vlaamse overheid over de intenties aangaande het implementatieproces is wel van bij het begin erg belangrijk zoals in het begin van dit deel 1.2 uitvoerig is toegelicht.

De beslissing tot stap 1 en stap 2 van het proces – de ontwikkeling van het BelRAI-instrument voor de sector en de bruikbaarheid ervan testen voor zorg- en ondersteuningsplanning – wordt best als geheel genomen. Het is niet zinvol om een instrument te ontwikkelen dat niet minstens voor deze finaliteit getest wordt. Hoeveel pilootstudies er nodig zijn om beide stappen volledig te kunnen zetten, is afhankelijk van een aantal factoren: (1) voor hoeveel ondersteunings- en zorgvormen het BelRAI-instrument geschikt moet zijn, (2) hoe divers de populatie is waarvoor het instrument ontwikkeld wordt, (3) of het BelRAI-instrument op termijn enkel voor zorg- en ondersteuningsplanning zal dienen of ook

voor budgetverdeling, en (4) de motivatie van de stakeholdersgroepen en zorgaanbieders om mee te werken aan het studiewerk. Deze laatste factor wordt op zijn beurt bepaald door verschillende factoren waaronder de ervaringen van de zorgaanbieders met het BelRAI-instrument tijdens de pilootstudie(s), maar ook de beslissing van de Vlaamse overheid om de zorgaanbieders al dan niet te vergoeden om deel te nemen aan de studies.

Voor de ontwikkeling van het BelRAI-instrument zetten onderzoekers een participatief traject op waaraan experts uit de zorgorganisaties, gebruikersorganisaties, koepelorganisaties en onderzoeksinstellingen deelnemen. Het protocol voor de pilootstudie(s) uit stap 2 van het implementatieproces, wordt er ook voorbereid. Zorgaanbieders beslissen zelf of ze deelnemen aan de pilootstudie(s), en ze doen dit voor minstens 10 gebruikers. Per deelnemende zorgaanbieder nemen twee zorgverleners en een zorgmanager deel aan een tweedaagse BelRAI VAPH-opleiding, die de onderzoekers in het kader van de pilootstudie(s) ontwikkelen. In deze fase vullen de zorgverleners het instrument nog in op onderzoek-software, zodat de data nog niet bewaard worden op het persoonlijk online federaal gezondheidsportaal van de gebruiker (<https://www.mijngezondheid.belgie.be/#/>) en er nog geen data gedeeld worden met andere zorgverleners of organisaties binnen de zorg- en welzijnssectoren. De onderzoekers voorzien interviews en een online en telefonische helpdesk in deze fase van het proces. Er kunnen verschillende rondes nodig zijn in de ontwikkelingsfase om tot een kwalitatief en goed aanvaard instrument te komen.

Na de afronding van deze pilootstudie(s) informeren de resultaten aangaande de bruikbaarheid van het BelRAI-instrument voor zorg- en ondersteuningsplanning mee de beslissing van de Vlaamse overheid om al dan niet het implementatieproces verder te zetten (overgang naar stap 3). Daarnaast hebben deze pilootstudie(s) in andere sectoren geresulteerd in een aantal randvoorwaarden voor verdere implementatie (e.g., Van Horebeek et al., 2021; Van Regenmortel et al., 2020). Deze randvoorwaarden hebben in voorgaand BelRAI-onderzoek betrekking op de programmatie van het BelRAI-instrument op het Vlaamse BelRAI platform, de inzage van het BelRAI-dossier door de gebruiker en zijn vertrouwenspersoon, de ontwikkeling van draaiboeken voor het multidisciplinair gebruik (binnen en tussen organisaties) van het BelRAI-instrument, de informatiedeling tussen sectoren, herwerking van het BelRAI-instrument en de opschaling van de BelRAI-VAPH opleiding. Deze randvoorwaarden kunnen enkel gerealiseerd worden in een samenwerking tussen de Vlaamse en federale overheid, het VAPH, de koepelorganisaties, de gebruikersorganisaties, het betrokken softwarebedrijf, het Kwaliteitscentrum Diagnostiek en de betrokken onderzoeksinstelling(en). Of in de verdere realisatie van deze randvoorwaarden wordt geïnvesteerd – de realisatie ervan is reeds lopende in een aantal andere sectoren - is afhankelijk van de beslissing van de Vlaamse overheid of het implementatieproces van BelRAI in de sector wordt verdergezet.

Het is ook belangrijk dat op dit moment formeel beslist wordt of BelRAI ook voor budgetverdeling zal gebruikt worden in de sector, en of er op termijn ook BelRAI kwaliteitsindicatoren zullen ontwikkeld worden om de kwaliteit van zorg van de zorgaanbieders en van de sector te kunnen opvolgen. Voor stap 3 van het implementatieproces – de verzameling van een representatief staal – stelt de betrokken administratie een consortium van zorgaanbieders samen die voor alle gebruikers waaraan zij ondersteuning en zorg aanbieden gedurende (minstens) twee jaar BelRAI-data verzamelen. Deze BelRAI-data dienen representatief te zijn voor zowel de types zorg- en ondersteuningsaanbod uit de sector als voor de diversiteit van de populatie. Hoe diverser het aanbod en de populatie, hoe meer data verzameld moeten worden. Deze stap in het implementatieproces vereist de verdere samenwerking met alle stakeholders die tot hiertoe bij het implementatieproces betrokken waren. Het verloop van deze

samenwerking, maar ook evoluties op politiek, overheids-, sector- of samenlevingsniveau kunnen een invloed hebben op de voortgang van dit consortium. Zo had de Covid-crisis de voorbije jaren – en ook nu gedeeltelijk nog – een grote impact op de verzameling van het representatief staal in de thuiszorg, de woonzorgcentra en in de revalidatiesector. Naarmate dit consortium meer data verzamelt, kunnen de betrokken onderzoekers starten met de analyses om zorgzwaartecategorieën en/of kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Weerom zijn er pilootstudies nodig om de bruikbaarheid daarvan in de sector te testen. In Vlaanderen hebben we zelf nog geen kwaliteitsindicatoren en zorgzwaarte-categorieën ontwikkeld. De internationale ervaringen leren dat dit een meerjarentraject is. De ontwikkeling van de eerste versie van het RUG-systeem voor woonzorgcentra duurde vier à vijf jaar en was erg kostenintensief, omdat er een tijdsmeting en een assessment gebeurden bij 9000 bewoners in een representatief staal van voorzieningen. De steekproefgrootte zal voor PmH in Vlaanderen afhangen van eerdere keuzes over de betrokken doelgroep(en). Het geheel van deze stappen is erg pad-afhankelijk: elke stap beïnvloedt alle volgende stappen. Er wordt best niet overhaast te werk gegaan.

2 Sterktes en beperkingen van de verkennende studie

Dit verkennend onderzoek had als doel input te bieden aan het VAPH over de mogelijkheden van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap, opdat het VAPH een weloverwogen beslissing kan maken om al dan niet een BelRAI-traject in de sector op te starten.

De sterkte van ons onderzoek is de combinatie van kennis uit het bestaande (inter)nationale onderzoek over de implementatie van BelRAI en interRAI in andere sectoren en de bevraging van experts uit het werkveld in Vlaanderen. De bevraging van de stakeholders was erg ruim, waarbij we trachtten zo veel mogelijk verschillende diensten en organisaties te betrekken. Ook vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties zijn bevraged in het onderzoek.

De verkennende studie was beperkt in tijd, wat maakte dat de literatuurstudie niet systematisch is. Hierdoor is de SWOT-analyse van de literatuur niet exhaustief. Er vond ook geen representatieve bevraging plaats bij de stakeholders. Niet-vergunde zorgaanbieders waren niet vertegenwoordigd in de focusgroepen. De kennisclip over de basics van BelRAI gaf aan de deelnemers de basisinformatie over BelRAI. Doorheen de studie werd echter duidelijk dat sommige standpunten van de deelnemers gebaseerd waren op foutieve informatie over BelRAI. Waar dit het geval was, hebben we dit in dit rapport aangegeven.

3 Beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe

Op basis van een stakeholdersbevraging en onderbouwd met (inter)nationaal onderzoek bracht deze verkennende studie voordelen, nadelen, kansen en valkuilen van (de implementatie van) BelRAI in de ondersteuning van en zorg voor volwassenen met een handicap in kaart. Zij leiden tot zeven beleidsaanbevelingen voor de Vlaamse overheid. Deze zijn toegespitst op de vraag hoe BelRAI in de sector geïmplementeerd kan worden indien de Vlaamse overheid hiervoor zou kiezen.

Aanbeveling 1: Communiceer naar de sector duidelijk en transparant over de finaliteit(en) van BelRAI op korte en lange termijn, en over de voorwaarden waaronder de finaliteit(en) gerealiseerd zullen worden.

De doelstelling van het internationale consortium interRAI is om zorg- en levensplanning, kwaliteitsmanagement en verdeling van budgetten te onderbouwen met dezelfde data over de ondersteunings- en zorgnoden van kwetsbare personen (<https://interrai.org/applications/>). Om budgetverdeling via BelRAI mogelijk te maken dient BelRAI in eerste instantie gebruikt te worden als input voor zorg- en/of levensplanning. Door BelRAI-data voor deze finaliteit te gebruiken, worden ze betrouwbaarder om er budgetverdeling op te baseren (Heppenstall, 2015; Hirdes et al., 2020; Moors et al., 2022; Vanlinthout & Declercq, 2021). De bevroegde stakeholders staan achter het gebruik van BelRAI als input voor zorg- en/of levensplanning, gezien BelRAI op dit vlak op verschillende manieren een meerwaarde in de sector kan betekenen. De voordelen die de stakeholders zien, zijn (1) het multidisciplinair invullen van een BelRAI-assessment, (2) het samenbrengen van verschillende perspectieven op de (veranderende) noden van een gebruiker wat leidt tot een holistisch en objectief beeld van (de evolutie van) het functioneren, (3) BelRAI geeft aan minder assertieve personen meer kansen om hun noden uit te drukken, (4) mogelijkheden om preventief te werken dankzij de CAP's die aangeven waar het functioneren achteruit gaat of waar verdere achteruitgang kan tegengegaan worden, (5) meer zorgcontinuïteit en (6) de aandacht voor kwaliteit van leven in het BelRAI assessment systeem. Budgetverdeling als finaliteit van BelRAI roept bij alle stakeholdersgroepen daarentegen veel ongerustheid en vragen op. Enerzijds zijn er bezorgdheden die te maken hebben met de hoogte van het totale budget voor de sector. Deze bezorgdheden staan echter los van het gebruik van het BelRAI assessment systeem om het budget te verdelen. Anderzijds is er ongerustheid over de herverdeling van het budget over sectoren heen. Daartegenover staat dat alle stakeholdersgroepen verwachten dat BelRAI – indien het assessment systeem er komt – andere instrumenten zal vervangen. De stakeholdersgroepen hopen dat de implementatie van BelRAI in dat geval zal leiden tot minder administratie en procedures in de sector zodat er tijd en budget vrijkomt voor de zorg en ondersteuning van de gebruikers en hun context.

Of BelRAI geïmplementeerd zal worden in de sector, met welke finaliteit(en) en onder welke voorwaarden is in de eerste plaats een politieke beslissing. Deze beslissing komt immers voort uit de visiebepaling op zorg en welzijn vanuit de overheid, en de organisatie en financiering van het aanbod die daaruit volgen. Het is belangrijk dat de Vlaamse overheid bij deze beslissing rekening houdt met de implicaties voor de (werking van) de sector en met de investeringskosten die dit van de sector zal vragen. Als de Vlaamse overheid beslist dat er in de sector een BelRAI-traject komt, is van bij de start hierover transparantie en duidelijke communicatie nodig naar alle betrokkenen. De bevroegde stakeholders missen momenteel duidelijkheid over de finaliteit(en) die BelRAI in de sector zal hebben, onder welke voorwaarden deze gerealiseerd zullen worden en welke (investerings)kosten dit voor de sector met zich mee zal brengen. Hierdoor vinden zij het moeilijk om hun standpunten ten opzichte van (de implementatie van) BelRAI in te nemen. Het zorgt bovendien voor wantrouwen naar de beleidsorganen toe en blijkt bezorgdheid over een geplande besparingsactie op te roepen. Daarbij aansluitend heeft deze verkennende studie duidelijk gemaakt hoe belangrijk het is om de sector goed te informeren over wat BelRAI is, en hoe het voor bepaalde doelen kan ingezet worden. Over correcte informatie beschikken is cruciaal voor de sector om een degelijke partner te kunnen zijn in het beslissingsproces aangaande de rol die BelRAI in de sector al dan niet gaat spelen.

Aanbeveling 2: Verzeker de betrokkenheid van gebruikers(organisaties) bij de ontwikkeling en de implementatie van BelRAI in de sector.

De sector is zo georganiseerd dat PmH zo veel mogelijk hun autonomie behouden/realiseren en dat ze hun ondersteuning en zorg zelf of met behulp van hun vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger organiseren en inkopen. Deze betrokkenheid en autonomie van PmH moeten bijgevolg zo veel mogelijk gewaarborgd blijven indien de Vlaamse overheid beslist om BelRAI in te voeren in de sector. Daarom doen we volgende aanbevelingen:

- Betrek (vertegenwoordigers van) gebruikers en gebruikersorganisaties bij het ontwikkelen van het BelRAI-instrument en de BelRAI-opleiding.
- Ga na hoe gebruikers en/of hun vertegenwoordigers de regie over hun zorg en over hun levensplanning kunnen behouden wanneer BelRAI ingevoerd wordt.
- Zorg ervoor dat gebruikers en/of hun vertegenwoordigers inzage krijgen in het BelRAI-dossier.
- Ga na hoe en in welke mate gebruikers en/of hun vertegenwoordigers inspraak kunnen hebben in het BelRAI dossier. Ga na in welke mate de ontwikkeling van het digitale zorg- en ondersteuningsplan van de Vlaamse overheid hierbij een rol kan spelen.

Aanbeveling 3: Voorzie een gefaseerde ontwikkeling van een BelRAI-instrument voor volwassenen met een handicap.

Indien de Vlaamse overheid ervoor kiest om een BelRAI-traject op te starten, bestaat de eerste stap erin om een BelRAI-instrument te ontwikkelen. De onderzoekers stellen een gefaseerde ontwikkeling van een BelRAI-instrument voor om tegemoet te komen aan de combinatie van volgende doelstellingen:

- Er zal door middel van onderzoek een antwoord geboden worden op de tekortkomingen van BelRAI die zowel uit de voorgaande (Vanlinthout & Declercq, 2021) als uit deze verkennende studie blijken. Hiertoe zal ingezet worden op (1) het meer centraal stellen van de persoon in het proces van een BelRAI-assessment, (2) de noden van een diverse doelgroep in kaart brengen, (3) de sociaal-emotionele ontwikkeling van PmH ruimer bevragen en (4) meer nuancering in de antwoordmogelijkheden aanbrenge (bv. met betrekking tot zelfstandig functioneren) om de fijnernarigheid van de gebruiker zo goed mogelijk in beeld te brengen. Wanneer deze punten in het BelRAI-instrument voor PmH gerealiseerd worden, zal BelRAI meer mogelijkheden bieden voor deze sector en zal er een breder draagvlak kunnen groeien voor de implementatie van het assessment systeem.
- Het eindproduct zal een instrument zijn dat de ondersteunings- en zorgnoden van alle PmH die ondersteuning of zorg krijgen van (een) (niet-)vergunde zorgaanbieder(s) in kaart brengt. Dit betreft een groep met een grote verscheidenheid aan problematieken – (een combinatie van) motorische, sensorische, verstandelijke en ontwikkeling gerelateerde handicaps – met specifieke zorg- en ondersteuningsnoden.
- De ontwikkeling van een BelRAI-instrument voor deze doelgroep zal gebaseerd zijn op de basiskaders van kwaliteit van leven volgens Schalock, de sociaal-emotionele ontwikkeling van Došen, de emancipatorische visie op de inclusie van PmH in de samenleving en doelgerichte zorg.

- Het ZZI zal de basis vormen om het BelRAI-instrument voor de sector te ontwikkelen. Het brengt immers reeds de zorgzwaarte van de diverse doelgroepen op de verschillende levensdomeinen gedetailleerd in kaart (Vanlinthout & Declercq, 2021). Daarnaast is het aan te bevelen om verder te werken op het ID instrument dat binnen interRAI voor een onderdeel van de doelgroep reeds ontwikkeld is, aangezien onderzoek de psychometrische kwaliteiten en functionaliteiten daarvan in Canada en de VS reeds heeft aangetoond (Fries et al., 2019; Martin et al., 2007; Office for People with Developmental Disabilities, New York State, 2017).

Om deze doelstellingen in de ontwikkeling van één BelRAI-instrument te integreren is een gefaseerde aanpak noodzakelijk waarbij tussentijdse testing van het instrument nodig is. Om aan de diversiteit van de doelgroep tegemoet te komen, zou uiteindelijk een modulair systeem ontwikkeld kunnen worden dat bestaat uit basismodules en uitbreidingsmodules die ingevuld worden wanneer de gebruiker specifieke ondersteunings- of zorgnoden heeft (Van Horebeek et al., 2022). Onderzoek dient na te gaan uit hoeveel modules het instrument zou moeten bestaan om de volledige doelgroep in eenzelfde BelRAI-instrument te vatten.

Aanbeveling 4: Ga via pilootprojecten na of BelRAI een meerwaarde biedt bij de onderbouwing van ondersteunings- en/of handelingsplannen. Zorg evenwel voor (inhoudelijke) afstemming tussen deze pilootstudies en andere projecten binnen de sector. In deze fase blijft het ZZI voor budgetverdeling gebruikt worden.

Enmaal er een BelRAI-instrument ontwikkeld is voor de sector, zal er eerst met (een) pilootproject(en) onderzocht worden of BelRAI input kan bieden voor de handelings- en /of ondersteuningsplannen. De zorgverleners leren in de opleidingen de vertaalslag te maken van BelRAI-resultaten naar een doelgericht gesprek om samen met de PmH tot een ondersteunings- of handelingsplan te komen (Vanlinthout et al., 2022). Een pilootstudie kan ook nagaan of BelRAI als tool kan dienen om de communicatie tussen zorgaanbieders, de gebruiker en diens context te verbeteren, onder regie van de gebruiker en/of diens vertegenwoordiger. Op basis van de stakeholdersbevraging tijdens deze verkennende studie is niet duidelijk geworden of BelRAI-data het meest geschikt zouden zijn om ondersteuningsplannen, handelingsplannen, dan wel beide soorten plannen te onderbouwen. De onderzoekers zijn van mening dat BelRAI-data de gebruiker dienen te volgen van bij het eerste moment dat die met (de planning van) zorg of ondersteuning in contact komt, bij een DOP, DMW of zorgaanbieder (RTH en NRTH). Professionals die hiervoor instaan, leren de gebruiker en zijn (veranderende) noden goed kennen, en zijn daarom allen geschikt om een BelRAI-assessment in te vullen.

De introductie van BelRAI kan gevolgen hebben voor andere projecten die de Vlaamse overheid in de sector laat uitvoeren. Voor sommige projecten zal BelRAI opportuniteiten meebrengen (bijvoorbeeld versnelde resultaten). Voor andere projecten zal BelRAI verzwarende factoren teweegbrengen (bijvoorbeeld bijkomende voorwaarden). Een geïntegreerde aanpak waarbij er naar een inhoudelijke afstemming met andere geplande en lopende projecten binnen het VAPH wordt gezocht, is daarom noodzakelijk.

Pas wanneer onderzoeksresultaten een positief effect van BelRAI op het gebruik van handelings- en/of ondersteuningsplannen aantonen (zie stap 2 van Figuur 9), en er representatieve BelRAI-data voor de sector zijn verzameld (zie stap 3), is de ontwikkeling van een case-mix classificatiesysteem mogelijk (zie stap 4). Het case-mix systeem koppelen aan een budgetsysteem van de overheid is daarna een laatste

optionele stap. Indien de Vlaamse overheid hiervoor zou kiezen, is het aan te raden om ook kwaliteitsindicatoren voor het betreffende BelRAI-instrument te ontwikkelen/valideren. Het case-mix systeem koppelen aan kwaliteitsindicatoren laat toe om de link tussen de budgetten die voorzieningen krijgen voor hun zorg- en ondersteuningsaanbod en de kwaliteit van hun zorg en ondersteuning te monitoren.

Aanbeveling 5: Behoud het ZZI voor budgetverdeling totdat uit onderzoek eventueel blijkt dat BelRAI een geschikter instrument is voor de sector.

De onderzoekers stellen voor om zo lang als nodig het ZZI te behouden voor budgetverdeling. Vooraleer het ZZI te vervangen door BelRAI moet uit onderzoek blijken dat het ontwikkelde BelRAI-instrument geschikter is voor de zorgaanbieders en de gebruikers van de sector en voor de Vlaamse overheid. Ook vanuit dit perspectief bekeken zou de opstart van een BelRAI-traject er in eerste instantie in bestaan om na te gaan of het instrument geschikt is voor de onderbouwing van handelings- en/of ondersteuningsplannen.

Indien een case-mix systeem voor de sector op basis van BelRAI ontwikkeld/gevalideerd zal worden, zal onderzoek de BelRAI-scores met de ZZI-scores en de link met de budgetverdeling vergelijken. Hierbij zal in rekening moeten worden genomen dat de twee assessment systemen verschillende concepten meten en vanuit een andere finaliteit vertrekken (Farah et al., 2019). Bijgevolg zal er geen één-op-één relatie tussen de scores gevonden worden. Naast de verschillen zijn er concepten op andere belangrijke domeinen die wel grotendeels hetzelfde zijn, zoals het functioneren en de activiteiten van het dagelijkse leven. Beide systemen brengen bovendien de ondersteuning op vlak van functioneren in kaart, ongeacht wie de ondersteuning en zorg aan de persoon biedt.

Indien ertoe wordt besloten om BelRAI als informatie in een financieringssysteem te gebruiken, zal dit op verschillende manieren een paradigmashift voor de sector betekenen. We geven hier één voorbeeld van. De sector werkt momenteel met een neutrale budgetbepaling: om de objectiviteit van de beoordeling van het functioneren van een persoon te vergroten, wordt het ZZI ingevuld door een onafhankelijke, neutrale persoon (MDT-medewerker). BelRAI daarentegen wordt ingevuld door personen die dicht bij de gebruiker staan, nl. de professionals in zorg en ondersteuning, omdat zij de gebruikers en hun (veranderende) noden goed kennen. Het combineren van informatie over de noden van een gebruiker afkomstig van de gebruiker zelf, van zijn vertegenwoordiger en van zijn context – zoals dit bij het invullen van een BelRAI-assessment gebeurt – resulteert evenzeer in een objectieve beoordeling van het functioneren van een persoon. Er bestaat dus een zeker spanningsveld tussen hoe de budgetverdeling momenteel in de sector gebeurt, en hoe dit zou veranderen wanneer budgetverdeling op BelRAI-data zou gebaseerd zijn (Vanlinthout & Declercq, 2021). Er zou daarom ook gekozen kunnen worden voor het combineren van de voordelen van beide benaderingen, eventueel als tussentijdse optie. Dit zou inhouden dat de MDT's (tijdelijk) de BelRAI-data van een persoon als (bijkomende) informatiebron zouden gebruiken om het ZZI in te vullen (zie verder bij aanbeveling 6).

Aanbeveling 6: Zorg ervoor dat op lange termijn BelRAI niet parallel blijft bestaan naast andere instrumenten, maar in de plaats komt van reeds bestaande (inschalings)instrumenten.

Kiezen voor een BelRAI-traject en zijn finaliteit(en) brengt beslissingen en daaraan gekoppelde consequenties voor de sector met zich mee. Besluit men om BelRAI te gebruiken als tool om

ondersteunings- en /of handelingsplannen te onderbouwen, dan bestaan BelRAI en het ZZI naast elkaar - elk met hun eigen doel en finaliteit. Besluit men om BelRAI daarna ook in te zetten voor budgetverdeling, dan kan het ZZI op termijn best verdwijnen. InterRAI en BelRAI hebben immers tot doel om een efficiënte en unieke gegevensverzameling tot stand te brengen voor verschillende finaliteiten (<https://interrai.org/applications/>). BelRAI naast andere inschalingen laten bestaan is enerzijds tegenstrijdig met deze doelstelling en anderzijds blijft de drempel voor zorgverleners dan hoog om over te schakelen naar BelRAI omwille van de bijkomende werklust. Daarnaast dient BelRAI geïntegreerd te worden in de dagelijkse werking van de organisatie om er voordelen uit te halen. Het laten bestaan van andere instrumenten zal dit tegenwerken (Hermans et al., 2016). Voor PmH betekent het bovendien dat zij hun verhaal nog vaker zullen moeten herhalen bij de verschillende organisaties en zorgaanbieders. Tijdens de implementatiefase is het parallel bestaan van instrumenten echter niet te vermijden. BelRAI kan pas in de plaats komen van het ZZI wanneer uit onderzoek blijkt dat BelRAI een geschikter instrument is voor de sector (Vermeulen et al., 2015 en zie aanbeveling 5).

Aanbeveling 7: Voer onderzoek naar de terugkerende vragen over het gebruik van BelRAI in de sector, om zo het draagvlak voor de implementatie te vergroten.

Zowel in de eerste studie (vergelijking BelRAI-instrumenten met ZZI; Vanlinthout & Declercq, 2021) als in de voorliggende studie, blijven enkele vragen rond BelRAI onbeantwoord. De vragen hebben betrekking op bezorgdheden van de sector. Deze vragen beantwoorden kan meer draagvlak voor BelRAI creëren in de sector en wantrouwen wegnemen.

We lijsten enkele terugkerende vragen op. Deze vragen zijn zinvol om te bestuderen, parallel aan de ontwikkeling van een BelRAI-instrument voor de sector, afhankelijk van de finaliteit(en) van BelRAI die door de Vlaamse overheid zullen vooropgesteld worden indien besloten wordt tot de opstart van een BelRAI-traject.

- Hoe kunnen PmH (of hun vertegenwoordiger) de regie over de organisatie van zijn ondersteuning en zorg behouden als het gebruik van BelRAI in voegen zal treden? Hoe kunnen PmH (of hun vertegenwoordiger) de regie over hun levens- en zorgplanning behouden? In welke mate kan de ontwikkeling van het digitale zorg- en ondersteuningsplan van de Vlaamse overheid hiertoe bijdragen?
- Hoe gaan andere landen in Europa te werk om interRAI zowel voor zorgplanning als voor financiering te gebruiken? Hoe positioneren zorg- en gebruikersorganisaties en overheden zich daar tegenover? Een vergelijkende studie tussen verschillende landen zou een antwoord op deze vragen kunnen bieden.
- Hoe kan de meting van kwaliteit van zorg via de BelRAI kwaliteitsindicatoren aangevuld worden met kwalitatief onderzoek? Denken we bijvoorbeeld aan het gebruik van de ROPI ([Recovery Oriented Practices Index](#)) in de GGZ om de kwaliteit van zorg binnen afdelingen en leefgroepen in kaart te brengen. Kwaliteit van zorg is immers niet volledig kwantitatief meetbaar. Zorgkwaliteit heeft evenzeer te maken met de vertrouwensband die tussen de gebruiker en zijn zorgverleners groeit, en de afstemming en het inspelen op de noden en behoeften van de gebruiker door de zorgverlener. Deze elementen van kwaliteit van zorg kunnen niet via BelRAI kwaliteitsindicatoren in kaart gebracht worden.

- Hoe dienen overheden zich te (her)organiseren om de toekenning van budgetten te koppelen aan *herhaalde* BelRAI-assessments, de huidige wachtlijsten voor de toekenning van een PVB indachtig?

Met deze beleidsaanbevelingen hopen de onderzoekers voldoende wetenschappelijk en praktijk onderbouwde informatie aangeleverd te hebben voor de beleidsactoren van de Vlaamse overheid om te bepalen of er al dan niet een BelRAI-implementatietraject in de sector voor PmH zal opgestart worden, en hoe dit proces – indien er toe beslist wordt - aan te vatten.

Referenties

- BelRAI (2018). BelRAI in het kort. Geraadpleegd op 12 april 2021 via <https://belrai.org/nl>
- Beadle Brown, J. (2006). Person centred approaches and quality of life. *Tizard Learning Disability Review*, 11 (3), 4-12.
- Besluit van de Vlaamse Regering 8 juni 2018 houdende de wijziging van diverse besluiten van de Vlaamse Regering die verband houden met de ondersteuning van personen met een handicap, BS 17 augustus 2018, 2018031673
- Björkgren, M. (2022). Persoonlijk communicatie
- Björkgren, M. A., Fries, B. E., & Shugarman, L. R. (2010). A RUG-III case-mix system for home care. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, 19(S2), 106-125
- Blasioli, E., Bieling, P. J., & Hassini, E. (2021). An Examination of the Performance of the interRAI Risk of Harm to Others Clinical Assessment Protocol (RHO CAP) in Inpatient Mental Health Settings. *Psychiatric Quarterly*, 92, 863-878. doi: 10.1007/s11126-020-09857-9
- Brizioli, E., Bernabei, R., Grechi, F., et al. (2003). Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clin Exp Res.*, 15, 243–253.
- Carpenter, G.I. & Hirdes, J.P. (2013). Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care, in: OECD/European Commission A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing: 93–139.
- Chan, C. L., Lai, C. K., & Chi, I. (2014). Initial validation of the Chinese interRAI Mental Health in people with psychiatric illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18, 182-189. doi: 10.3109/13651501.2014.902070
- Cheung, G., Mah, T. M., Barak, Y., & Hirdes, J. P. (2021). Determinants of Non-emergency Use of Control Interventions in Older Canadian Psychiatric Inpatients: Analyzing the interRAI Mental Health Electronic Health Records. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 744341-744341. doi: 10.3389/fpsyt.2021.744341
- de Almeida Mello, J., Hermans, K., Van Audenhove, C., Macq, J., Declercq, A. (2015). Evaluations of home care interventions for frail older persons using the interRAI home care instrument: A systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16 (2), 173.e1-173.e10. doi: 10.1016/j.jamda.2014.11.007
- De Almeida Mello, J., Vermeulen, B., Hermans, K., & Declercq, A. (2016). *Project Vlaamse Sociale Bescherming. Vergelijkend onderzoek van cliënten in de thuiszorg en de residentiële zorg*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- De Almeida Mello, J. (2018). *The use of the interRAI Home Care instrument in the evaluation of care for frail older people: a follow-up study* (doctoraat). KU Leuven, Biomedical Sciences Group, Faculty of Medicine, Leuven, Belgium.
- De Almeida Mello, J., Cès, S., Vanneste, D., Van Durme, T., Van Audenhove, Ch., Macq, J., Fries, B., & Declercq, A. (2020). Comparing the case-mix of frail older people at home and of those being

- admitted into residential care: a longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 20(195). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01593-w>
- 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/>
- Declercq, A., Gosset, C., Paepen, B., De Almeida Mello, J., Vanneste, D., Detroyer, E., et al. (2008). Actieproject BelRAI II: Haalbaarheid van de Rai-Methode in België. Eindrapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Brussel, België.
- Decreet 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming, BS 17 augustus 2018, 65.011
- De Haan, K. (2021). Herken licht verstandelijke beperkingen. *TvZ*. Geraadpleegd via <https://www.tvznext.nl/magazine-artikelen/herken-licht-verstandelijke-beperkingen/>
- De Stampa, M., Cerase, V., Bagaragaza, E., Lys, E., Alitta, Q., Gammelín, C., & Henrard, J. (2018). Implementation of a Standardized Comprehensive Assessment Tool in France: A Case Using the InterRAI Instruments. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(2): 5, 1–8. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3297>
- De Vaan, G., Vervloed, M., Peters-Scheffer, N.C., van Gent, T., Knoors, H., & Verhoeven, L. (2016). Behavioural assessment of autism spectrum disorders in people with multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(2), 101-112. doi: 10.1111/jir.12206
- Dursin, W., Verschuere, B., & Roose, R. (2018). Evaluatieonderzoek inzake de procedure maatschappelijke noodzaak voor de terbeschikkingstelling van een persoonsvolgend budget. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Farah, S., Nys, A., & Decancq, K. (2019). Proefkader voor de inzet van het persoonsvolgend budget voor personen met een handicap binnen de erkende capaciteit van een ouderenvoorziening. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Ferket, N., Claes, C., De Maeyer, J., Lombardi, M., Maes, B., Vandeveldé, S., & Verlet, D. (2019). De relatie tussen Quality of Life en Persoonsvolgende Financiering. De ontwikkeling van een monitoringssysteem over de relatie tussen persoonsvolgende financiering en Quality of Life. Gent: Expertisecentrum Quality of Life (E-QUAL), HOGENT
- Fries, B. E., James, M. L., Martin, L., Head, M. J., Stewart, S. L., & Park, P. S. (2019). A Case-Mix System for Adults with Developmental Disabilities. *Health Services Insights*, 12, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1178632919856011>
- Frijters, D., van der Roest, H. G., Carpenter, I. G. I., Finne-Soveri, H., Henrard, J., Chetrit, A., Gindin, J., & Bernabei, R. (2013). The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project). *BMC Health Services Research*, 13 (138).
- Gee, S., Croucher, M., & Cheung, G. (2021). Performance of the Cognitive Performance Scale of the Resident Assessment Instrument (interRAI) for Detecting Dementia amongst Older Adults in the Community. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 6708. doi: 10.3390/ijerph18136708

- Gray, L. C., Berg, K., Fries, B. E., Henrard, J. C., Hirdes, J. P., Steel, K., & Morris, J. N. (2009). Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. *BMC Health Services Research*, *9*(1), 1-10.
- Guthrie, D. M., Williams, N., Beach, C., ..., Martin, T. L. W. (2022). A multi-stage process to develop quality indicators for community-based palliative care using interRAI data. *PLoS ONE*, *17*(4): e0266569. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266569>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, *327*(7425), 1219 – 1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Heppenstall, S. (2015). Funding community care for older adults: testing the applicability of the interRAI case mix in three New Zealand District Health Boards (Thesis). University of Otago, Dunedin, New Zealand
- Hermans, K., Spruytte, N., Cohen, J., Van Audenhove, C., Declercq, A. (2014). Informed palliative care in nursing homes through the interRAI palliative care instrument: a study protocol based on the medical research council framework. *BMC Geriatrics*, art.nr. doi:10.1186/1471-2318-14-132.
- Hermans, K., Spruytte, N., Cohen, J., Van Audenhove, C., Declercq, A. (2016). Usefulness, feasibility and face validity of the interRAI Palliative Care instrument according to care professionals in nursing homes: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *62*, 90-99.
- Hermans, K. (2017). *The interRAI Palliative Care instrument: Better informed Palliative Care in Nursing Homes?* (Doctoraat). KU Leuven, Biomedical Sciences Group, Faculty of Medicine, LUCAS centre for care research & consultancy, Leuven Belgium.
- Hermans, K., Mello, J. D. A., Spruytte, N., Cohen, J., Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2018). Does using the interRAI Palliative Care instrument reduce the needs and symptoms of nursing home residents receiving palliative care?. *Palliative & Supportive Care*, *16*(1), 32-40.
- Hermans, S., Sevenants, A., & Van Audenhove, Ch. (2020). *Referentiekader continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/mejsqeq/files/2020_13%20Rapport%2043%20SWVG%20EF57%20Continuïteit%20van%20zorg_eindrapport.pdf?4i8ljcm
- Hermans, K. (2022). Persoonlijke communicatie
- Heymans, S., Molleman, C., Cornelis, T., Raeymakers, L., & Van den Abbeele, A. (2015). Syntheserapport onderzoek zorgzwaarte-instrument (ZZI). Brussel: Vlaams Agentschap voor personen met een handicap.
- Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, R., Yamauchi, K., Pérez, E., Telegdi, N. C., ... Fries, B., E., on behalf of the RAI-MH Group (2002). The Resident Assessment Instrument – Mental Health (RAI-MH): Interrater reliability and convergent validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, *29*, 419- 432. doi: 10.1007/BF02287348
- Hirdes J.P., Poss J.W., Fries B.E., et al. (2010). *Canadian Staff Time and Resource Intensity Verification (CAN-STRIVE) Project: Validation of the Resource Utilization Groups (RUG-III) and Resource Utilization Groups for Home Care (RUG-III/HC) CaseMix Systems*. Final Report to the Ontario Ministry of Health and Long-term Care. Waterloo, ON: University of Waterloo.

- 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.
- Hirdes, J.P., Martin, L., Curtin-Telegdi, N., Fries, B.E., James, M.L., Rabinowitz, T., Ashworth, M., Morris, J.N., Berg, K., Björkgren, M., Declercq, A., Finn-Soveri, H., Frijters, D., Gray, L., Henrard, J-C., Ljunggren, G., Smith, T.F., Steel, K., Szczerbińska, K., & Topinková E. (2013). *interRAI Intellectual Disability (ID) Assessment Form and User's Manual*. Version 9.2. Washington, DC: interRAI.
- Hirdes, J. P., Poss, J., Caldarelli, H., Morris, J., Teare, G. F., Reidel, K., & Jutan, N. (2013). An evaluation of data quality in Canada's Continuing Care Reporting System (CCRS): secondary analyses of Ontario data submitted between 1996 and 2011. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(27). <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/13/27>
- Hirdes JP, van Everdingen C, Ferris J, Franco-Martin M, Fries BE, Heikkilä J, Hirdes A, Hoffman R, James ML, Martin L, Perlman CM, Rabinowitz T, Stewart SL and Van Audenhove C (2020) The interRAI Suite of Mental Health Assessment Instruments: An Integrated System for the Continuum of Care. *Front. Psychiatry* 10, 926. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00926
- Iduye, S., Risling, T., McKibbin, S., & Iduye, D. (2022). Optimizing the interRAI Assessment Tool in Care Planning Processes for Long-Term Residents: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 31(1), 5–19. DOI: 10.1177/10547738211020373
- IMO (2018). Bijlage 2: Proces van vraagverheldering Methodiek van de DMW van de ziekenfondsen. Geraadpleegd via https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/evaluatie-van-de-rol-en-positie-van-de-diensten-voor-ondersteuningsplan-en-de-diensten/bijlages/bijlage_2_handleiding_dmw_methodiek_010318.pdf
- interRAI (2021). *Instruments*. Geraadpleegd op 15 april via <https://www.interrai.org/instruments/>
- interRAI Australia (2021). *interRAI systems for the Provision of Care: Putting the Care First*. Geraadpleegd via <https://interrai-au.org/wp-content/uploads/2021/08/About-interRAI-systems-1.pdf>
- James, M. L., Fries, B. E., Goodell, M., & Wellens, N. (2015). *Design Principles for HCBS Case Mix: A Primer*. University of Michigan, Institute of Gerontology.
- Jones, K., Perlman, C. M., Hirdes, J. P., & Scott, T. (2010). Screening cognitive performance with the Resident Assessment Instrument for Mental Health Cognitive Performance Scale. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 736-40. doi: 10.1177/070674371005501108
- Kehyayan, V., Hirdes, J. P., & Perlman, C. M. (2014). Education and employment needs and receipt of services in community and inpatient mental health settings. *Community Mental Health Journal*, 50, 637-645. doi: 10.1007/s10597-014-9694-y
- Kwaliteitscentrum diagnostiek vzw (2022). VSB-BelRAI. Geraadpleegd via <https://portaal.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be/vsb-belrai/>
- 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.
- Martin, L., Hirdes, J. H., Fries, B. E. & Smith T. F. (2007). Development and Psychometric Properties of an Assessment for Persons With Intellectual Disability—The interRAI ID. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4 (1), 23-29
- Martin, L., Fries, B. E., Hirdes, J. P., & James, M. (2011). Using the RUG—III classification system for understanding the resource intensity of persons with intellectual disability residing in nursing homes. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(2), 131-141.
- Martin, L. (23.03.2022). Development, content and applications of the interRAI I. [presentatie]
- Mathias, K., Hirdes, J. P., & Pittman, D. (2010). A Care Planning Strategy for Traumatic Life Events in Community Mental Health and Inpatient Psychiatry Based on the InterRAI Assessment Instruments. *Community Mental Health J.*, 46, 621-627. DOI 10.1007/s10597-010-9308-2
- McKenzie K., Martin L., Ouellette-Kuntz H. 2017. Needles in the haystack: Using open-text fields to identify persons with intellectual and developmental disabilities in administrative home care data. *Research in Developmental Disabilities*. 69, 85-95
- Meys, E., Hermans, K., & Maes, B. (2021). Evaluating an assessment tool to map wishes, influencing factors and dynamics regarding social relations. [presentatie]
- Ministerieel Besluit van 3 september 2021 over de opleidingsvereisten in het kader van de implementatie van BelRAI, BS 22 september 2021
- Moors, E., Badisco, J., Hermans, K., & Declercq, A. (2022). Het ontwikkelen van een model Persoonsvolgende Financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin [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., James, M.L., Fries, B.E., Hirdes, J.P., Berg, K., Björkgren, M., Declercq, A., Finne-Soveri, H., Gray, L., Head, M.J., Ljunggren, G., Martin, L., Meehan, B., Smith, T.F., Steel, K., Stewart, S.L., Szczerbińska, K., & Topinková, E. (2016) interRAI Self-Reported Quality of Life (QOL) Surveys and User's Manual. Version 9.3. Washington, DC: interRAI.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Frijters, D., Hirdes, J. P., & Steel, R. K. (2013). interRAI home care quality indicators. *BMC Geriatrics*, 13(127)
- Naert, J., Roose, R., Rapp, R. C., & Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children and youth services review*, 75, 116-126. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.02.027
- Neufeld, E., Perlman, C. M., & Hirdes, J. P. (2012). Predicting Inpatient Aggression Using the InterRAI Risk of Harm to Others Clinical Assessment Protocol: A Tool for Risk Assessment and Care Planning. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39, 472-480. doi: 10.1007/s11414-011-9271-x

- Neyens, I., Declercq, A. (2018). *Ontwikkeling van een BelRAI Screener instrument voor kinderen*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Office for People With Developmental Disabilities (2017). The Coordinated Assessment System (CAS). Validating the CAS in New York State.
- Op de Beeck, L., Schepers, W., & Van Regenmortel, T. (2018). Evaluatieonderzoek naar de implementatie van het basisondersteuningsbudget. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Parsons, M., Rouse, P., Sajtos, L., Harrison, J., Parsons, J., & Gestro, L. (2018). Developing and utilising a new funding model for home-care services in New Zealand. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 345-355.
- Perlman, C. M., Hirdes, J. P., Barbaree, H., Fries, B. E., McKillop, I., Morris, J.N., & Ribanowitz, T. (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Services Research*, 13(1), 15. doi:10.1186/1472-6963-13-15
- Perlman, C. M., Hirdes, J. P., & Vigod, S. (2015). Psychiatric Rehospitalization: Development of a personlevel indicator for care planning and quality assurance. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17. doi: 10.4088/PCC.15m01784
- Perlman, C. M., & Hirdes, J. P. (2008). The Aggressive Behavior Scale: A new scale to measure aggression based on the minimum data set. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 2298-2303. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02048.x
- Rios, S., & Perlman, C.M. (2017). Social withdrawal among individuals receiving psychiatric care: Derivation of a scale using routine clinical assessment data to support screening and outcome Referenties 61 measurement. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 45, 579-592. doi: 10.1007/s11414-017-9554-y
- Rubrech, J., & Stuylin de Lange, G. (2016). *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. Amsterdam: Pearson.
- Salahudeen, M. S., & Nishtala, P. (2019). A Systematic Review Evaluating the Use of the interRAI Home Care Instrument in Research for Older People. *Clinical Gerontologist*, 42(5), 463-484. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1447525>
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134–143. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.23>
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehemeyer, M., Jiancheng, X., & Lachapelle (2005). Cross-Cultural Study of Quality of Life Indicators. *AMERICAN JOURNAL ON MENTAL RETARDATION*, 110(4), 298-311
- Shugarman L, Fries BE, & James M. (1999) A comparison of home care people and nursing home residents: can community-based care keep the elderly and disabled at home? *Home Health Care Serv Q.*, 18(1),25–45.
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2015). *Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*. Geraadpleegd via https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_Raad_NieuwProfessionalisme_20151217_ADV_DEF.PDF

- Storms, H., Marquet, K., & Claes, N. (2017). General practitioners' and primary care nurses' care for people with disabilities: quality of communication and awareness of supportive services. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 10*, 367-376.
- Sweeney, A., Davies, J., McLaren, S., Whittock, M., Lemma, F., Belling, R., ... Wykes, T. (2015). Defining continuity of care from the perspectives of mental health service users and professionals: an exploratory, comparative study. *Health Expectations, 19*(4), 973-987. doi:10.1111/hex.12435
- Urbanoski, K. A., Mulsant, B. H., Willett, P., Ehtesham, S., & Rush, B. (2012). Real-world evaluation of the Resident Assessment Instrument-Mental Health assessment system. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*, 687-95. doi: 10.1177/070674371205701106
- Van den Heuvel, B. (red.) (2014). *Netwerkgorg. Nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag*. Leuven: ACCO
- Vander Laenen, F. (2010). Focusgroepen. In T. Decorte & D. Zaitch (Red.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 233-260). Leuven, België: Acco
- Vandeurzen (2010-2011). Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2010-2011
- Van Doren, S. & Declercq, A. (2018, 22 oktober). De sociale context van zorgvragers: De ontwikkeling van een sociaal supplement bij de BelRAI instrumenten in de verschillende sectoren [PowerPoint].
- Van Doren, S., Daems, A., & Declercq, A. (2022). Het gebruik van de BelRAI Screener en het BelRAI Sociaal Supplement voor de toekenning van het Zorgbudget voor Ouderen met een Zorgnood: vervolgonderzoek. LUCAS KU Leuven: Intern document
- Van Doren, S., & Declercq, A. (2022a). Ontwikkelen van een Sociaal Supplement voor de BelRAI Screener en het BelRAI Home Care instrument. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: intern document
- Van Doren, S., & Declercq, A. (2022b). Het gebruik van de BelRAI Screener voor Kinderen en Jongeren voor de toekenning van het Zorgbudget voor Zwaar Zorgbehoevenden. LUCAS KU Leuven: Intern document
- 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.

- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, Ch. (2022). [De ontwikkeling van een modulair systeem voor BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg](#). 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.
- Vanlinthout, E., Vanneste, L., Boeckxstaens, P., & Declercq, A. (2022). Het operationaliseren van BelRAI resultaten in een doelgericht zorgplan. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin : Intern document
- Van Puyenbroeck, J., & Fagardo, B. (2019). *Evaluatie van de rol en positie van de Diensten voor Ondersteuningsplan en de Diensten Maatschappelijk Werk. Kwantitatieve analyse periode 2016-2019*. Brussel: Kenniscentrum Gezinswetenschappen (Odisee).
- 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.
- VAPH (2022). Hulpmiddelen en aanpassingen [Brochure]
- VAPH (2020). Starten met het persoonsvolgend budget [Brochure]
- VAPH (z.d.) Bijstandsorganisaties. Geraadpleegd via <https://www.vaph.be/organisaties/bijstandsorganisaties/bijstand>
- VAPH (z.d.) Multidisciplinaire teams: hulp bij de aanvraag van ondersteuning. Geraadpleegd via <https://www.vaph.be/organisaties/mdt>
- VAPH (z.d.) Gebruikersverenigingen met informatieloket. Geraadpleegd via <https://www.vaph.be/professionelen/gebruikersverenigingen-met-informatieloket/vergunningsvoorwaarden>
- VAPH (z.d.) Een vraagverhelderingsproces doorlopen om de juiste ondersteuning te vinden. Geraadpleegd via <https://www.vaph.be/een-vraagverhelderingsproces-doorlopen-om-de-juiste-ondersteuning-te-vinden#:~:text=Gebuykersorganisaties%20zijn%20organisaties%20die%20personen,van%20een%20ondersteuningsplan%20persoonsvolgend%20budget>.
- Vlaamse Regering (2019). Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2019-2024. [Beleidsdocument].
- Vlaams Instituut Gezond Leven (2018). Eerste hulp bij ... FOCUSGROEPEN. Geraadpleegd via https://www.gezondleven.be/files/gezondheidsbevordering/Gezond-Leven-2018_-Eerste-Hulp-Bij-_-focusgroepen.pdf
- Vermeulen, B., Van Eenoo, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). Naar een getrappt gebruik van de BelRAI met de BelRAI Screener. Leuven: Lucas.
- Vernimmen, B., Taelman, M., & Brusselaers, W. (2018). Pilotproject BelRAI Screener – Eindrapport.

Verslag stuurgroep MJP_09, 31 mei 2022 [intern document]

Verwijzersplatform (z.d.) Wat is een MDT? Geraadpleegd via <https://verwijzersplatform.be/wat-een-mdt>

Weaver, N., Coffey, M., & Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 431-450. doi: 10.1111/jpm.12387

Wieland, J., Van Hout, T. P., Van Els, B., & Bogers, J. P. A. M. (2020). Onderkennen van zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking bij aangemelde patiënten op een algemene psychiatrische polikliniek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 62.

Wierdsma, A., Mulder, C., de Vries, S., & Sytema, S. (2009). Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(1), 52-57. doi: 10.1258/jhsrp.2008.008039

World Health Organization (2015). [WHO global strategy on people-centered and integrated health services: Interim report](#).

Bijlagen

Bijlage 1: Rekruteringsbrieven

Leuven, 14/03/2022

Deelname focusgroepen: De mogelijkheden van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap

Geachte mevrouw,

Geachte heer,

Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap heeft aan de onderzoeksgroep LUCAS KU Leuven gevraagd om het gebruik van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap te onderzoeken. We zijn op zoek naar *vertegenwoordigers van volwassenen met een handicap* om daarover tijdens een focusgroep in gesprek te gaan.

We zijn op zoek naar personen die BelRAI (beter) willen leren kennen en hun eerste indrukken over het gebruik ervan in de zorg voor volwassenen met een handicap willen delen. Graag willen we met u in een kleine groep in gesprek gaan over uw visie en bedenkingen. Voorafgaand aan de focusgroep zal u een filmpje van ons ontvangen. Het filmpje heeft tot doel uw basisinformatie te geven over BelRAI. Tijdens de focusgroep zullen we ingaan op uw eerste indrukken, op de voor- en nadelen die u ziet en wat volgens u haalbaar is binnen de sector.

Wat?

Een focusgroep waarbij we in discussie gaan over de mogelijkheden van BelRAI in de sector van zorg voor volwassenen met een handicap. De visies van de deelnemers staan centraal in de focusgroep. We doen dit in groepen van maximaal 9 personen, zodat er genoeg ruimte is voor discussie.

Wanneer?

Op 28 april 2022, van 9u tot 12u

Op 9 mei 2022, van 14)17u

Het filmpje ontvangt u in de week van 11 april.

Duurtijd?

3 uur, met pauze

Waar?

Online via Teams

Mocht u vragen hebben, aarzel dan niet om contact op te nemen met Els Vanlinthout (els.vanlinthout@kuleuven.be).

Met vriendelijke groeten,

Els Vanlinthout, dr. Kathleen De Cuyper, prof. dr. Anja Declercq, LUCAS KU Leuven
Prof. dr. Koen Decancq, Centrum voor sociaal beleid Herman Deleeck, UAntwerpen

Bijlage: korte omschrijving van BelRAI

BelRAI is een verzameling van instrumenten die sociale, fysieke en psychische zorg- en ondersteuningsnoden in kaart brengen in verschillende zorg- en welzijnssectoren. Denk bijvoorbeeld aan de thuiszorg, de woonzorgcentra en de geestelijke gezondheidszorg. Zorgverleners vullen de items van een BelRAI instrument in. De resultaten ervan helpen hen om in overleg met de persoon en zijn omgeving een individueel ondersteuningsplan op te stellen. Voor elke doelgroep bestaat een apart instrument. Alle instrumenten bestaan voor een deel uit dezelfde items om ondersteuningsnoden die in alle doelgroepen aanwezig zijn op dezelfde manier te meten. Daarnaast bevat elk instrument specifieke items voor de doelgroep waarop het instrument zich richt. Als BelRAI in alle doelgroepen gebruikt zou worden, dan kan BelRAI ervoor zorgen dat informatie over de ondersteuningsnoden van een persoon tussen verschillende zorgaanbieders uitgewisseld wordt. Dit ondersteunt de continuïteit van de begeleiding van de persoon en zijn omgeving.

Voor meer informatie over BelRAI kan u terecht op <https://belrai.org/nl>.

Voor meer informatie over interRAI, het internationale systeem waarvan BelRAI de Belgische versie is, kan u terecht op de Engelstalige site <https://interrai.org/>.



Leuven, 28/02/2022

Deelname focusgroepen: De mogelijkheden van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap

Geachte mevrouw,

Geachte heer,

In opdracht van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap voert LUCAS KU Leuven onderzoek naar de mogelijkheden en haalbaarheid van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap. We zijn op zoek naar *vertegenwoordigers van MDT's, DMW'w, DOP's en consultatiebureaus* om daarover tijdens een focusgroep in gesprek te gaan.

We zoeken personen die BelRAI (beter) willen leren kennen en hun eerste indrukken over het gebruik ervan in de zorg voor volwassenen met een handicap willen delen. Graag willen we met u in een kleine groep in gesprek gaan over uw visie en bedenkingen. Voorafgaand aan de focusgroep zal u een kennisclip van ons ontvangen. De kennisclip heeft tot doel uw basisinformatie te geven over BelRAI. Tijdens de focusgroep zullen we ingaan op uw eerste indrukken, op de voor- en nadelen die u ziet en wat volgens u haalbaar is binnen de sector.

Wat?

Een focusgroep waarbij we in discussie gaan over de mogelijkheden van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap. De visies van de deelnemers staan centraal in de focusgroep. We doen dit in groepen van maximaal 9 personen, zodat er genoeg ruimte is voor discussie.

Wanneer?

Focusgroep voor MDT's, DMW's, DOP's en consultatiebureaus: 26 april 2022, van 9u tot 12u

De kennisclip ontvangt u in de week van 11 april 2022.

Duurtijd?

3 uur, met pauze

Waar?

Online via Teams

Mocht u vragen hebben, aarzel dan niet om contact op te nemen met Els Vanlinthout (els.vanlinthout@kuleuven.be).

Met vriendelijke groeten,

Els Vanlinthout, dr. Kathleen De Cuyper, prof. dr. Anja Declercq, LUCAS KU Leuven
Prof. dr. Koen Decancq, Centrum voor sociaal beleid Herman Deleeck, UAntwerpen

Bijlage: korte omschrijving van BelRAI

BelRAI is een verzameling van instrumenten die sociale, fysieke en psychische zorg- en ondersteuningsnoden in kaart brengen in verschillende zorg- en welzijnssectoren. De resultaten van een BelRAI assessment bieden input en ondersteuning aan zorgverleners om in overleg met de persoon en zijn omgeving een individueel ondersteuningsplan op te stellen. Voor elke doelgroep of sector bestaat een apart instrumentarium, met enerzijds specifieke items voor de doelgroep en anderzijds uniforme items in alle instrumenten om dezelfde zorgnoden in alle sectoren op dezelfde manier te bevragen. Het belangrijkste voordeel van het intersectoraal gebruik van BelRAI bestaat uit het uitwisselen van informatie en het longitudinaal, over sectoren en organisaties heen, kunnen opvolgen van de mogelijkheden en de noden van een persoon.

Voor meer informatie over BelRAI kan u terecht op <https://belrai.org/nl>.

Voor meer informatie over interRAI, het internationale systeem waarvan BelRAI de Belgische versie is, kan u terecht op de Engelstalige site <https://interrai.org/>.

Bijlage 2: Richtvragen voor de focusgroepen

1. Richtvragen focusgroep koepelorganisaties en zorgaanbieders

- Eerst een rondje doen en elke deelnemer vragen: Mag ik vragen om kort te omschrijven
 - welke organisatie u vertegenwoordigt, en wat uw functie en opleiding is
 - welke ondersteuning of zorg uw organisatie aanbiedt
 - voor welke doelgroep
 - in welke vorm: residentieel, ambulante, dagprogramma, mobiel, ...
 - rechtstreeks of niet rechtstreeks toegankelijk?
 - welke disciplines binnen uw organisatie werken?
- Aanvullingen door de vertegenwoordigers van de koepels?
- Kennisclip bekeken?

1 Vragen die betrekking hebben op de werking van de organisatie

- Hoe worden ondersteunings- en zorgnoden van gebruikers in uw organisatie in kaart gebracht?
 - Hoe gaat dat? Wat zijn jullie ervaringen hiermee?
 - Worden hiervoor instrumenten gebruikt?
 - Wat zijn jullie ervaringen met het gebruiken van een instrument om ondersteuningsnoden in kaart te brengen?
- Hoe worden de levensdoelen van de gebruiker in uw organisatie in kaart gebracht?
 - Hoe gaat dat? Wat zijn jullie ervaringen hiermee?
 - Worden hiervoor instrumenten gebruikt?
 - Wat zijn jullie ervaringen met het gebruik van een instrument om levensdoelen in kaart te brengen?
- Wordt er binnen uw organisatie met een ondersteuningsplan gewerkt?
 - Hoe wordt een ondersteuningsplan opgesteld? Wat zijn jullie ervaringen hiermee?
 - Wordt er een instrument gebruikt om het ondersteuningsplan op te stellen?
 - Op welke manier wordt de gebruiker hierin betrokken?
 - Waarvoor gebruikt u binnen uw organisatie het ondersteuningsplan dat opgesteld is voor een gebruiker door een DOP of DMW?
 - Zijn DMW en DOP verder betrokken in de ondersteuning van de gebruiker eenmaal het ondersteuningsplan is opgesteld?

- Hoe gebeurt de informatiedoorstroming van en naar andere organisaties en zorgaanbieders, binnen en buiten de sector?
 - Wat zijn jullie ervaringen hiermee?
 - Wat loopt goed, wat loopt minder goed op dit vlak?
- Voor personen die PVB wensen aan te vragen, wordt het ZZI ingevuld. Het ZZI bevat veel informatie over ondersteunings- en zorgnoden. Waarvoor worden de ZZI resultaten binnen uw organisatie gebruikt indien dit is ingevuld voor een gebruiker?
 - Wat zijn jullie ervaringen ermee?
 - Gebruikt u de informatie om na te gaan waar de ondersteuning zich op kan richten?
 - Zo nee, waarom gebruikt u de resultaten niet?
- Een MDT kan ook een (psycho)diagnostisch onderzoek uitvoeren. Ook dit onderzoek geeft veel informatie over ondersteunings- en zorgnoden. In welke mate wordt de informatie van dit diagnostisch onderzoek aan jullie doorgegeven en hoe gaan jullie hiermee aan de slag?
 - Hoe verloopt dit?
 - Wat zijn de ervaringen?
- Met welke andere types van organisaties binnen en buiten de sector voor PmH werkt uw organisatie samen?
 - Op welke vlakken bent u tevreden over deze samenwerking? Voorbeelden:
 - Verwijzing
 - Casusoverleg
 - Intervisie geven, krijgen
 - Informatiedoorstroming
 - ...
 - Zijn er aspecten van de samenwerking waarover u minder tevreden bent? Voorbeelden:
 - Verwijzing
 - Casusoverleg
 - Intervisie geven, krijgen
 - Informatiedoorstroming
 - ...
- Aanvullingen door de vertegenwoordigers van de koepels?

2 Vragen BelRAI

- Was u vóór het bekijken van de kennisclip reeds bekend met BelRAI?
 - Op welke manier bent u met BelRAI in contact gekomen?
 - Welk instrument van BelRAI kent u reeds?
 - Heeft u zelf reeds assessments gedaan? Of input gegeven aan een andere zorgverlener om een assessment in te vullen?
- Wat zou de implementatie van BelRAI binnen uw organisatie kunnen betekenen, indien uw organisatie of de Vlaamse overheid daarvoor zou kiezen?
 - Wat stelt u zich daarbij voor?
(Ik zou dit allereerst als open vraag stellen. Uiteraard willen we weten of ze het mogelijk zien dat BelRAI gebruikt wordt om ondersteunings- of zorgnoden in kaart te brengen, om ondersteuningsplannen te onderbouwen, eventueel om personeels- en kwaliteitsbeleid te ondersteunen, ...)

- Welke voordelen denkt u dat BelRAI binnen uw organisatie zou kunnen brengen?
 - Voor de zorgverleners
 - Voor de gebruikers
 - Voor de organisatie in zijn geheel?
 - Waar verwacht u moeilijkheden? Welke nadelen zou dat hebben?
 - Voor de zorgverleners
 - Voor de gebruikers
 - Voor de organisatie in zijn geheel?
 - Wat lijkt u haalbaar en wat niet?
 - Hoe staat u er tegenover dat BelRAI wordt ingevuld door een begeleider of zorgverlener van de gebruiker?
 - Welke vragen hebt u daarbij? Zaken die nog niet duidelijk zijn
-
- Aanvullingen door de vertegenwoordigers van de koepels?
-
- Wat zijn uw eerste indrukken over het ID instrument dat bedoeld is voor volwassenen met een verstandelijke handicap en/of een ontwikkelingsproblematiek (al dan niet in combinatie met een fysieke beperking)?
 - Welke noden op welke terreinen moeten in een BelRAI instrument voor deze doelgroep zeker bevestigd worden?
 - Wie moet daarbij betrokken worden?
-
- Zoals in de kennisclip is uitgelegd, bestaat er momenteel geen interRAI instrument dat de zorgnoden van de volledige doelgroep van de sector in kaart brengt. Er bestaat wel een instrument voor volwassenen met een verstandelijke beperking en/of ontwikkelingsproblematiek. Stel dat het VAPH ervoor zou kiezen om een BelRAI-traject op te starten, zou een eerste pilotstudie bijvoorbeeld kunnen plaatsvinden bij volwassen gebruikers met een verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek (al dan niet met fysieke handicap). Begeleiders volgen dan een BelRAI training en vullen voor 10 personen het instrument in op onderzoekssoftware. Zo kunnen we input verzamelen over de geschiktheid van het instrument voor de doelgroep en wat er eventueel nog dient toegevoegd te worden.
 - Bij welke ondersteuningsvormen zou u zo een pilotstudie doen (residentieel, ambulante, mobiel, ...)?
 - Zou u de pilotstudie doen bij DOP's, DMW's of MDT's?
 - Welke vragen hebt u op dit moment bij zo'n pilotstudie?
-
- Welke bijkomende vragen hebt u momenteel nog (buiten diegene die tijdens de focusgroep aan bod gekomen zijn) met betrekking tot een mogelijke opstart van een BelRAI-traject in de VAPH-sector?

2. Richtvragen focusgroep DOP's, DMW's, MDT's en verwijzersplatform

De vragen worden mogelijk aangepast op basis van de resultaten van de focusgroep met koepelorganisaties en zorgaanbieders.

- Eerst een rondje doen en elke deelnemer vragen: Mag ik vragen om kort te omschrijven
 - welke organisatie u vertegenwoordigt, en wat uw functie en opleiding is
 - welke diensten uw organisatie aanbiedt
 - voor welke doelgroep
 - welke disciplines binnen uw organisatie werken?
 - Kennisclip bekeken?

3 Vragen die betrekking hebben op de werking van de organisatie

- Hoe gaat u momenteel te werk om een ondersteuningsplan op te stellen?
 - Hoe worden de levensdoelen van de gebruiker in uw organisatie in kaart gebracht?
 - Hoe gaat dat? Wat zijn jullie ervaringen?
 - Worden hiervoor instrumenten gebruikt?
 - Wat is jullie ervaring met het gebruik van een instrument om levensdoelen in kaart te brengen?
 - Hoe worden ondersteunings- en zorgnoden in uw organisatie in kaart gebracht?
 - Hoe gaat dat? Wat zijn jullie ervaringen
 - Worden hiervoor instrumenten gebruikt?
 - Wat is jullie ervaring met het gebruik van een instrument om ondersteuningsnoden in kaart te brengen?
 - Op welke manier verschilt uw aanpak/methodiek om een ondersteuningsplan op te stellen van andere diensten die dat ook doen?
 - Wordt er verschillende terminologie gebruikt tussen de verschillende diensten die een ondersteuningsplan opstellen?
 - Hoe gaan zorgaanbieders aan de slag met de ondersteuningsplannen opgemaakt door DOP, DMW of een gebruikersorganisatie?
 - Of worden deze enkel gebruikt voor aanvraag PVB?
- We hebben begrepen dat MDT's ook (psycho)diagnostisch onderzoek uitvoeren, naast de ZZI-inschalingen. Wat is de verhouding tussen een diagnostisch onderzoek en het ZZI?
- Met welke andere types van organisaties binnen en buiten de sector voor PmH werkt uw organisatie samen?
 - Op welke vlakken bent u tevreden over deze samenwerking? Voorbeelden:
 - Verwijzing
 - Casusoverleg
 - Intervisie geven, krijgen
 - Informatiedoorstroming
 - ...
 - Zijn er aspecten van de samenwerking waarover u minder tevreden bent? Voorbeelden:
 - Verwijzing
 - Casusoverleg

- Intervisie geven, krijgen
- Informatiedoorstroming
- ...

4 Vragen BelRAI

- Was u vóór het bekijken van de kennisclip reeds bekend met BelRAI?
 - Op welke manier bent u met BelRAI in contact gekomen?
 - Welk instrument van BelRAI kent u reeds?
 - Heeft u zelf reeds assessments gedaan? Of input gegeven aan een andere zorgverlener om een assessment in te vullen?
- Wat zou de implementatie van BelRAI binnen uw organisatie kunnen betekenen, indien uw organisatie of de Vlaamse overheid daarvoor zou kiezen?
 - Wat stelt u zich daarbij voor?
(Ik zou dit allereerst als open vraag stellen. Uiteraard willen we weten of ze het mogelijk zien dat BelRAI gebruikt wordt om ondersteunings- of zorgnoden in kaart te brengen, om ondersteuningsplannen te onderbouwen)
 - Welke voordelen denkt u dat BelRAI binnen uw organisatie zou kunnen brengen?
 - Voor de begeleiders
 - Voor de gebruikers
 - Waar verwacht u moeilijkheden? Welke nadelen zou dat hebben?
 - Voor de begeleiders
 - Voor de gebruikers
 - Wat lijkt u haalbaar en wat niet?
 - Denkt u dat een DOP/DMW die de ondersteuningsplannen opstellen zelf voldoende informatie heeft om een BelRAI assessment in te vullen?
 - Welke vragen hebt u daarbij? Zaken die nog niet duidelijk zijn
 - Wat zijn uw eerste indrukken over het ID instrument dat bedoeld is voor volwassenen met een verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek (al dan niet in combinatie met een fysieke beperking)?
 - Welke noden op welke terreinen moeten in een BelRAI instrument voor deze doelgroep zeker bevraagd worden?
 - Wie moet daarbij betrokken worden?
- Zoals in de kennisclip is uitgelegd, bestaat er momenteel geen interRAI instrument dat de zorgnoden van de volledige doelgroep van de sector in kaart brengt. Er bestaat wel een instrument voor volwassenen met een verstandelijke beperking en/of ontwikkelingsproblematiek. Stel dat het VAPH ervoor zou kiezen om een BelRAI-traject op te starten, zou een eerste pilotstudie bijvoorbeeld kunnen plaatsvinden bij volwassen gebruikers met een verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek (al dan niet met fysieke handicap). Begeleiders volgen dan een BelRAI training en vullen voor 10 cliënten het instrument in op onderzoekssoftware. Zo kunnen we input verzamelen over de geschiktheid van het instrument voor de doelgroep en wat er eventueel nog dient toegevoegd te worden.
 - Zou u de pilotstudie doen bij DOP's, DMW's of MDT's?
 - Bij welke ondersteuningsvormen zou u zo een pilotstudie doen (residentieel, ambulante, mobiel, ...)?
 - Welke vragen hebt u op dit moment bij zo'n pilotstudie?
- Welke bijkomende vragen hebt u momenteel nog (buiten diegene die tijdens de focusgroep aan bod gekomen zijn) met betrekking tot een mogelijke opstart van een BelRAI-traject in de VAPH-sector?

3. Richtvragen voor de focusgroep met vertegenwoordigers van gebruikers

- Eerst een rondje doen en elke deelnemer vragen:
 - In welke organisaties/raden/ op welke wijze vertegenwoordigt u gebruikers, wat zijn uw taken daar?
 - Kennisclip bekeken?

5 Vragen met betrekking tot de organisatie van uw ondersteuning en zorg

- Hoe verloopt het inkopen van zorg/ondersteuning, meer bepaald: hoe maakt u duidelijk welke zorg of ondersteuning u nodig heeft voor de noden die u heeft?
- Koopt u tegelijkertijd bij verschillende organisaties zorg/ondersteuning in? Komt dit regelmatig voor?
- Hoe verloopt de informatiedoorstroom tussen verschillende organisaties over hoe uw ondersteuning en zorg aan te pakken?
 - Hebben de verschillende organisaties reeds informatie over u of moet u uw verhaal vaak herhalen? (bij de verschillende zorgaanbieders waar zorg inkopen of bij overstap)
 - Hoe wordt u daarbij als gebruiker betrokken?
- Voor personen die PVB wensen aan te vragen, wordt het ZZI ingevuld. Het ZZI bevat veel informatie over ondersteunings- en zorgnoden.
 - Op welke manier worden uw ZZI resultaten bij de zorgaanbieder gebruikt?
 - Wat zijn uw ervaringen ermee?
 - Gebruikt de organisatie de resultaten bij het in kaart brengen van uw ondersteuningsnoden?
 - Zo nee, waarom niet?
 - Hoe gaat u zelf aan de slag met de ZZI resultaten om bijvoorbeeld inzicht te krijgen in uw eigen ondersteuningsnoden?
 - Zo ja, wat zijn uw ervaringen ermee?
 - Zo nee, waarom niet?

6 Vragen BelRAI

- Was u voor het bekijken van de kennisclip reeds bekend met BelRAI?
 - Op welke manier bent u met BelRAI in contact gekomen?
 - Welk instrument van BelRAI kent u reeds?
- Enkel vragen die betrekking hebben op de kennisclip
 - Hoe heeft u de kennisclip ervaren? Welke vragen kwamen er bij u op?
 - Wat zijn uw eerste indrukken over het ID instrument dat bedoeld is voor volwassenen met een verstandelijke handicap en/of een ontwikkelingsproblematiek (al dan niet in combinatie met een fysieke beperking)?
 - Welke noden op welke terreinen moeten in een BelRAI instrument voor deze doelgroep zeker bevraagd worden?

- Wie moet daarbij betrokken worden?
- Wat zijn volgens u (andere) voordelen van BelRAI?
 - Hoe verhouden deze voordelen zich ten opzichte van hoe u (het gebruik van) het ZZI ervaart?
- Welke zaken maken u ongerust, na het zien van de kennisclip over BelRAI? Wat zijn uw bezorgdheden?
 - Hoe verhouden deze bezorgdheden zich ten opzichte van hoe u (het gebruik van) het ZZI ervaart?
- Welke plaats zou dit BelRAI instrument voor deze doelgroep kunnen krijgen in de aankoop en het organiseren van uw zorg en ondersteuning?
- Hoe staat u er tegenover dat BelRAI wordt ingevuld door een begeleider of zorgverlener van de gebruiker?
- Wat vindt u van het idee om zelf toegang te hebben/te beschikken over de resultaten van BelRAI, namelijk een overzicht van uw zorg- ondersteuningsnoden?

Bijlage 3: Resultaten van de kwalitatieve analyse van de focusgroepen

Resultaten focusgroepen ingedeeld in een SWOT-analyse

ONDERZOEKSVRAGEN

1. Wat zijn de **voor- en nadelen** van de implementatie van BelRAI in de zorg voor volwassenen met een handicap?
2. Welke **stappen** dienen gezet te worden om BelRAI te implementeren in de sector, indien hiervoor gekozen zou worden?
3. Wat zijn de **visies van de stakeholders** van de VAPH-sector m.b.t. de eerste twee onderzoeksvragen?

TOELICHTING BIJ DIT DOCUMENT

- Dit document geeft een beschrijvende weergave van wat er tijdens de focusgroepen met de stakeholdergroepen aan bod is gekomen.
- De stellingen van de deelnemers zijn door de onderzoekers gegroepeerd in thema's zonder verdere interpretaties van hetgeen gezegd is geweest. Per thema kan u de stellingen van elke stakeholdergroep terugvinden (indien zij hierover iets gezegd hebben).
- Bij enkele stellingen hebben de onderzoekers een (contextuele) noot toegevoegd over BelRAI en interRAI en de actuele situatie van interRAI instrumenten in de sector van personen met een handicap (PmH)
- Op de volgende slide vindt u een overzicht van de thema's alsook per thema een vermelding van welke stakeholdergroepen zijn ingegaan op het betreffende thema (cijfers achter elk thema). Van daaruit kan u doorklikken naar de slides over dat thema.

OVERZICHT RESULTATEN FOCUSGROEPEN A.H.V. THEMA'S

Sterktes van (de implementatie van) BelRAI

1. BelRAI als tool voor zorg- en levensplanning (1-2-3)
2. Fluctuerende noden en zorgcontinuïteit (1-2-3)
3. BelRAI als lijmiddel: een geïntegreerd systeem (1-2-3)
4. Gemeenschappelijke taal (1-2-3)
5. Communicatie gebruiker – zorgaanbieders (onderling) (1-3)

Mogelijkheden van (de implementatie van) BelRAI

1. Modellen als basis voor de ontwikkeling van de BelRAI PmH (1-2-3)
2. Items die cruciaal zijn in de BelRAI PmH (1-2-3)
3. De participatiekloof in beeld brengen met de BelRAI PmH (1-2-3)
4. Voorstellen m.b.t. vervolgtraject (1-2-3)
5. Toevoeging QOL-vragenlijst (1-3)
6. Winsten op vlak van procedures en tijd (1-2)
7. Transitie minderjarigen naar meerderjarigen (1)
8. Kwaliteitsbeleid (1)

Zwaktes van (de implementatie van) BelRAI

1. Professional vult het BelRAI instrument in (1-2-3)
2. Nadelen van meten en registreren (1-2-3)
3. BelRAI mist nuances die ZZI wel meet (1-2)
4. Grote tijdsinvestering voor RTH diensten (1)

Valkuilen van (de implementatie van) BelRAI

1. Onduidelijkheid rond de finaliteit van BelRAI (1-2-3)
2. Bezorgdheden over het gebruik van BelRAI voor financiering (1-2-3)
3. Verschillende visies op de functie van BelRAI in de sector van VAPH (1-2-3)
4. Diversiteit doelgroep (1-2-3)
5. Onduidelijkheid over toegang tot BelRAI en privacy (1-2-3)
6. BelRAI naast reeds bestaande systemen (1-2-3)
7. Diversiteit zorgaanbieders en diensten (1-3)
8. Hoe BelRAI integreren in digitale systemen? (1-2)

Focusgroepen:

- (1) Zorgaanbieders en koepelorganisaties
- (2) DOP, DMW, MDT
- (3) Vertegenwoordigers van gebruikers

STERKTES VAN (DE IMPLEMENTATIE VAN) BELRAI

1. BelRAI als tool voor zorg- en levensplanning (1-2-3)
2. Fluctuerende noden en zorgcontinuïteit (1-2-3)
3. BelRAI als lijm middel: een geïntegreerd systeem (1-2-3)
4. Gemeenschappelijke taal (1-2-3)
5. Communicatie gebruiker – zorgaanbieders (onderling) (1-3)

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

1. BelRAI als tool voor zorg- en levensplanning

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- BelRAI lijkt geschikt voor zorgplanning en kwaliteitsbewaking
 - Geeft aan welke ondersteuning iemand nodig heeft
- In BelRAI heeft men als zorgverlener inspraak. De zorgaanbieders zien dit als een positief punt, gezien ze bij het ZZI nu geen of weinig inspraak hebben.
- BelRAI als handvat om blijvend te evalueren met de cliënt, mogelijk vervangend naar handelingsplan toe

DOP, DMW en MDT

- BelRAI geeft globaal beeld van persoon zijn functioneren
 - Basisinformatie om mee naar de cliënt te gaan, samen dingen aftoetsen
- BelRAI benoemt ook sterktes
 - CAP's en zorgschalen geven mogelijkheden en kansen weer, levensdomeinen waar nog groei mogelijk is

Vertegenwoordigers van gebruikers

- BelRAI kan een input zijn voor het handelingsplan

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

2. Fluctuerende noden en zorgcontinuïteit

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- BelRAI geeft de mogelijkheid tot delen, uitwisselen informatie en opvolging
- Mooi gegeven dat bij herevaluatie BelRAI al automatisch is ingevuld, enkel aanpassen waar verandering plaatsvond
- BelRAI biedt meer flexibiliteit, vlotheid van ondersteuning bieden neemt toe
 - Door herhaaldelijke afname van BelRAI, sneller zien wat persoon nodig heeft + alarmpjes
 - Het dynamische van zorgondersteuning vatten
 - Zorgaanbieders winnen aan voorspelbaarheid naar noden toe, doordat ze sneller zien waarop ingezet moet worden mede ook door informatie, de input van andere sectoren, diensten in de BelRAI (uniformiteit van het BelRAI-systeem)
 - BelRAI houdt het rekening met veranderende ondersteuningsnoden. Kan dit de ondersteuning sterker maken, verhoogt het de kwaliteit van leven?
 - De zorgaanbieders zien de herinschalingen met BelRAI als voordeel en vergelijken het ook met het ZZI dat minder flexibel is. ZZI is een vaststaande inschaling, geeft meestal een budget voor heel het leven gezien herinschaling te lang duurt. Weinig flexibiliteit van het budget, weinig aanpassing naar veranderende noden van PmH

DOP, DMW en MDT

- BelRAI houdt rekening met dynamische vorm zorg
 - Veel noden en wensen zijn veranderlijk. Blijvend de informatie, resultaten in vraag stellen, oog hebben voor verandering
 - Iets dat geactualiseerd en gecontinueerd kan worden, waarop diensten op kunnen verder bouwen
- Informatiedoorstroom
 - Mensen moeten hun verhaal niet herhalen bij alle diensten, is zeer confronterend voor hen

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

2. Fluctuerende noden en zorgcontinuïteit

Vertegenwoordigers van gebruikers

- BelRAI moet dynamisch en flexibel zijn, noden en behoeften zijn immers permanent in evolutie. Tegelijkertijd mag de PmH niet overladen worden met opeenvolgende inschalingen om de veranderende noden in kaart te brengen. Het mag geen permanent inschalen worden. Voornamelijk naar budgetten toe, mocht er een koppeling aan financiën komen, moet er een marge zitten op de noden en de gekoppelde budgetten die rekening houdt met die veranderlijkheid van noden.
- ↔ Een BelRAI assessment blijft een momentopname. Bij fluctuerende aandoeningen kan een momentopname ook een vertekend beeld geven.
- BelRAI maakt opvolging op lange termijn mogelijk
- Informatieoverdracht en uitwisseling (tussen diensten en sectoren)
 - Verhaal niet moeten herhalen, is zeer confronterend voor de gebruiker
 - Gebruikers moeten vaak zelf verhaal herhalen en zorgaanbieder moet ervan uitgaan dat het juist is, maar is dit zo? Door BelRAI moet de PmH maar één keer zijn verhaal doen en zit alle informatie, zijn verhaal op één plaats, platform dat de zorgverleners kunnen raadplegen.

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

3. BelRAI als lijmiddel: een geïntegreerd systeem

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Positief dat BelRAI interdisciplinair ingevuld wordt: alle disciplines rond een persoon geven informatie. BelRAI als lijmiddel tussen iedereen die rond persoon staat
 - Ook persoon zelf en context geven input
 - De verschillende visies op het functioneren van de persoon worden samengelegd en kunnen hierdoor samen besproken worden
 - Bezorgdheid: wie zijn woord weegt het zwaarst door bij het invullen van BelRAI, bij het samenbrengen van de verschillende visies? (bezorgdheid in de context van de koppeling van BelRAI aan financiering)
- Naar de toekomst toe: door eenzelfde instrument in verschillende sectoren en diensten te gebruiken, kan het de inclusie van PmH bevorderen
 - Het zou de versplintering door gebruik van verschillende instrumenten en andere soorten scores wegnemen

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

DOP, DMW en MDT

- Voorwaarde voor gebruik van BelRAI: Cliënt moet betrokken worden
- BelRAI is een platform waar alle informatie verzameld wordt
- Op dit moment is het vaak één discipline die de BelRAI invult ≠ multidisciplinair. Hierdoor blijft het gewoon overdracht van sector naar sector, zonder aftoetsen van de informatie bij andere disciplines. Eenieder blijft met zijn bril kijken naar het instrument. (De deelnemer baseert zijn mening op de ervaring met de BelRAI Screener, de verschillende diensten die werken met BelRAI Screener vullen dit in vanuit hun eigen werking en bril)
- Als BelRAI multidisciplinair wil zijn, dan moeten verschillende visies samengevoegd worden en moet ieder zijn verantwoordelijkheid opnemen en de visies aan elkaar aftoetsen. Wanneer dit gewaarborgd kan worden ziet men de multidisciplinariteit als een voordeel van BelRAI.

3. BelRAI als lijmmiddel: een geïntegreerd systeem

Vertegenwoordigers van gebruikers

- BelRAI is interdisciplinair?
 - Invullen gegevens door verschillende disciplines ≠ interdisciplinair
 - Interdisciplinair betekent in dialoog gaan, met gebruiker en netwerk. Dit ziet men als iets positief.
- BelRAI kan zorgen voor een databank waar noden, zowel ondersteuningsnoden als materiële noden (hulpmiddelen) verzameld staan
- BelRAI zorgt voor gecentraliseerde informatie
- BelRAI zorgt voor een inventaris van welke ondersteuning er nodig is, zorgnoden

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

4. Gemeenschappelijke taal

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Dezelfde taal, ook tussen sectoren en diensten
 - De deelnemers ervaren het spreken van dezelfde taal als een voordeel omdat éénzelfde taal weinig ruimte biedt voor verschillende interpretaties. Als voorbeeld wordt aangehaald dat nu eenzelfde zorgvraag tot andere ondersteuning leidt bij verschillende zorgverleners doordat de vraag anders geïnterpreteerd wordt.

DOP, DMW en MDT

- Gemeenschappelijke taal tussen sectoren
 - Nu heeft ieder zijn schaal of instrument, bij scores moeilijk weten of men over hetzelfde spreekt

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Het is een voordeel dat BelRAI zorgt voor de ontwikkeling van een gemeenschappelijke taal rond zorg. Hierdoor gaan verschillende partners, zorgverleners op het terrein elkaar beter verstaan.

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

5. Communicatie gebruiker – zorgaanbieders (onderling)

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- BelRAI ondersteunt en versterkt de communicatie met andere zorgverstrekkers
- BelRAI als hulpmiddel om in gesprek te gaan met de cliënt over zijn evoluties en over zijn handelingsplan

Vertegenwoordigers van gebruikers

- BelRAI kan bijdragen tot samenwerking en een vlottere communicatie tussen verschillende zorgverleners
 - Overleg tussen diensten mogelijk maken/verbeteren
- Lijst met BelRAI-resultaten → als PmH hier toegang toe heeft kan het helpen om noden duidelijk te maken en in gesprek te gaan met zorgaanbieders.
 - Helpend voor netwerk: waar moeten we aandacht voor hebben
 - Helpend voor PmH: als hulpmiddel in gesprek om op zijn noden te wijzen + om na te gaan welke diensten kunnen mij helpen bij deze noden

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

ZWAKTES VAN (DE IMPLEMENTATIE VAN) BELRAI

1. Professional vult het BelRAI instrument in (1-2-3)
2. Nadelen van meten en registreren (1-2-3)
3. BelRAI mist nuances die ZZI wel meet (2)
4. Grote tijdsinvesteringen voor RTH diensten (1)

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

1. Professional vult het BelRAI instrument in

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Bezorgdheid dat BelRAI een instrument van de professionals is, waar PmH te weinig grip op heeft¹
 - PmH moet regie behouden
 - De cliënt moet voldoende inspraak krijgen

DOP, DMW en MDT

- Cliënt betrekken bij invullen BelRAI, nu te veel observatie
- Informatieoverdracht, -uitwisseling **over** de cliënt in plaats van met de cliënt
 - Cliënt moet regie hebben
- Manier waarop de zorgverlener omgaat met de vragen van het assessment instrument is cruciaal: vertrekken vanuit wat wilt persoon mij vertellen of gewoon checklist afwerken?

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Afname van BelRAI door zorgverlener oké als hij openstaat voor dialoog en PmH als evenwaardige partner ziet
- BelRAI is een instrument van zorgverlener, invullen dmv observatie. De deelnemers stellen dat de cliënt heeft geen zicht op wat er over hem gezegd wordt (idem ZZI). Hierdoor zijn ze bezorgd dat BelRAI te weinig gestuurd is op dialoog met de cliënt, er te weinig communicatie en betrokkenheid van de cliënt is.
- Gebruiker heeft geen vat op het resultaat (geldt ook voor ZZI)

¹ Nota van de onderzoekers: BelRAI dient deel uit te maken van een persoons- en doelgerichte zorg-/levensplanning, zoals bvb. voorzien is in het digitaal zorg- en ondersteuningsplan van het Agentschap Zorg & Gezondheid (Vanlinthout et al., 2022; ingediend voor vrijgave)

2. Nadelen van meten en registreren

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Schieten we niet door in het meten, registreren en opdelen in cijfers?

DOP, DMW en DOP

- Objectivering kan ertoe leiden dat we situaties die niet optimaal zijn worden bestendigd in een scorelijst.
 - Bv. iemand moet zich aankleden, gebeurt zelfstandig omdat het niet anders kan. We scoren 'zelfstandig' omdat het zo gebeurt, maar dit is niet de optimale situatie¹

Vertegenwoordigers van gebruikers

- BelRAI kwantificeert, brengt parameters in kaart waardoor fijnsnarigheid van de mens, het menselijke ontbreekt (dit geldt ook voor het ZZI)
- Het in kaart brengen van noden en ondersteuning mag niet te oppervlakkig of te bureaucratisch, te onpersoonlijk worden, helicopterview mag niet in het nadeel zijn van de PmH

¹ Nota van de onderzoekers: binnen interRAI en BelRAI wordt bij IADL-activiteiten zowel de *uitvoering* als de *mogelijkheden* gescoord. Op deze manier kan duidelijk worden of de persoon in feite nog wel in staat is om de activiteit zelfstandig uit te voeren, ook al doet hij dat toch, zij het op een niet-optimale wijze. Eenzelfde werkwijze zou ook kunnen voorzien worden bij de uitwerking van een BelRAI instrument voor PmH. Zie onder 'Mogelijkheden: 1. Inhoudelijke suggesties BelRAI'.

3. BelRAI mist de nuances die ZZI wel meet

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Het ZZI is gedetailleerder en concreter in haar antwoordmogelijkheden en geeft meer alternatieven in haar antwoorden.

DOP, DMW en MDT

- Missen nuances in BelRAI die ZZI wel heeft inzake antwoordmogelijkheden rond zelfstandigheid. Die nuances geven meer verschil in zorgbehoevendheid

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

4. Grote tijdsinvestering voor RTH diensten

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Tijdsinvestering/arbeidsintensiviteit
 - Voor RTH vraagt dit veel van hun begeleidingstijd
 - Gesprek als basis behouden voor contact met PmH. BelRAI invullen mag contact, tijd met de PmH niet in de weg staan. Bezorgdheid voornamelijk in context van thuisbegeleiding, waar contacten beperkter zijn

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

MOGELIJKHEDEN VAN (DE IMPLEMENTATIE VAN) BELRAI

1. Modellen als basis voor de ontwikkeling van de BelRAI PmH (1-2-3)
2. Items die cruciaal zijn in de BelRAI PmH (1-2-3)
3. De participatiekloof in beeld te brengen met de BelRAI PmH (1-2-3)
4. Voorstellen m.b.t. vervolgtraject (1-2-3)
5. Toevoeging QOL-vragenlijst (1-3)
6. Winsten op vlak van procedures en tijd (1-2)
7. Transitie minderjarigen naar meerderjarigen (1)
8. Kwaliteitsbeleid (1)

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

1. Modellen als basis voor de ontwikkeling van de BelRAI PmH

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Geeft BelRAI voldoende gewicht aan kwaliteit van leven?
 - Kerndomeinen Schalock vormt basis kader in zorg PmH en kan kapstok voor BelRAI vormen
- Psychische draagkracht, het aankunnen moet meegenomen worden in BelRAI (sociaal-emotionele ontwikkeling volgens Došen)
 - BelRAI houdt hier deels al rekening mee, maar is dit voldoende voor deze doelgroep?
- Welke visie op zorg hanteert BelRAI? Past deze visie binnen de sector zorg voor personen met een handicap?

DOP, DMW en MDT

- Koppeling met het subjectieve verhaal is belangrijk. BelRAI is nu erg objectief, maar niet iedereen ervaart dezelfde beperkingen als een even grote inbreuk op kwaliteit van leven

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Persoonlijke doelen moeten voorop staan, moet primeren boven het medische in BelRAI
 - Doelen korte en lange termijn en wat heb je nodig om ze te bereiken?
 - Dromen van ouders voor hun volwassen kind
- Kader Schalock moet meegenomen worden in de ontwikkeling van een instrumentarium
 - Kwaliteit van bestaan, link tussen Schalock en de mogelijkheden van PmH
- BelRAI is niet vanuit een emancipatorische visie ontwikkeld. Neemt BelRAI voldoende de levensdoelen van de persoon mee en het aspect van participatie? In hoeverre kan BelRAI rekening houden met de basis van de sector zorg voor PmH (zoals Schalock, emancipatie, participatie)?

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

2. Items die cruciaal zijn in de BelRAI PmH

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Hulpmiddelen gaan gepaard met praktische en logistieke zorg door begeleiders: in hoeverre scoort BelRAI dit mee?
- Veel instrumenten focussen te veel op het fysiek kunnen en te weinig op het “aankunnen”. Ondersteuning om het aan te kunnen vraagt ook veel begeleiding. Het aankunnen moet voldoende in kaart gebracht worden in BelRAI.
- Bij ouderenzorg zijn er verschillende versies van BelRAI naargelang de context thuis wonen of residentieel. Is het mogelijk (en nodig?) om ook voor de zorg voor volwassenen met verschillende versies te gaan werken?
 - Het verschil in context moet voldoende in kaart gebracht worden, moet voldoende gewicht aan gegeven worden.

DOP, DMW en MDT

- Personen die BelRAI Screener kennen vinden het inhoudelijk goed. Het instrument stelt de juiste vragen
- Bij ADL kan je de mogelijkheden van de gebruiker niet aangeven. Dit is een probleem en zou ook bij andere secties een optie moeten zijn.
- Enkel het functioneren in kaart brengen is niet voldoende, er zit veel differentiatie in het functioneren tussen personen onder andere door de omgeving, de context, de maatschappelijke achtergrond die verschillen tussen personen en mee de impact van een beperking (op het functioneren) bepalen. Bezorgdheid dat BelRAI te veel op het functioneren zal focussen.

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

2. Items die cruciaal zijn in de BelRAI PmH

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Gaat BelRAI voldoende in op het “aankunnen”? Op de energie die taken vragen? Balans tussen taken en rust. Dit vraagt vaak een andere soort ondersteuning
- Gaat BelRAI voldoende in op het gevoelsmatige?
- Worden hulpmiddelen meegenomen in BelRAI?
 - ZZI houdt rekening met invloed van hulpmiddelen op de ondersteuningsnoden
 - Hulpmiddelen maken het mogelijk dat PmH zelfredzamer zijn
- Bevraging stemming in BelRAI
 - Stemming moeilijk te meten, schommelt erg. Mogelijkheid om mindset of ingesteldheid op te nemen in BelRAI? Inzake training, revalidatie belangrijk te weten of iemand meer gemotiveerd moet worden of juist af remmen
 - ⇔ Stemming niet willen meten, want is denigrerend en labelend naar de PmH toe ⇔ reden achter stemming kan belangrijk zijn om te weten
- Ondersteuning gegeven door het netwerk moet voldoende in kaart gebracht worden
 - En in hoeverre het netwerk dit nog kan dragen, belasting van het netwerk
- Psychische kwetsbaarheden voldoende bevragen
- Kan BelRAI dieper ingaan op elementen van permanentienood en begeleidingsintensiteit?

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

3. De participatiekloof in beeld brengen met de BelRAI PmH

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Instrument te zorggericht?

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

DOP, DMW en MDT

- Het bevragen van alle levensdomeinen, kan problemen creëren of wakker maken die een PmH ervoor niet als nood zagen

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Zou mooi zijn mocht BelRAI participatiekloof in beeld brengen en minder vertrekken vanuit de zorg
 - Er moet voldoende aandacht zijn voor de verschillende rollen, op alle domeinen ondersteuning nodig en budget moet toereikend zijn om te kunnen participeren in alle domeinen
 - Noden meten vanuit het concept van participatie
- BelRAI zou moeten focussen op alle levensdomeinen en de verschillende rollen die een persoon vervult
- Personen zijn meer dan noden en ondersteuning: gaat om mensen die ook mantelzorgers zijn, die ouder zijn, die partnerrelaties hebben, die werkrelaties hebben...
 - Participatie: om deel te nemen aan de samenleving en rollen te kunnen oppakken hebben ze ondersteuning nodig, en die ondersteuning gaat verder dan zorg voor basisbehoeften
- Bezorgdheid dat bestaande BelRAI instrumenten te medisch zijn
 - ZZI vertrekt minder uit medische hoek
- BelRAI terug omslag naar medische, naar het functioneren in enge zin. Heeft het voldoende oog voor participatie samenleving en opnemen verschillende rollen?

4. Voorstellen m.b.t. vervolgtraject

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Betrekken Zorgonline (ZOL) platform bij de ontwikkeling van een BelRAI instrumentarium voor de sector
 - ZOL wordt veel gebruikt in de sector
 - BelRAI kunnen opnemen in bestaande systemen zoals zorgonline
- Voorwaarden BelRAI traject
 - Als werkdoelen aan BelRAI kunnen gekoppeld worden, als het als hulpmiddel dient voor handelingsplan en het andere zaken vervangt

DOP, DMW en MDT

- Betrekken bijstandsorganisaties
- Opleidingen zijn zeer belangrijk in het vervolgtraject
 - Opleidingen moeten ervoor zorgen dat iedereen op dezelfde lijn zit (verschillende diensten en sectoren)
 - Opleidingen moeten ervoor zorgen dat iedereen op dezelfde manier BelRAI invult, met dezelfde intenties, dezelfde richtlijnen
 - Intersectorale intervisies zijn nodig

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Gebruikersorganisaties, vertegenwoordigers gebruikers willen betrokken worden als BelRAI getest zal worden, willen inzage in resultaten om te vergelijken met de resultaten van de huidige inschaling met het ZZI
- Gebruikers willen betrokken worden in alle stappen die verder gezet zullen worden in het BelRAI-traject

4. Voorstellen m.b.t. vervolgtraject

Vertegenwoordigers van gebruikers (vervolg)

- Partijen die betrokken dienen te worden in een vervolgtraject: gebruikers, DOP, MDT, zorgaanbieders (verschillende soorten, vergund en niet vergund), bijstandorganisaties
- Bij de BelRAI-opleidingen (zowel ontwikkeling als effectieve trainingen) moeten ervaringsdeskundigen betrokken worden
 - Voldoende aandacht voor cliëntervaringen in de trainingen is belangrijk
- Is er voldoende kwaliteitsborging na train-de-trainer opleiding?
 - Wordt de informatie binnen de organisatie goed overgedragen?
 - Zijn er voldoende middelen en tijd om de eigen organisatie verder op te leiden?
 - Komen zaken zoals communicatie, transparantie naar cliënt en fluctuerend verloop aandoeningen voldoende ter sprake in de opleiding?

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

5. Toevoegen QOL-vragenlijst

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Mogelijkheid tot toevoeging QOL-vragenlijsten aan het toekomstig BelRAI instrument of aan interRAI ID

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Eventueel toevoegen QOL-vragenlijst naast de zelfrapportage items in interRAI ID

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

6. Winsten op vlak van procedures en tijd

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Veel middelen gaan naar administratie, inschalingen: Kan BelRAI hierin tegemoet komen en dit vereenvoudigen zodat er meer middelen vrijkomen voor ondersteuning?

DOP, DMW en MDT

- BelRAI lijkt korter, minder tijdsintensief dan huidige instrumenten zoals het ZZI
- Bespaart op de verschillende procedures doordat via één systeem gewerkt kan worden. Dit maakt het ook eenvoudiger, zowel voor de PmH die maar een keer zijn verhaal moet doen als qua administratie voor de diensten.
- Veel geld gaat naar de verschillende procedures, als we dit geld besparen door één systeem te gebruiken dan kan er meer geld naar de mensen zelf

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

7. Transitie minderjarigen naar meerderjarigen

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Zorgcontinuïteit van minder- naar meerderjarigen. Meerwaarde als BelRAI hierin zou kunnen ondersteunen om een verhaal te behouden

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Mogelijkheid om BelRAI-resultaten te vertalen naar kwaliteitsbeleid, kwaliteitshandboeken voor organisaties?

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

VALKUILEN VAN (DE IMPLEMENTATIE VAN) BELRAI

1. Onduidelijkheid rond de finaliteit van BelRAI (1-2-3)
2. Bezorgdheden over het gebruik van BelRAI voor financiering (1-2-3)
3. Verschillende visies op de functie van BelRAI in de sector van VAPH (1-2-3)
4. Diversiteit doelgroep (1-2-3)
5. Toegang tot BelRAI en privacy (1-2-3)
6. BelRAI naast reeds bestaande systemen (1-2-3)
7. Diversiteit zorgaanbieders en diensten (1-3)
8. Hoe BelRAI integreren in digitale systemen? (1-2)

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

1. Onduidelijkheid rond de finaliteit BelRAI

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Wie wordt beter van dit systeem?
 - Systeem is goed als het ondersteunend is om zorg te verbeteren, maar mag geen doel op zich worden
 - Bezorgdheid dat BelRAI vanuit het VAPH verplicht in te vullen zal zijn zodat VAPH zorgaanbieders kan opvolgen en controleren, ook naar budgetten toe dat alles juist verdeeld zit. Dat BelRAI dus een instrument wordt ter controle naast de bestaande instrumenten van de zorgaanbieders zelf.
- Wat is het finale doel?
 - De wijze waarop BelRAI zal ingevuld worden, hangt sterk af van finaliteit. Indien BelRAI gelinkt zal zijn aan financiering zullen zorgverleners het anders invullen, meer overdrijven om budget te krijgen voor PmH
- Transparantie over de finaliteit van BelRAI in de sector is nodig
- Het gebruik van BelRAI voor uiteenlopende finaliteiten (in verschillende sectoren) is een probleem.
- Wat is de visie achter de ontwikkeling van BelRAI? Voor welk doel werd het ontwikkeld? ¹

DOP, DMW en MDT

- Wat wil VAPH gaan meten met BelRAI?
 - Meetinstrumenten delicaat; als we niet weten wat doelstelling is, is het moeilijk
 - Het ZZI meet de huidige zorgbehoefte en ondersteuningsnoden, maar PmH krijgen pas na 10 jaar hun budget om de noden te vervullen. Dit is het huidige systeem. Waar zijn we mee bezig? Wat wilt men met een nieuw meetinstrument zoals BelRAI bereiken?

¹ Nota van de onderzoekers: het interRAI assessment systeem is ontwikkeld om betrouwbare en valide data te verzamelen over de zorg- en ondersteuningsnoden van kwetsbare personen met als doel een evidence-based klinische praktijk en besluitvorming van het beleid te promoten. De doelstelling is om zorgplanning, kwaliteitsmanagement en allocatie van budgetten met dezelfde data over zorg- en ondersteuningsnoden te onderbouwen (<https://interrai.org/applications/>).

1. Onduidelijkheid rond de finaliteit BelRAI

DOP, DMW en MDT (vervolg)

- Wat is het doel van een instrument?
 - Als het ontwikkeld is voor het opstellen van een behandelingsplan, dan het hiervoor ook gebruiken.
 - SIS (onderdeel ZZI) is eigenlijk bedoeld om behandelingsplan op te stellen, zitten veel items en gegevens in maar overheid gebruikt het als scoringsinstrument voor budget. interRAI is ook niet enkel bedoeld om rechten toe te kennen, maar BelRAI Screener wordt wel zo gebruikt.
- Verschillende sectoren die hetzelfde instrument met andere finaliteit gebruiken
 - Andere omgang met het instrument per dienst, dan kan men de resultaten niet van elkaar overnemen en belemmert het de sterkte van een geïntegreerd systeem. BV. Mutualiteit gebruikt BelRAI Screener voor rechtentoekenning, streng hanteren. Thuisverpleging doet geen rechtentoekenning, lossier invullen. Hierdoor komen de scores komen niet overeen als elk afzonderlijk de BelRAI Screener zou invullen. Waar het eigenlijk de bedoeling is dat één dienst de BelRAI Screener afneemt en de andere dienst kan voortbouwen op de resultaten, nemen nu de twee diensten BelRAI Screener bij dezelfde persoon af om dat men elkaars scores niet vertrouwt. Er is een wantrouwen tussen diensten, omdat eenzelfde instrument met andere finaliteiten wordt gehanteerd.

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Weinig transparantie rond de finaliteit van een instrument en het gebruik ervan wekt zorgen en wantrouwen op
 - Ook bij ZZI weinig transparantie
 - Welke gevolgen zijn eraan verbonden?
- Met welk doel en in welke context gaat BelRAI aangewend worden?
- Wat is drijfveer achter onderzoek rond BelRAI?

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

1. Onduidelijkheid rond de finaliteit BelRAI

Vertegenwoordigers van gebruikers (vervolg)

- Finale bedoeling BelRAI bij VAPH?
 - Ondersteuningsnood meten?
 - Objectiveren noden en budget tegenover zetten
 - Ondersteuningsnood meten en omzetten naar een ondersteuningsplan?
 - Ondersteuningsplan is hoe je leven wilt organiseren en hier moet gebruiker alle vrijheid in krijgen. Niet koppelen aan een instrument.

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

2. Bezorgdheden over het gebruik van BelRAI voor financiering

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Verloren budgetten door BelRAI Screener
- Bezorgdheid dat BelRAI zal zorgen voor een budgettaire gelijkschakeling van alle sectoren en een herverdeling van de budgetten
 - Langdurige zorg VAPH en de budgetten die daarvoor nodig zijn, is niet te vergelijken met andere zorg (vaak kortere periode). Bovendien nemen veel ouders zelf veel ondersteuning op, wat niet in budgetten vervat zit.
 - Bezorgdheid dat alle sectoren gaan werken met PVB en er een overkoepelend budget komt dat gebaseerd is op BelRAI
- Bezorgdheid dat implementatie BelRAI een besparingsactie is
- Bezorgdheid over het koppelen van BelRAI aan financiering
- In hoeverre zal het later voor financiering ingezet worden en is BelRAI hier wel het juiste instrument voor?
 - ⇄ 1 zorgaanbieder begrijpt de bezorgdheid rond de koppeling aan financiering niet, ziet voornamelijk voordelen in het gebruik van BelRAI.

DOP, DMW en MDT

- BelRAI Screener: veel mensen verliezen hun recht en budget (na overgang van Bel-foto naar Screener). Screener is te beperkt om het PVB aan te koppelen.
- BelRAI haalt ook sterktes aan, vaak betekenen sterktes in de huidige werking dat een persoon geen budget krijgt want hij kan nog bepaalde dingen zelfstandig
- Bezorgdheid koppeling aan budgetsysteem omdat de bestaande BelRAI instrumenten hiervoor te exclusief focussen op functioneren, en te weinig op factoren die de impact van de beperking op het functioneren mee bepalen, zoals omgeving, context, maatschappelijk achtergrond.

2. Bezorgdheden over het gebruik van BelRAI voor financiering

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Bezorgdheid dat invoeren van BelRAI een besparingsactie is, gezien binnen de sector ook op andere terreinen (bv. Hulpmiddelen) besparingen bezig zijn.
 - Bezorgdheid afbouw rechten
- Flexibiliteit om te doen met budget wat gebruikers willen in functie van hun noden moet behouden blijven. PmH evolueren en ook hun noden evolueren, op dit moment evolueert budget niet mee maar hebben PmH wel de mogelijkheid om budget flexibel in te zetten zoals zij het willen. De flexibiliteit naar het inzetten van het budget moet behouden blijven.
- Beleid voor PmH vertrekt vanuit het beleidsdomein Welzijn, maar eigenlijk zouden ook de beleidsdomeinen Werk en Mobiliteit hun verantwoordelijkheid moeten nemen
- Financiering hangt nu vast aan wat een persoon kan en niet kan en wat hij/zij wenst qua ondersteuning, weergegeven in het ondersteuningsplan PVB. Bezorgdheid dat BelRAI niet alles in kaart brengt en hierdoor budgetten veranderen.
- Budgetten koppelen aan inschalingen? Ongerustheid rond koppeling aan budgetten, ervaringen met BelRAI Screener in het achterhoofd. Indien er een koppeling zou komen met financiering: transparant over zijn en onder veel voorwaarden
- Mogelijke koppeling financiering zorgt voor wantrouwen, weerstand

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

3. Verschillende visies op de functie van BelRAI in de sector van VAPH

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- BelRAI als input om handelingsplan in te vullen
- Ter vervanging van het ZZI, screening gebeurt dan via BelRAI.
 - Één zorgaanbieder geeft aan dat hun organisatie in hun dagelijkse werking dan minder in contact gaat komen met BelRAI, aangezien ze nu ook niet aan de slag gaan met ZZI-resultaten.
- Kan BelRAI ingezet worden voor vraagverheldering bij de DOP's en om tot een ondersteuningsplan (al dan niet voor PVB) te komen of is een ander instrument daar beter?
- Hoeveel zorgzwaartecategorieën zijn er in BelRAI en waarvoor gebruiken andere landen het? Kan dit een meerwaarde zijn in België?

DOP, DMW en MDT

- Wordt het een vervanging voor het ZZI?
 - Positief als ZZI vervangen wordt door BelRAI, want je krijgt input van verschillende disciplines waar dat nu enkel MDT input geeft
 - BelRAI is als vervanging voor ZZI een goed instrument, maar dan ook heel PVF aanpassen. Werken aan wachtlijsten. BelRAI met correcte afkapwaarden en meteen weten of persoon al dan niet recht heeft op budget
 - ⇔ BelRAI mag geen instrument worden dat bepaalt of iemand in aanmerking komt voor PVB of niet
 - Voorwaarde om ZZI door BelRAI te vervangen: geen automatische berekeningen, enkel als instrument om gegevens te verzamelen en analyses voor bepaling B/P-waarden blijven door inschalers gebeuren. Dus geen afkappunten zoals bij Screener.

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

3. Verschillende visies op de functie van BelRAI in de sector van VAPH

DOP, DMW en MDT (vervolg)

- Of BelRAI als onderdeel DOP?
 - DOP zien hun rol eerder beperkt in BelRAI-verhaal. Afnemen van een schaal/instrument past niet in visie en werking DOP
 - Maar verslagen van proces DOP kan wel als input dienen om BelRAI in te vullen
 - ⇔ DOP vertrouwensband met persoon geraken makkelijker aan dieperliggende informatie dan MDT die persoon een keer zien (stelling van MDT)
- BelRAI als kanaal voor informatieoverdracht

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Vervanging ZZI door BelRAI?
 - BelRAI geeft niet dezelfde mogelijkheid als ZZI om uit te monden in B/P-waarden. De ZZI-inschaling is nu gekoppeld aan de begeleiding en permanentie (de B/P-waarden) die een persoon vergoed krijgt. Het ZZI kan dus niet zomaar door BelRAI vervangen worden, aangezien de B/P-waarden een belangrijk gegeven zijn in de financiering.
- De gebruikers hebben de bezorgdheid dat BelRAI een stap achteruit is t.o.v. ZZI
 - Inzake inschaling, in kaart brengen noden van PmH
 - Inzake budgetten indien er een koppeling aan financiering volgt
- BelRAI bij het DOP bij de vraagverheldering?

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

4. Diversiteit doelgroep

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Kan BelRAI de diversiteit van de doelgroep vatten?
 - De verschillende ondersteuningssituaties, de ondersteuningsvragen en -noden en de diepgang ervan?
 - Sommige mensen in de doelgroep blijven wat verborgen en worden ook door ZZI minder in beeld gebracht
 - Nog veel aanpassingen aan BelRAI nodig vooraleer het diversiteit zal kunnen vatten
 - De situatie en ondersteuning van PmH die in eigen context wonen is verschillend van PmH die residentieel verblijven in een organisatie.
- Gaat BelRAI voldoende in op wisselende ondersteuningsvraag?

DOP, DMW en MDT

- Psychische problematiek wordt vaak niet als hoofdproblematiek gezien en niet erkend, maar is wel een component van bv autisme of verstandelijke beperking (ook in huidige werking)
 - Vaak gaat het om personen met dubbel diagnoses. Deze personen hebben juist veel begeleiding en permanentie nodig, hebben meer noden. Vaak worden deze noden onvoldoende in kaart gebracht.
- Bestaat de kans dat PmH met dezelfde zorgnoden toch anders worden ingeschaald, door een verschil in uitvoering en mogelijkheden?
 - Bv. Ervaring met BelRAI Screener: persoon A heeft dezelfde noden als persoon B, maar persoon A doet alles zelfstandig omdat het niet anders kan, maar zou eigenlijk hulp moeten krijgen (mogelijkheden liggen lager) en person B krijgt hulp van mantelzorger. Ze hebben dezelfde noden, maar de uitvoering van taken is anders door de omstandigheden waardoor ze wel een andere eindscore hebben.

¹ Nota van de onderzoekers: er bestaat nog geen BelRAI instrument voor de doelgroep van personen met een verstandelijke, motorische, sensoriele handicap en/of ontwikkelingsproblematiek. Dit instrument moet dus nog ontwikkeld worden. Binnen interRAI bestaat er een Intellectual Disability instrument dat geschikt is voor personen met een verstandelijke handicap en/of ontwikkelingsproblematiek, al dan niet in combinatie met een motorische en/of sensoriele handicap.

4. Diversiteit doelgroep

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Complexe variatie aan noden en aan beperkingen, worden deze voldoende gevat?
- Een instrument dat zorg- en ondersteuningsnoden in kaart brengt, mag zich niet vastpinnen op het soort beperking. Verschillen in zorgnoden zijn niet te verklaren op basis van een beperking. Binnen de groep fysieke beperkingen zijn er ook grote verschillen in wat mensen kunnen en niet kunnen, of ze al dan niet kunnen thuis wonen enz.
- Is BelRAI aangepast aan personen met een verstandelijke beperking?
- Houdt BelRAI voldoende rekening met psychische kwetsbaarheden, onzichtbare beperkingen?

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

5. Onduidelijkheid over toegang tot BelRAI en privacy

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Op dit moment heeft PmH niet steeds toegang tot andere instrumenten
 - Toegang tot instrumenten is belangrijk voor PmH die zelf instaan voor hun ondersteuning en dit zelf regelen
 - Dat PmH toegang zou kunnen krijgen tot BelRAI is een aandachtspunt
- Geeft PmH per zorgverlener toestemming voor gedeeld gebruik BelRAI-resultaten? Kan dit ergens centraal geregistreerd worden wie er toegang heeft?

DOP, DMW en MDT

- Cliënt moet regie hebben in de organisatie van zijn ondersteuning en in zijn dossier
 - De cliënt moet zelf kunnen aansturen, bepalen wie toegang krijgt tot BelRAI
 - Eigen aandeel en inbreng hebben in BelRAI
- Niet voor heel de doelgroep is het evident om toegang te krijgen tot een digitaal dossier
 - Niet iedereen heeft mogelijkheden om met computer te werken
 - Uitdaging is juist om het bruikbaar en toegankelijk te maken voor iedereen
 - Ook vertrouwenspersoon of context toegang geven als ondersteuning

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

5. Onduidelijkheid over toegang tot BelRAI en privacy

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Toestemming van gebruiker nodig opdat zorgverleners inzage hebben in het BelRAI-dossier
- De gebruiker zou toestemming moeten kunnen geven aan de disciplines om (delen van) een BelRAI te mogen invullen.
- De gebruikers (of hun vertegenwoordiger) willen inzage hebben en zaken kunnen toevoegen aan BelRAI (geldt ook voor ZZI)
 - Eigen dossier inkijken nu soms moeilijk door weinige transparantie over ZZI. Wel inzage in de resultaten mogelijk, maar niet in de motivatie om tot parameters te komen.
 - De mogelijkheid van myBelRAI dat inzage geeft in resultaten voor cliënt, wordt door een vertegenwoordiger van gebruikers als iets positief gezien.
- BelRAI resultaten enkel delen met personen binnen het zorgkader, naar andere domeinen zoals werk, justitie toe moet beroepsgeheim blijven
 - Welke leden van het zorgteam krijgen inzage?

[Terug naar overzicht
van de thema's](#)

6. BelRAI naast reeds bestaande systemen

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Nadeel als BelRAI erboven op komt, extra administratie, neemt kwaliteit van zorg weg bij cliënt

DOP, DMW en MDT

- Als BelRAI geen verplichting wordt, zal niet elke dienst eigen instrument inruilen voor BelRAI. Risico dat niet iedereen BelRAI gebruikt en dat het naast andere instrumenten blijft bestaan.

Vertegenwoordigers van gebruikers

- Heel traject: DOP, MDT, zorgaanbieder...bestaat uit verschillende instrumenten die bij PmH worden afgenomen. BelRAI mag er niet gewoon naast komen, te veel werk. Moet ergens een vervanging zijn van iets

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

7. Diversiteit zorgaanbieders en diensten

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- In de thuisbegeleiding is het aantal professionals rond de persoon beperkt: is dit voldoende om BelRAI in te vullen?
- Vertrekken de verschillende hulpverleners die BelRAI invullen vanuit dezelfde visie op ondersteuning? Risico dat ze elkaar niet begrijpen ondanks gemeenschappelijke taal

Vertegenwoordigers van gebruikers

- RTH of NRTH of beiden? Vergunde en niet vergunde zorgaanbieders? Wie en waar in de sector BelRAI afnemen?
 - Heeft iemand die enkel RTH krijgt baat bij een volledige BelRAI?
 - Overstap RTH naar NRHT of naar andere sector: hier is informatie-uitwisseling belangrijk
 - Combinatie vergunde en niet vergunde zorgaanbieders komt vaak voor in een ondersteuningsplan van een PmH; als enkel focus op vergunde zorgaanbieders zou liggen, mis je de voordelen van samenwerking door BelRAI
 - Moet dan elke individuele zorgverlener betrokken worden in BelRAI-verhaal? Vb. Zelfstandige auticoach?
 - Wanneer alle soorten diensten betrokken worden: hoe baken je af, hoe behoud je overzicht op wie inzage krijgt?

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

8. Hoe BelRAI integreren in digitale systemen?

Zorgaanbieders en koepelorganisaties

- Digitaal cliëntendossier
 - Niet alle organisaties werken met hetzelfde systeem, niet alle partners zullen BelRAI kunnen integreren in hun systeem. Hoe kom je hieraan tegemoet?

DOP, DMW en MDT

- Niet altijd even makkelijk om BelRAI te integreren in bestaande ICT-systemen van organisaties

[Terug naar overzicht van de thema's](#)

Bijlage 4: Ruwe resultaten van de vragenlijst

Aan de personen die niet geselecteerd waren voor deelname aan de focusgroepen werd de mogelijkheid geboden input te geven via een online vragenlijst via het onlineprogramma Qualtrics. Er vulden 12 zorgaanbieders, één koepelorganisatie en twee consultatiebureaus de vragenlijst in, wat het totaal op 15 respondenten brengt.

De resultaten van de vragenlijst worden hieronder opgesomd in een tabel. De tabel geeft letterlijk de antwoorden van de respondenten gebundeld per vraag weer. Op de antwoorden van de vragenlijst werd geen analyse uitgevoerd.

Tabel 6 Resultaten online vragenlijst

1. Welke vragen riep de kennisclip over BelRAI bij u op in verband met een mogelijke implementatie van BelRAI in de zorg voor en ondersteuning van volwassenen met een handicap?
<ul style="list-style-type: none">• Hoe krijg je een volledig en objectief beeld van de mogelijkheden. De instrumenten die ik tot nu toe heb gezien, geven toch onvoldoende info voor onze doelgroep.• Gaat dit op termijn de procedure die nu loopt voor het aanvragen van PVF vervangen? Of komt dit er bovenop? Indien ja, heel belangrijk dat er een correcte financiering tegenover de psychische/psychiatrische ondersteuningsvragen staat• Bezorgdheid voor overshoot, sommige ondersteuningsvragen zijn duidelijk en eenvoudig, niet nodig om daar een hele batterij vragen op los te laten• Bezorgdheid rond het breed delen en toegankelijk zijn van de gegevens, mogelijk willen cliënten niet alles met iedereen delen• Zelfrapportage is vaak moeilijk voor cliënten, ook als ze geen (ernstige) mentale beperking hebben• Bij implementatie: wie neemt welke rol, wie neemt het initiatief, goede samenwerkingsafspraken belangrijk. (belangrijk: voldoende middelen voorzien).• Over het instrument zelf: zeer nieuwsgierig naar het element ""stemming en gedrag"" van de schaal. Wat wordt hier bevroegd? (Verschil kunnen/aankunnen? nood van nabijheid?) - idem voor het item functioneren. Verder lijkt het vooral te focussen op het in kaart brengen van wat een cliënt wenst.• Over de resulterende zorgschalen: hoe divers kan het profiel zijn voor een specifieke zorgschaal? Zijn er indicaties (uit het buitenland) waar er al een vertaling is naar de nodige ondersteuningsmiddelen (bv. x-aantal uren directe ondersteuning of iets dergelijks)?• Over een mogelijke implementatie: graag daar vooraf duidelijkheid waar het instrument voor zal dienen (nu wordt fase 5 als ""mogelijkheid"" vermeld - best dit vooraf uitklaren).• Er wordt steeds gepraat over ""begeleiders"" voor de informatieverschaffing - is het instrument voldoende toegankelijk (hanteerbaar) voor de doorsnee begeleider?• Hoe gaan de instrumenten er concreet uitzien?• Op welke manier gaat de financiering eraan gekoppeld worden?• Hoe tijdsintensief gaat de afname zijn?• Dat het een nuttig tool kan zijn om de communicatie tussen diensten te verbeteren, maar dat de implementatie hiervan een werk zal zijn van lange adem• Kan dit volgens de GDPR allemaal?• Mijn grootste bekommernis is of het "aankunnen" en de "draagkracht" van een cliënt ook wordt meegenomen binnen dit instrument. Nu is het zo dat wij werken met de Supports

Intensity Scale (SIS) om de zelfredzaamheid van onze cliënten in te schalen. Naast de scoring is het hierbij belangrijk een uitgebreid, genuanceerd verslag op te maken omdat er nu te weinig in kaart kan worden gebracht dat ondersteuning nodig is, voornamelijk omwille van de draagkracht en niet omdat men bepaalde handelingen wel of niet kan uitvoeren.

- Tijdsinschatting?
- De Belrai lijkt een heel uitgebreid instrument, hopelijk is het invullen van de Belrai niet te tijdsroevend en hebben begeleiders hier ook echt iets aan.
- Hoe wordt de Belrai up to date gehouden? (evolutieve ziekte waar gebruikers snel achteruit gaan)
- Bij het introduceren van een gestandaardiseerde vragenlijst heb ik mijn bezorgdheden dat bepaalde doelgroepen (bv. volwassen met ASS) uit de boot zullen vallen en onvoldoende gescoord zullen worden.
- Bezorgdheid omtrent categorieën personen met een beperking die niet in het hokje "mentale beperking" of "fysieke beperking" zijn onder te brengen, maar zich juist kenmerken door het complexe samenspel van multi-stoornissen (vb. NAH). Voor deze zelfde groep de bezorgdheid rond de nadruk op "zelfrapportage" (vb. personen met NAH "kunnen" soms objectief nog veel, maar gezien de neuropsychologische stoornissen kunnen situaties niet altijd meer correct ingeschat worden - inclusief hun eigen situatie en functioneren).
- Hoe tijdsintensief is de afname/inschaling?
- Is het telkens dezelfde begeleider die de afname doet?
- In hoeverre is er aandacht voor sterktes van de persoon met een handicap?"
- Op welke manier zal Belrai de ondersteuningsnoden van personen met een handicap voldoende in kaart brengen.
- Wat zijn de gevolgen voor gebruikers? Wat zijn de gevolgen voor het netwerk en professionals die werken met personen met een handicap?
- Het lijkt me een sterk idee om de ondersteuningsnoden in kaart te brengen. Het instrument biedt de mogelijkheid om op één zelfde wijze deze noden in kaart te brengen. De uniforme werkwijze zorgt er eveneens voor dat iedereen weet waarover het gaat. Op termijn zal dit voor tijdswinst zorgen. Het lijkt me belangrijk om voldoende tijd te besteden aan de voorbereiding en implementatie.
- Zal BelRAI voldoende alle ondersteuningsnoden, specifiek voor pmh capteren?
- Is het de bedoeling dat BelRAI bij implementatie in de plaats komt van het ZZI?
- Hoe zal er omgegaan worden met privacy/gegevensdeling (ook om tot de input voor de inschaling te komen) over de verschillende sectoren heen?

2. Wat zouden positieve elementen/voordelen kunnen zijn van de implementatie van BelRAI in uw organisatie?

- Link met andere hulpverleners, het spreken van dezelfde taal tussen hulpverleners
- Het meten van zorgzwaarte/noden, iets gemakkelijker in kaart brengen
- Eenvoudigere overstap van andere voorzieningen, gemeenschappelijke taal
- Als de start van de hulpverlening nauw aansluit bij het moment van afname van de BelRai, heb je een breed en volledig beeld van de cliënt, waarbij ook de andere hulpverleners dezelfde info hebben.
- Gebaseerd op quality of live, sluit aan bij de visie van onze organisatie
- Oog voor voorkeuren en wensen van de cliënt
- Noden zijn duidelijk en zichtbaar, ook de wijzigingen tijdens de ondersteuning (op voorwaarde dat er dan ook onmiddellijk middelen tegenover staan)
- Eénzelfde begrippenkader in het bespreken van cliënten qua beeldvorming en het beschrijven van de ondersteuningsvraag.
- ""Objectieve"" schaal waarmee zwaarte van ondersteuning kan gemeten worden (in functie van interne toekenning van middelen).

- Een communicatie-brug maken naar de medische sector: maar mijn vraag blijft hier of een beschrijving van het functioneren hiervoor voldoende is? Ik zou denken dat het vooral de aanpak is die we zouden moeten kunnen delen en uit de korte video heb ik niet de indruk dat die er ook in zit.
- Dit hangt af van de juiste inhoud van de BelRAI en in welke mate de software een handig bruikbare tool gaat worden. Indien het een bruikbaar instrument wordt, kan het misschien ook gebruikt worden om zorg te kunnen inschatten tussen verschillende leefgroepen en info bieden bij het opstellen van het ondersteuningsplan.
- Indien inderdaad ook andere diensten hier gebruik van maken, kan het wel interessant zijn naar externe diensten zoals het Wit-gele kruis, de ziekenhuizen, etc
- Indien het instrument ook fijngevoelig genoeg gaat zijn om achteruitgang te meten en indien daar ook de financiering aan gekoppeld kan worden, zou dit wel een voordeel zijn
- Communicatievereenvoudiging m.b.t. overdracht tussen verschillende partners intern & extern
- Voordelen m.b.t. kwaliteit van zorg: feit dat bepaalde knelpunten in de zorg zullen gefilterd kunnen worden
- Een eenduidig instrument, gebruikt en gedragen door dezelfde sectorale voorzieningen waardoor doorstroom en informatieoverdracht zorgzamer, transparanter en sneller kan gebeuren
- Iedereen spreekt op deze manier ""dezelfde taal""
- Connectie met gans het zorglandschap via zelfde taal en bril.
- Duidelijke informatie, zicht krijgen op zorg- en ondersteuningsnoden, makkelijk bij intake/opname, makkelijk om info mee te geven naar het ziekenhuis, revalidatiecentra, vakantieoord
- Vergelijking tussen groepen m.b.t. zorgzwaarte (dit kan een voordeel zijn om personeelsmiddelen te verdelen tussen groepen).
- Objectieve inschatting van de caps: hoe kunnen we er rekening mee houden?
- Informatie-doorstroom intersectoraal (vb. veel cliënten die uit revalidatie komen of tijdelijke opnames kennen in psychiatrische settings; complex samenspel van verschillende sectoren die rond 1 cliënt staan, vb. thuiszorg, therapeuten, verpleegkundigen, huisartsen,...)
- Mogelijke bruikbaarheid in functie van de eigen handelingsplanning, hetgeen ook weer het stroomlijnen en doorstromen van informatie gemakkelijker kan maken.
- Continuïteit van zorg en informatie
- Hoe beter je zicht krijgt over jouw cliënt, hoe beter een organisatie op maat van een persoon kan werken. Vaak werken professionals en organisaties naast mekaar in plaats van samen. Belrai kan een nuttig instrument zijn voor professionals om relevante info over een persoon te verkrijgen.
- Een voordeel is dat we met zijn allen dezelfde taal spreken en dat nieuwe cliënten informatie meebrengen die in elke organisatie op dezelfde manier bekomen werd.
- De overgangen zullen volgens mij veel vlotter verlopen.
- Voordelen zijn zeker de uniformiteit & mogelijkheid tot '1 taal' spreken over verschillende organisaties en sectoren heen
- Vlotte, efficiënte manier om veel informatie over een persoon te krijgen, die kan helpen in het streven naar kwaliteitsvolle diagnostiek

3. Wat zouden nadelen kunnen zijn van de implementatie van BelRAI in uw organisatie?

- Niet fijngevoelig genoeg, weinig info rond de verborgen beperkingen.
- Veel werk om in te vullen
- Niet compatibel met ons eigen ECRS
- Verhoging van administratieve last voor cliënt en organisatie
- Goede en actuele beeldvorming is een meerwaarde als de middelen om die ondersteuning te realiseren er ook zijn.

- Of ruime beeldvorming die door veel diensten gedeeld wordt, kan bedreigend zijn voor cliënten (welke weging krijgt welke info, hoe zet je alles in juist perspectief) vb. een cliënt die één keer in zijn leven zwaar agressief was, blijft steeds meegenomen in de infodeling)
- Risico dat invullen van vragenlijsten de illusie van objectiviteit geeft, terwijl de meerwaarde van intersubjectiviteit, dat zich ontwikkelt in het samen zoeken met cliënt en andere hulpverleners, verloren gaat
- Het zal een tijdsintensief traject zijn (als je dit goed wil doen). Begeleiders gaan hier enkel in willen investeren als het ook als meerwaarde kan worden ervaren.
- Het kan ervaren worden als het zoveelste inschalingsinstrument: na de (negatieve) ervaring met de PVF-inschalingen kan men geneigd zijn om dit niet meer eerlijk in te vullen of vooral in te vullen met het oog op het verkrijgen van meer middelen.
- Als de BELRAI onvoldoende de ondersteuningsnood en de erbij horende ondersteuningsaanpak in kaart brengt zullen er nog altijd extra systemen blijven gebruikt worden.
- Zeer tijdsintensief. Ik heb nog meegewerkt aan de ontwikkeling en implementatie van de SIS en deze moeten afnemen bij alle cliënten. Als ik dit hoor, gaat dit nog tijdsintensiever zijn. De werkdruk is sinds toen zeer sterk gestegen, dus heb geen idee hoe we dit zouden moeten uitvoeren binnen onze huidige job.
- De intensiviteit m.b.t. implementatie
- Dat er al met verschillende systemen gewerkt wordt en dat deze er nog eens bovenop komt
- Het niet voldoende genuanceerd beeld schetsen van de draagkracht van de cliënt waardoor belangrijke informatie verloren gaat inzake ondersteuning op maat / afstemmen op de noden en behoeften van de cliënt
- Het gaat niet enkel over ""kan iemand zichzelf aankleden"" maar over: wat heeft een cliënt nodig om zichzelf te kunnen aankleden"
- Weer een nieuwe methodiek.
- Tijdsintensief, extra werk voor begeleiders, hoe up to date houden, PVB gekoppeld aan Belrai? Misschien te veel informatie zodat het niet meer overzichtelijk wordt, zullen alle facetten hierin opgenomen worden, bv cognitieve problemen, beperkt of geen ziekte-inzicht van de gebruiker
- Onvoldoende scoring van de volwassenen met ASS en normale begaafdheid. Komen hun noden voldoende aan bod in Belrai? Dat is echt mijn grootste bezorgdheid hierbij.
- Onvoldoende vatten van de complexiteit van NAH. Cliënten die er "goed uitzien", "veel kunnen", zijn vaak de zwaarste begeleidingen ten gevolge gebrekkig ziekte-inzicht en gedragsmatige problemen.
- Stem van de cliënt en het netwerk niet voldoende aan bod?
- Focus op moeilijkheden/problemen: vertrekken vanuit sterktes
- Het kabinet heeft tijdens de uiteenzetting op de Vlaamse Raad VSB van 28/4 Belrai duidelijk gekoppeld aan de introductie van een nieuw zorgbudget VSB. De resultaten van het onderzoek worden niet afgewacht. Men wil duidelijk financiering koppelen aan deze inschaling, waardoor er heel wat andere belangen meespelen.
- Het vraagt wellicht de nodige tijd om de eigen bestaande systemen aan te passen in het BELRAI-systeem. Deze aanpassing heeft tijd nodig. Het zal heel belangrijk zijn dat de organisaties betrokken worden opdat de implementatie en hantering van dit nieuwe instrument vlot verloopt.
- Welke info zal need to know & welke nice to know zijn
- Actief gebruik van BelRAI vraagt actieve training & opvolging, terwijl de toepassing in principe niet tot onze kernopdracht behoort"

4. Hoe zou de implementatie van BelRAI in uw organisatie er kunnen uitzien, indien uw organisatie of de Vlaamse overheid daarvoor zou kiezen?

a. Wat stelt u zich daarbij concreet voor?

- We hebben tot nu toe eigen instrumenten om zorgnood in kaart te brengen. Er zal veel vorming nodig zijn om een andere taal te gebruiken om nood in kaart te brengen. Verschillende mensen moeten opgeleid worden.
- Er moet een duidelijk traject uitgetekend worden om iedereen mee te krijgen.
- Afname bij nieuwe bewoners, inschalen van noden, hulp om begeleidingsplan in te vullen
- We verwachten op zijn minst voldoende opleiding en middelen.
- Kennismaking met het instrument voor cliënten, hun netwerk en begeleiders met duiding van het doel.
- Een opleiding van begeleiders, netwerken en cliënten in het gebruiken van de vragenlijsten.
- Denk dat wij als grote voorziening wel willen meewerken bij het pilootproject.
- Het zou iets zijn die vooral door de ortho-agogische dienst zou moeten gedragen worden. De vraag is in hoeverre dit voor ons bestaan cliënteel die hoofdzakelijk in onze voorziening woont van toepassing zal zijn.
- Het kan wel een handig iets zijn bij opnames nieuwe cliënten
- Eventueel een tool bij het opmaken van ondersteuningsplan, Handelingsplan, bewonersbespreking, overdrachtsvergadering"
- Een gestandaardiseerd screeningsinstrument; liever digitaal dan op papier
- ?
- De Belrai zou een instrument kunnen zijn om informatie te verzamelen bij een intake of opname. We zouden het ook kunnen gebruiken om concrete informatie te delen met anderen (zoals ziekenhuizen, revalidatiecentra, eerstelijnszorg ...)
- Voldoende opleiding, ervaren begeleiders, personeelsmiddelen om dit door te voeren
- Cf. de verschillende stappen die besproken worden in de video.
- Hopelijk niet te beperkend qua budgettering en mensen in hokjes onderbrengen.
- Waar we nu soms informatie krijgen uit verslagen/dossiers, kan dit een bundeling aan informatie verstrekken als het gaat over verschillende levensdomeinen en functioneren van de persoon met een handicap
- De leden van onze koepel zijn vooral bezig met de organisatie van ondersteuning en zijn niet actief op het gebied van inschaling. Organisaties willen graag zicht krijgen op de ondersteuningsnood van huidige en toekomstige cliënten, dus zijn data belangrijk.
- Bij de introductie van dergelijk systeem moet duidelijk zijn:
 1. Wat de doelstelling is en
 2. Hoe zorgprofessionals hiermee aan de slag kunnen
 3. Wat de meerwaarde is voor gebruikers en zorgprofessionals.
- Intervisie en supervisie zullen heel belangrijk zijn.
- Daarnaast zullen maatschappelijk werkers en ortho-agogen opleidingen dienen te volgen om het instrument te gebruiken 'zoals het bedoeld is'. Op hun beurt zullen deze mensen de (persoonlijke) begeleiders dienen te betrekken. Ook de cliënten zelf en hun netwerk zullen betrokken worden. Het lijkt me een belangrijk onderdeel van het cliëntendossier én het kwaliteitshandboek te worden.
- Binnen onze MDT-werking VAPH zou BelRAI in de plaats van het ZZI kunnen komen. Vraag is natuurlijk of er toekomstgericht nog een MDT-werking, specifiek VAPH-gericht zal zijn.
- In het kader van diagnostiek ontwikkelingsstoornissen zie ik meer een rol als informatiebron weggelegd, eerder dan actief gebruik.

b. Welke functie zou BelRAI hebben?

- Zorgzwaarte bepalen, inschatten waar de persoon ondersteund moet worden, waar hij zelf nog zaken in handen wil houden.
- Verder in kaart brengen van ondersteuningsnoden
- Beeldvorming (inter)sectoraal breed gedeeld kan multidisciplinaire ondersteuning verbeteren. Belangrijk om als organisatie ook eigen tools te kunnen inzetten, op maat van eigen organisatie.

- Op individueel niveau zou de vervanging kunnen zijn van het onderdeel ""beeldvorming"" en beschrijving ondersteuningsvraag in onze huidige dossiers.
- Op organisatieniveau: ""objectieve"" factor om personeelstoewijzing aan teams te faciliteren.
- Info gebruiken bij het opstellen van het ondersteuningsplan
- Eventueel onderling vergelijken van de zorgzwaarte van leefgroepen
- Functie valt te bekijken met de ortho-agogische dienst
- Inschalen van ondersteuningsbehoeften over alle levensdomeinen heen
- ?
- Zicht krijgen op zorgvragen en ondersteuningsnoden, eventueel onderdeel uitmaken van het begeleidingsplan.
- Ik vermoed dat deze gelinkt zou worden aan de PVF (persoonsvolgende financiering) bij personen met een handicap.
- Doorstroom van informatie bij opstart en intake.
- Stroomlijnen van informatie doorheen de ondersteuning van de cliënt: uitwisselen van info met andere hulpverleners intern en extern - gebruik binnen de handelingsplanning.
- Informatie geven over bepaalde levensdomeinen, bijkomend aan wat cliënt en netwerk vertelt.
- Uitwisselingsinstrument voor professionals over sectoren heen.
- Met zijn allen over één instrument beschikken waardoor het voor elke betrokkene duidelijk is hoe de individuele ondersteuning/zorg bepaald wordt, wetende dat dit gebeurt met één instrument dat optimaal differentieert (objectief en eerlijk).
- Inschalingsinstrument functioneren

Bijlage 5: Tabel Kerndomeinen QOL van Schalock (2005) en BelRAI

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de kerndomeinen van Schalock met de indicatoren en welke secties of items hieraan voldoen. Het zou ons nu te ver leiden dit voor alle bestaande BelRAI instrumenten te doen. Daarom beperken we ons tot de volgende assessments en vragenlijsten: BelRAI QOL (C)MH, QOL LTCF, interRAI QOL HC, BelRAI REVA, BelRAI sociaal supplement, BelRAI HC, BelRAI LTCF en interRAI ID.

Tabel 7 Kerndomeinen QOL en BelRAI/interRAI (vrije vertaling uit het Engels; Schalock et al., 2005)

Kerndomein	Indicatoren	BelRAI/interRAI
Emotioneel welzijn	Tevredenheid, voldoening, stemming	<p>interRAI ID</p> <p>sectie sterke punten, sociale omgang en mantelzorg, item sterke punten; sectie stemming</p> <p>BelRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie persoonlijke kijk op het leven</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie comfort en omgeving, item D4 blijer dan meeste mensen</p> <p>BelRAI REVA</p> <p>sectie stemming</p> <p>BelRAI sociaal supplement</p> <p>sectie gevoelens van eenzaamheid en isolement; sectie sterke punten; sectie zelfgemelde stemming</p> <p>BelRAI HC</p> <p>sectie stemming en gedrag</p> <p>BelRAI LTCF</p> <p>sectie stemming en gedrag; items sterke punten</p>
	Zelfbeeld (identiteit, zelfwaarde, zelfvertrouwen)	<p>interRAI ID</p> <p>sectie sterktes</p> <p>BelRAI REVA</p> <p>sectie psychologisch welzijn, item rollen + elaboratie rollen</p>

	<p>Gebrek aan stress (voorspelbaarheid en controle)</p>	<p>interRAI ID</p> <p>sectie sterke punten, sociale omgang en mantelzorg, items nare ervaringen</p> <p>BeIRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie autonomie en zelfbeschikking, item stressfactoren</p> <p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>sectie veiligheid</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie veiligheid</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie psychologisch welzijn, item omgaan met stress en psychologische uitdagingen</p> <p>BeIRAI sociaal supplement</p> <p>item stressvolle levensgebeurtenis</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>item stresserende gebeurtenis</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>item stresserende gebeurtenis</p>
<p>Interpersoonlijke relaties</p>	<p>Interacties (sociale netwerken, contacten)</p>	<p>interRAI ID</p> <p>sectie sterke punten, sociale omgang en mantelzorg, items sociale omgang, conflicterende omgang, steun aan anderen</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>item sociale interactie; sectie psychosociaal welzijn, item sociale omgang, item verandering sociale activiteiten; sectie ADL item advanced ADL- basale tussenmenselijke interacties</p> <p>BeIRAI sociaal supplement</p> <p>item conflicten met familie en vrienden; item conflicten met zorgverleners;</p>

		<p>sectie sterke punten; sectie sociale omgang</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>sectie psychosociaal welzijn + items eenzaamheid; sectie mantelzorg en steun</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>sectie psychosociaal welzijn</p>
	Relaties	<p>BeIRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie vrienden en familie; sectie relatie met personeel; sectie diversen, item partner</p> <p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>sectie gerespecteerd door personeel; sectie relatie personeel; sectie persoonlijke relaties; sectie diverse item K1 partner</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie gerespecteerd door personeel; sectie persoonlijke relaties; sectie diversen, item partner</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie psychologisch welzijn, item mate van eenzaamheid, item rollen; sectie seksualiteit; sectie gezin, mantelzorg en steun</p> <p>BeIRAI sociaal supplement</p> <p>sectie sterke punten; sectie eenzaamheid; sectie informele zorg en ondersteuning bieden, sectie zorg en ondersteuning ontvangen</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>sectie psychosociaal welzijn + items eenzaamheid; sectie mantelzorg en steun; sectie psychosociaal welzijn o.a. betrokkenheid; items sterke punten</p>
	Ondersteuning (emotioneel, fysiek, financieel)	interRAI ID

		<p>sectie sterke punten, sociale omgang en mantelzorg; item mantelzorgers</p> <p>BelRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie empowerment en ondersteuning</p> <p>BelRAI QOL LTCF</p> <p>sectie reactievermogen personeel</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie reactievermogen personeel</p> <p>BelRAI sociaal supplement</p> <p>sectie informele zorg en ondersteuning ontvangen</p> <p>BelRAI HC</p> <p>sectie mantelzorg en steun</p> <p>BelRAI LTCF</p> <p>items sterke punten</p>
<p>Materieel welzijn</p>	<p>Financiële status</p>	<p>interRAI ID</p> <p>sectie onafhankelijkheid bij alledaagse activiteiten, item financieel beheer</p> <p>BelRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie discriminatie en levensomstandigheden, item vrees eindjes niet aan elkaar knopen</p> <p>InterRAI QOL HC</p> <p>sectie autonomie en persoonlijke keuzes, item E2 keuze uitgaves</p> <p>BelRAI REVA</p> <p>item financiële problemen; sectie psychologisch welzijn, item stressvolle levensgebeurtenis financiën</p> <p>BelRAI Sociaal supplement</p> <p>sectie financiële kwetsbaarheid</p> <p>BelRAI HC</p> <p>item financiële problemen</p> <p>BelRAI LTCF</p>

		item bewindvoerder
	Tewerkstelling	<p>interRAI ID</p> <p>sectie gemeenschap en sociale betrokkenheid, items werkstatus, arbeidsinvulling; sectie ADL, item werk</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie ADL, item werk FCE, item werk uitvoering en mogelijkheden; sectie beoordeling omgeving, item arbeids-, studie- of vrijwilligersomgeving; sectie niet betaalde arbeid en betaalde arbeid; item betaalde arbeid bij ontslag zorg</p>
	Huisvesting (type verblijf, eigendom)	<p>interRAI ID</p> <p>item gebruikelijk woonverblijf; sectie beoordeling woonomgeving</p> <p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>sectie veiligheid; sectie comfort</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie veiligheid; sectie autonomie en persoonlijke keuzes, item E5 keuze waar wonen</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>item gebruikelijk woonverblijf; sectie beoordeling van de omgeving</p> <p>BeIRAI Sociaal Supplement</p> <p>item woonstatuut; sectie woonomgeving; item woning aangepast aan zorgnood</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>item verblijfplaats, items woonsituatie; sectie beoordeling van de woonomgeving</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>item verblijfplaats, items woonsituatie</p>

Persoonlijke ontwikkeling	Opleiding (status, verwezenlijkingen)	BeIRAI REVA sectie opleiding
	Persoonlijke competentie (cognitief, sociaal, praktisch)	<p>interRAI ID</p> <p>sectie sterke punten, sociale omgang en mantelzorg, item sterke punten; sectie communicatie en gezichtsvermogen; sectie cognitie; sectie ondersteuning en dienstverlening, items focus van de ondersteuning</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie cognitie, sectie communicatie, visie en gehoor; sectie psychologisch welzijn item rollen; sectie ADL, item digitale vaardigheden</p> <p>BeIRAI Sociaal supplement</p> <p>sectie gebruik hulpmiddelen; sectie taalvaardigheid; item digitale vaardigheden, sectie zorg en ondersteuning bieden</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>sectie cognitie; sectie communicatie en gezichtsvermogen</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>sectie cognitie; sectie communicatie en gezichtsvermogen</p>
	Prestatie (succes, verwezenlijkingen, productiviteit)	<p>interRAI ID</p> <p>sectie ondersteuning en dienstverlening, items focus van de ondersteuning</p> <p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>sectie activiteiten, item nieuwe interesses ontdekken</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie niet betaalde en betaalde arbeid; elaboratie productiviteitsomgeving</p>

<p>Fysiek welzijn</p>	<p>Gezondheid (functioneren, symptomen, fitheid, voeding)</p>	<p>interRAI ID</p> <p>sectie levensstijl; sectie gezondheidstoestand; sectie toestand van de mond en voeding; sectie geneesmiddelen; sectie diagnostische informatie</p> <p>BeIRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie diversen, item fysieke gezondheid</p> <p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>sectie voeding en maaltijden; sectie diversen, item gezondheid</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie voeding en maaltijden; sectie diversen, item gezondheid</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie ADL, item advanced ADL – zorg dragen eigen gezondheid; sectie ziektebeelden, sectie gezondheidstoestand; sectie toestand mond en voeding; sectie sensibiliteit en sensoriek; sectie geneesmiddelen; elaboratie pijn; elaboratie neurologische en/of motorische handicap</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>item laatste ziekenhuisverblijf; sectie opname en voorgeschiedenis; sectie cognitie; sectie stemming en gedrag; item potentieel lichamelijke verbetering; sectie continentie; sectie ziektebeelden; sectie gezondheidstoestand; sectie toestand mond en voeding; sectie toestand van de huid; sectie geneesmiddelen</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>item laatste ziekenhuisverblijf; sectie opname en voorgeschiedenis; sectie cognitie; sectie stemming en gedrag; sectie continentie; sectie</p>
------------------------------	--	---

		<p>ziektebeelden; sectie gezondheidstoestand; sectie toestand van mond en voeding; sectie toestand van de huid; sectie geneesmiddelen</p>
	ADL	<p>interRAI ID sectie onafhankelijkheid bij alledaagse activiteiten</p> <p>BeIRAI REVA sectie algemeen dagelijks functioneren</p> <p>BeIRAI sociaal supplement sectie gebruik hulpmiddelen</p> <p>BeIRAI HC sectie ADL; sectie IADL</p> <p>BeIRAI LTCF sectie ADL</p>
	Gezondheidszorg	<p>interRAI ID sectie ondersteuning en dienstverlening</p> <p>BeIRAI QOL (C)MH sectie toegang tot diensten; sectie diversen, item beroep gedaan op diensten</p> <p>BeIRAI QOL LTCF Sectie reactievermogen personeel; sectie diversen, item beroep gedaan op diensten</p> <p>interRAI QOL HC sectie reactievermogen personeel; sectie diversen, item beroep gedaan op diensten</p> <p>BeIRAI REVA item ziekte-inzicht, item assistentiedier</p> <p>BeIRAI HC sectie geneesmiddelen; sectie behandelingen en procedures</p> <p>BeIRAI LTCF</p>

		sectie geneesmiddelen; sectie behandelingen en procedures
Zelfbeschikking	Vrijtijdsbesteding	<p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>sectie autonomie, item keuze tijdsinvulling; sectie activiteiten</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie activiteiten en integratie gemeenschap, items H2 belangrijke activiteiten, H3 deelname religieuze activiteiten</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie ADL, item advanced ADL – recreatie en vrije tijd; sectie dagbesteding anders dan arbeid</p> <p>BeIRAI sociaal supplement</p> <p>item deelname sociale activiteiten die persoon interesseren</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>items activiteitsvoorkeuren</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>sectie ontspanningsactiviteiten</p>
	Autonomie, onafhankelijkheid	<p>BeIRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie autonomie en zelfbeschikking</p> <p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>sectie autonomie</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie autonomie en persoonlijke keuzes</p>
	Doelen en persoonlijke waarden (wensen en verwachtingen)	<p>interRAI ID</p> <p>sectie persoonlijke gegevens</p> <p>BeIRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie autonomie en zelfbeschikking, item levensdoelen en item wat belangrijk vinden</p> <p>BeIRAI REVA</p>

		<p>doelen volgens de persoon; item zelfgemelde spiritualiteit of religie; sectie psychologisch welzijn, item doelen in de toekomst; doelen bij ontslag</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>sectie persoonlijke gegevens</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>sectie persoonlijke gegevens</p>
Sociale inclusie	Keuzes (mogelijkheden, opties, voorkeuren)	<p>interRAI ID</p> <p>sectie gemeenschap en sociale betrokkenheid, bv. item deelgenomen activiteiten naar eigen keuze en item verlangen naar verandering; sectie cognitie, item beslissingsbekwaamheid</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie autonomie en persoonlijke keuzes; sectie activiteiten en integratie gemeenschap</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie cognitie</p> <p>BeIRAI sociaal supplement</p> <p>sectie gewenste verandering; item voorkeuren alleen zijn</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>sectie cognitie; items activiteitsvoorkeuren</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>sectie cognitie; items activiteitsvoorkeuren en betrokkenheid</p>
	Integratie en deelname aan gemeenschap	<p>interRAI ID</p> <p>sectie gemeenschap en sociale betrokkenheid; sectie sterke punten, sociale omgang en mantelzorg, item steun aan anderen</p> <p>BeIRAI QOL (C)MH</p>

		<p>Sectie Gemeenschap; sectie discriminatie en levensomstandigheden</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie activiteiten en integratie gemeenschap</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie psychologisch welzijn, item gevoel betrokkenheid; gezin, mantelzorg en steun, item zelf mantelzorger; sectie dagbesteding anders dan arbeid, item betrokkenheid gemeenschap</p> <p>BeIRAI sociaal supplement</p> <p>sectie taalvaardigheid; sectie gevoelens van eenzaamheid en isolement; item gevoel deel uitmaken gemeenschap, module informele zorg en ondersteuning</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>item verminderde sociale omgang; sectie psychosociaal welzijn, item sociale activiteiten</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>item verminderde sociale omgang; sectie psychosociaal welzijn; items activiteitsvoorkeuren en betrokkenheid</p>
	Gemeenschapsfuncties (bv. vrijwilliger)	<p>interRAI ID</p> <p>sectie gemeenschap en sociale betrokkenheid, item betrokkenheid gestructureerde activiteiten</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie niet betaalde en betaalde arbeid item vrijwilligerswerk</p>
Rechten	Sociale ondersteuning	<p>interRAI ID</p> <p>sectie sterke punten, sociale omgang en mantelzorg, item sterke punten</p> <p>BeIRAI QOL (C)MH</p>

		<p>Sectie relatie met personeel, item personeel helpt mij verantwoordelijkheid te nemen</p> <p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>Sectie gerespecteerd door personeel</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie comfort en omgeving; sectie gerespecteerd door personeel</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie gezin, mantelzorg en steun, item vertrouwenspersoon, items mantelzorgers</p> <p>BeIRAI sociaal supplement</p> <p>sectie sterke punten; sectie sociale omgang; module informele zorg en ondersteuning</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>sectie mantelzorg en steun</p>
	Mensenrechten	<p>BeIRAI QOL (C)MH</p> <p>sectie privacy</p> <p>BeIRAI QOL LTCF</p> <p>sectie privacy</p> <p>interRAI QOL HC</p> <p>sectie privacy</p>
	Wettelijke, legale rechten	<p>interRAI ID</p> <p>sectie persoonlijke gegevens, item verantwoordelijkheid</p> <p>BeIRAI REVA</p> <p>sectie bekwaamheid</p> <p>BeIRAI HC</p> <p>item wettelijk vertegenwoordiger</p> <p>BeIRAI LTCF</p> <p>sectie verantwoordelijkheid en beschikkingen</p>

