

Bijlage voor lesgever

1. Instrumenten en Secties

- **Slide 4**

Licht paars = secties die identiek zijn
Donker paars = secties die grotendeels identiek zijn (een paar vragen meer of minder)
Secties A-C: administratieve gegevens
Secties D-S: beoordelingsgegevens
- **Slide 5**

Grootste verschil AC met LTCF/AC is het aantal beoordelingsmomenten. Voor LTCF/HC moet bij elke nieuwe beoordeling een nieuwe beoordeling worden opgestart (1 beoordelingsmoment). De AC kent 4 beoordelingsmomenten per opgestarte beoordeling.
- **Slide 6**

HOE GEGEVENS VERZAMELEN?

In het algemeen kan je de nodige informatie verzamelen door te observeren. Toch is het soms nodig om ook andere bronnen te raadplegen of om je geobserveerde info te verifiëren.

 - Zorgdossier: Het instrument hanteert verschillende tijdsframes, vb 3 dagen (standaard), 24 uur (ADL), 90 dagen (valincidenten), 5 jaar (opname van cliënt)
Voor sommige items is het dus nodig om het zorgdossier te raadplegen.
 - Observaties van de cliënt: het RAI instrument is zo opgebouwd dat communicatie met de cliënt niet / zo min mogelijk nodig is. De invuller hoeft meestal geen vragen te stellen aan de cliënt.
[De eerste observaties van een nieuwe bewoner/cliënt zullen het meest tijdrovend zijn. Waarschijnlijk zal je na een tijd in de dagdagelijkse verzorging met “een ander oog” de cliënt observeren, zodat het invullen van het RAI op het moment dat het nodig is (na 90 dagen) vlotter zal gaan. Je leert observeren en je bouwt met je collega’s een zelfde taal op.]
 - Gesprekken: je kan het formulier aanvullen met info uit gesprekken
[haal de toestemming en de privacy van de cliënt aan]
- **Slide 9**
 - Opnamebeoordeling = eerste opname, eerste invulling
 - Herbeoordeling = om de 3 maanden de cliënt opnieuw beoordelen

- Terugkeerbeoordeling = vb. mijnheer Jos zit in de thuiszorg en wordt opgenomen in het ziekenhuis. Na zijn ziekenhuisopname keert hij terug naar huis. Dan wordt een terugkeerbeoordeling ingevuld door de HC.
 - Beoordeling voor het volgen van de cliënt = als cliënt **tijdelijk** naar een andere setting gaat (vanuit het voorbeeld hierboven zou eerst vanuit de HC een beoordeling voor het volgen van de cliënt ingevuld worden alvorens mijnheer Jos naar het ziekenhuis gaat)
 - Beoordeling wegens significante toestandsverandering = als toestand van cliënt ernstig wijzigt. Zelf met team inschatten en meer uitleg op de Wiki.
 - Ontslagbeoordeling = als persoon **definitief** naar andere setting gaat (betreft laatste 3 dagen) of bij overlijden.
- **Slide 10**
 - Let op: beoordelingsreferentiedatum is NIET gelijk aan de uiterste invuldatum [dit is de datum waarop de vragenlijst van 'open' naar 'wacht gaat (zie presentatie 'beoordeling en beoordelingsverantwoordelijke')]
- **Slide 14**
 - Het vastleggen van de zelfzorg van de bewoner gedurende de laatste 3 dagen bij activiteiten v.h. dagelijks leven. D.w.z. wat de bewoner **daadwerkelijk voor zichzelf deed** (niet de capaciteit of hulp die men zou moeten ontvangen) en/of hoeveel **mondlinge of lichamelijke hulp** door leden van het zorgteam moest worden gegeven, met het totale beeld over 24 uur per dag.
 - **Richtlijnen voor het beoordelen van Zelfdoen bij ADL**
Proces: om in staat te zijn het hoogste niveau van functioneren bij bewoner te bevorderen, moet het zorgteam eerst vaststellen wat de bewoner echt zelf doet; bijhouden wanneer de hulp wordt ontvangen; en het type hulp dat wordt gegeven verduidelijken (verbale aanwijzingen, lichamelijke ondersteuning,...)
- **Slide 15**
 - Elk van de codes van zelf doen bij ADL is uniek – er is geen overlapping mogelijk → overschakelen van de ene naar de andere categorie is meer of minder zorgbehoevend.
 - Code 0 – 2: geen hulp nodig
Code 3 – 6: toenemende graad van externe hulp
 - Voor voorbeelden zie document 'Voorbeelden ADL enIADL'
- **Slide 17**
 - Wat als de activiteit de afgelopen drie dagen NIET steeds op hetzelfde niveau is gebleven?
 - Als de activiteit zich één of meerdere keren op niveau 6 = totale afhankelijkheid is geweest, DAN score 5
(Waarom: omdat de activiteit niet altijd in totale afhankelijkheid is gebeurd. Er is nog hoop. De cliënt heeft nog capaciteiten. Daarom scoor je iets lager)

- Indien anders kijk je naar de 3 meest afhankelijke situaties waarin de activiteiten zijn uitgevoerd.
 - *Is het meest afhankelijke niveau 1, dan scoor je 1.
 - *Is het niveau hoger, dan scoor je het laagste niveau
- **Slide 21**
 - Soms doen cliënten een activiteit niet;
 - Gebrek aan vaardigheden of ervaring → met training zou dit moeten lukken
 - belang onderscheid → activiteiten niet doen wegens gebrek aan lichamelijk vermogen of het niet doen vanwege redenen die niet met gezondheidsproblemen samenhangen.

2. Verduidelijking RAI AC items

- **Slide 3**
 - De situatie bij patiënten die acuut opgenomen zijn, is dynamisch. Een evaluatie is statisch. InterRAI tracht hieraan tegemoet te komen door 4 observatiemomenten; Het blijven foto's; momentopnamen, maar kan evolutie in kaart brengen.
- **Slide 4**
 - In dit voorbeeld valt het begin van het probleem dat aanleiding gaf tot deze ziekenhuisopname 5 dagen voor de feitelijke dag van de opname. Dus de premorbide observatieperiode = de 3 dagen die aan het begin van de aanleiding/ziekte voorafgingen
 - Een opmerkelijk en belangrijk onderdeel van de interRAI Acute Zorg is de registratie van de toestand van de cliënt vóór de huidige acute ziekte-episode. De meeste cliënten die in een acute zorgsetting opgenomen zijn, hebben een acute aandoening van recente oorsprong. Bij veel cliënten gaat die aandoening met functionele achteruitgang gepaard – in sommige gevallen gaat het om nieuwe en mogelijks permanente invaliditeit (bv. ten gevolge van een beroerte), in andere gevallen gaat het om tijdelijke en eventueel vermijdbare functionele achteruitgang (bv. zwakte te wijten aan inactiviteit). Het is belangrijk om het 'baseline' functioneringsvermogen van de cliënt te documenteren, wat in de interRAI-beoordeling voor Acute Zorg gelijk is aan de drie dagen voorafgaand aan het begin van de acute ziekte. DAT ZIJN NIET NOODZAKELIJK DE DRIE LAATSTE DAGEN VOOR DE OPNAME. Ga met de cliënt of zijn/haar familieleden altijd na wanneer de acute ziekte precies begonnen is en voer de beoordeling uit op basis van de toestand en het functioneringsvermogen van de cliënt gedurende de drie dagen ervoor. Gewoonlijk is dat binnen de week vóór de

opname, maar nogal dikwijls is het vroeger. Om die reden is het 'baseline' functioneringsvermogen niet gelijk aan het functioneringsvermogen op het ogenblik van de opname.

- Ten eerste wijst een verandering in de toestand van de cliënt op een mogelijke nieuwe diagnose die voordien misschien over het hoofd gezien werd. Veranderingen in het cognitieve functioneren kunnen op het begin van een delier duiden, een verminderde beweeglijkheid op een kleine beroerte.
 - Ten tweede geeft de premorbide toestand aan tot in hoeverre er na de acute ziekte op herstel gerekend mag worden. Mits een goede verzorging zou zelfs een zwakke, bejaarde cliënt met de ziekte van Parkinson, die vóór het krijgen van een longontsteking hulp bij het wandelen nodig had, tijdens zijn/haar herstelperiode opnieuw zijn/haar premorbide niveau moeten bereiken.
 - Ten derde zijn cliënten die ten gevolge van een acute aandoening (bv. beroerte of heupbreuk) een substantiële achteruitgang in ADL's en verwante functies ervaren en die bij de beoordeling een normaal of een zo goed als normaal cognitief functioneringsvermogen hadden, meestal goede kandidaten voor revalidatie.
- Het uitvoeren van premorbide beoordelingen vereist extra omzichtigheid. Als u ervan overtuigd bent dat de cliënt gedurende de periode van opname op een bepaald gebied geen problemen heeft, is het vaak terecht om aan te nemen dat dat tijdens de premorbide periode ook zo was. Als de cliënt bij opname bijvoorbeeld over normale communicatievaardigheden beschikt, zal dat tijdens de premorbide periode wellicht ook wel het geval geweest zijn. Toch kan het ook anders zijn. Wees omzichtig. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een cliënt in het ziekenhuis dankzij de hulp van het personeel urinecontinent is, terwijl hij/zij thuis, zonder assistentie, vaak last van incontinentieproblemen heeft.
- Ga extra omzichtig te werk met cliënten waarvan u vermoedt dat ze misschien cognitieve beschadiging opgelopen hebben. Als de cliënt waarmee u een gesprek voert een goede cognitieve functie heeft, dan zal hij/zij u met het oog op de beoordeling doorgaans betrouwbare informatie geven. Toch geven sommige ouderen met een 'normale' cognitieve functie soms een verkeerd beeld van hun functioneringsniveau. Een man kan bijvoorbeeld aangeven dat hij zelf zijn boodschappen doet en financiën regelt, terwijl tijdens een gesprek met de dochter aan het licht komt dat zij die taken tijdens de voorbije twee jaar op zich genomen heeft. Indien de cliënt cognitief beperkt is, moet de premorbide beoordeling uitgevoerd worden met een familielid of een naaste vriend waarvan u zeker bent accurate informatie te verkrijgen. Het is een goede gewoonte om die zaken stelselmatig met een familielid te bespreken, zelfs wanneer de cliënt betrouwbaar lijkt.
- De premorbide beoordelingsperiode is de drie dagen vóór het begin van de acute aandoening die tot de ziekenhuisopname geleid heeft. In de meeste gevallen zal dat binnen de week vóór de opname zijn. Veel ziekten ontwikkelen

zich echter over enkele dagen of weken en in dergelijke gevallen zal de premorbide periode daar nog vóór liggen. Wees voorzichtig bij het afbakenen van die periode en breng de premorbide beoordeling ermee in verband. Als er geen aanwijsbare acute ziekte aanwezig is, verwijs dan naar de drie dagen onmiddellijk vóór de opname.

- **Slide 5**
 - De observatieperiode bij opname = de 1^{ste} 24u na opname
- **Slide 6**
 - De 2 beoordelingen worden gewoonlijk, gelijktijdig uitgevoerd
Aangezien verschillende items een observatieperiode van 24u vereisen, kan de beoordeling niet volledig afgerond worden vóór de 2^{de} dag van opname
- **Slide 8**
 - Indien de patiënt onmiddellijk of kort na opname geopereerd wordt:
 - De “beoordeling bij opname” moet 72u na de operatie uitgevoerd worden
 - De “premorbid beoordeling” mag op hetzelfde moment verworven worden; het kan echter geen kwaad om die informatie vroeger in te winnen, aangezien ze niet door de heelkundige ingreep beïnvloed wordt
- **Slide 9**
 - 10 oktober operatie
11-12 bekomen van de operatie
13 observatie
- **Slide 10**
 - Definitie: het eindpunt van de observatieperiode
beoordelingsreferentiedatum = het eindpunt van de observatie, de scores van de items verwijzen naar de situatie van de patiënt in de periode vóór deze datum, dus de datum aan het einde van de 24u observatie na opname.
Als er een heelkundige ingreep werd uitgevoerd tijdens de eerste 48u bij opname, dan wordt de evaluatie 72 na de chirurgie uitgevoerd, de referentiedatum is dan de dag na beëindigen van de 24u observatie
- **Slide 12**
 - Stel de vraag rechtsreeks aan de patiënt
Alleen de info van de patiënt zelf scoren, geen eigen mening of mening van familie, vrienden, scoren!
Als de patiënt niet kan/wil antwoorden, niet te lang bij stilstaan: code 8
- **Slide 13**
 - Soms doen cliënten een activiteit niet;
 - Gebrek aan vaardigheden of ervaring → met training zou dit moeten lukken

- belang onderscheid → activiteiten niet doen wegens gebrek aan lichamelijk vermogen of het niet doen vanwege redenen die niet met gezondheidsproblemen samenhangen.

3. Output

- **Slide 2**
 - De CAP's en de zorgschalen dragen rechtstreeks bij tot het opstellen van een geïndividualiseerd zorgplan (microniveau). De RUG's, statistieken en kwaliteitsindicatoren zijn eerder van belang voor management, onderzoek, overheid, etc. (meso -, macroniveau)
- **Slide 5**
 - Een goed voorbeeld van de capaciteitsbenadering is de flowchart voor het berekenen van de score op de ADL (zie presentatie 'instrumenten en secties' > slide 17)
 - Een belangrijk voordeel van dit instrument is dat ze op duidelijke wijze de evolutie van de cliënt in kaart brengt. Dit gebeurt door op welbepaalde tijdstippen de scores op de zorgschalen of het aantal getriggerde CAP's te vergelijken doorheen de tijd. Ook de statistieken bieden verschillende vergelijkingsmogelijkheden.
 - Protocollen zijn synoniem voor richtlijnen of aanbevelingen. Ze bevatten een concreet stappenplan en zijn veel gedetailleerder uitgewerkt dan zorgdoelen.
- **Slide 8**
 - In de drie settings zijn niet noodzakelijk dezelfde CAP's van toepassing:
 - CAP 'Bevordering van de lichaamsbeweging'; niet van toepassing in de AC omdat het om een acuut probleem gaat dat op korte termijn moet opgelost worden om de overgang naar een andere setting (HC of LTCF) terug mogelijk te maken.
 - CAP 'thuisomgeving'; enkel van toepassing in de HC vermits de RVT's zo zijn gebouwd dat er met omgevingsaspecten reeds is rekening gehouden.
 - CAP 'mantelzorg'; enkel in de HC omdat een belangrijk deel van de zorg voor de cliënt die thuis woont verleend wordt door mantelzorgers. In de AC/LTCF wordt dit (grotendeels) door professionelen geregeld.
- **Slide 15**
 - Dit scherm wordt zichtbaar door te klikken op 'beoordelingen' > onder 'acties' vind je dan de knop 'resultaten'
 - LET OP!

- De resultaten zijn toegankelijk voor iedereen die aan de beoordeling heeft meegewerkt of in dezelfde groep zit wanneer de beoordeling zich in de toestand 'gesloten' bevindt OF
 - enkel door de beoordelingsverantwoordelijke wanneer de beoordeling zich in de toestand 'wacht' bevindt.
- **Slide 16**
 - De testsite bestaat uit pop-ups. Als je hier op klikt verkrijg je bijkomende informatie. De Pop-up brengt je direct naar de overeenstemmende pagina op de WIKI site.
- **Slide 18**
 - Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een oudere verkiest in een huis te leven waar de rolluiken permanent zijn afgelaten en het dus heel donker is. Het is duidelijk dat dit een verhoogd risico op valincidenten inhoudt. Dit risico valt echter buiten het bereik van de RAI. Dit wijst op het belang van OBSERVATIE.
- **Slide 28**
 - De zorgverleners hebben uiteraard het recht **al dan niet** de aanbevelingen van de CAP te volgen. Zij kunnen steeds ZELF beslissingen nemen na een klinisch oordeel of bij andere observaties dan die de BelRAI weergeeft. Om het zorgplan op te stellen (beslissingen/acties m.b.t. zorg en preventie) moet men niet vertrekken vanuit het BelRAI proces. BelRAI is een **HULP**instrument bij het opstellen van een zorgplan en niet een instrument dat het oordeel van het zorgteam vervangt.
- **Slide 39**
 - Soms doen cliënten een activiteit niet;
 - Gebrek aan vaardigheden of ervaring → met training zou dit moeten lukken
 - belang onderscheid Performance – Capacity → activiteiten niet doen wegens gebrek aan lichamelijk vermogen of het niet doen vanwege redenen die niet met gezondheidsproblemen samenhangen.
- **Slide 44**
 - Het gezondheidsprofiel kan bijvoorbeeld nuttig zijn als een persoon op de afdeling spoed toekomt en men op basis van dit profiel een eerste, bondige inschatting kan maken van zijn situatie.
- **Slide 53**
 - De schalen/CAP's die men kan combineren liggen vast.
- **Slide 63**
 - Dit is een goed voorbeeld van het nut van RUG's. Zo wordt het zichtbaar dat er in de thuiszorg een aantal zwaar hulpbehoevende cliënten zijn, die misschien

beter in een rusthuis zouden verblijven. En omgekeerd is het duidelijk dat in het rusthuis cliënten zijn die licht hulpbehoevend zijn en misschien in staat zijn thuis te blijven.

4. Beveiliging en rollen

- **Slide 3**
 - Een informed consent formulier moet maar een keer ondertekend worden door de cliënt. Als er dus een informed consent formulier aanwezig is bv. bij de cliëntbeheerder in het rusthuis, en de cliënt wordt opgenomen in het ziekenhuis, dan moet er in het ziekenhuis niet opnieuw een informed consent formulier worden ondertekend.

- **Slide 5**

Meer info hierover vind je op <http://wiki.belrai.org/nl/Wiki.jsp?page=HCsectie01> of <http://wiki.belrai.org/nl/Wiki.jsp?page=LTCFsectieP1>

- **Slide 8**
 - Dit wil zeggen dat noch de onderzoeksequipe, noch de overheid eenzijdig toegang hebben tot de gegevens. Zowel BelRAI als e-health hebben een deel van de sleutel om toegang te krijgen tot het systeem.

- **Slide 9**
 - Men kan dit overzicht raadplegen door op de homepage te klikken op de functie waarmee je bent ingelogd op het systeem (naast je naam onderaan de pagina). Een overzicht van alle rollen vindt u terug in de matrices van de Privacycommissie.

- **Slide 11**
 - CMS (content management system) heeft te maken met de bevoegdheid veranderingen aan te brengen in de structuur van de webapplicatie.

- **Slide 12**
 - Deze optie is ingebouwd in het systeem in stap 6 (toegangsrechten) bij het aanmaken van een nieuwe beoordeling en kan geraadpleegd worden door in de homepage te klikken op de functie waarmee je bent ingelogd (naast je naam onderaan de pagina). Het zorgt voor bijkomende flexibiliteit bij het bepalen wie bij een beoordeling betrokken kan worden. Het komt er op neer dat de persoon die een beoordeling opstart voor een aantal rollen (beroepen) kan bepalen of hij deze toegang geeft tot de beoordeling. Standaardtoegang is de toegang per functie zoals deze standaard in het systeem zit rekening houdend met de beveiligingsvoorwaarden. Voor iemand die geen standaardtoegang heeft tot een bepaald vraagtype kan men in sommige gevallen dit overschrijven, zodat voor dat bepaald vraagtype in die specifieke beoordeling deze wel toegang krijgt.

- **Slide 19**

- *“kan de toegang van zorgverleners OF lidmaatschap groep aanpassen of opheffen”*

Eenzijds moet de cliëntbeheerder een zorgverlener toewijzen aan een bepaalde groep, waardoor de zorgverlener toegang krijgt tot de cliënten van deze groep, en dus voor hen een beoordeling kan opstarten, of participeren aan een beoordeling.

Anderzijds kan een cliëntbeheerder een zorgverlener ook toewijzen aan een beoordeling adhv **“individuele toegang”**. Dit kan men doen bij het aanmaken van een nieuwe cliënt (stap 4). Op deze manier kan een zorgverlener toegang krijgen tot een beoordeling zonder lid te zijn van een groep. Zo kan een zelfstandige kinesist bvb. toegewezen worden aan 1 bepaalde cliënt in een rusthuis zonder dat hij daarvoor toegang hoeft te hebben tot de gegevens van de cliënten die in dezelfde groep zitten als de cliënt in kwestie.

- *“een cliënt heeft idealiter 1 cliëntbeheerder, maar kan er (tijdelijk) meerdere hebben”*

Indien men bvb. op voorhand weet dat de cliënt slecht tijdelijk van het rusthuis naar het ziekenhuis gaat voor een routineonderzoek kan men tijdelijk twee cliëntbeheerders hebben, één uit de LTCF, en een ander uit de AC.

- **Slide 21**

- De beoordelingsverantwoordelijke is de bewaker van de kwaliteit van de gegevens. Daar hij de persoon is die de beoordeling kan invullen, is het zijn taak tegenstrijdigheden op te sporen en op te lossen. Zijn beoordeling is ook de definitieve beoordeling.

- **Belangrijk !!!**

Cliëntbeheerder is niet gelijk aan beoordelingsverantwoordelijke.

Een beoordelingsverantwoordelijke vervult zijn functie enkel in het kader van een specifieke beoordeling. Hiervoor is hij de eindverantwoordelijke.

Een cliëntbeheerder heeft in deze hoedanigheid niets te maken met het invullen/opstarten van een beoordeling. Hij is wel verantwoordelijk voor de structuur waarbinnen deze beoordeling wordt ingevuld, omdat hij bepaald wie toegang heeft tot een cliënt (individuele toegang/toevoegen aan groep). De cliëntbeheerder kan echter ook meewerken aan een beoordeling (omdat hij per definitie een erkend zorgverlener is), maar dit staat los van de functie die hij als cliëntbeheerder vervult.

Cliëntbeheerder is een hoedanigheid in functie van de bescherming van de privacy.

Beoordelingsverantwoordelijke is een hoedanigheid in functie van de kwaliteit van de beoordelingsgegevens

- **Slide 27**

- Merk op dat de twee subgroepen zich niet op hiërarchische wijze verhouden tot de hoofdgroep. Dit wil zeggen dat de cliënten die in de subgroepen zitten niet

per definitie in de hoofdgroep zitten, en dus de zorgverleners uit de hoofdgroep geen toegang hebben tot de cliëntgegevens van de subgroepen. Elke groep staat op zichzelf. De enige reden om te werken met hoofdgroepen en subgroepen is om de structuur van de organisatie mee in kaart te brengen (bv. heel het ziekenhuis -> afdeling -> gang)