

BelRAI-project: BelRAI en Thuiszorg

Noot vooraf: Deze leidraad werd geschreven voor thuiszorgorganisaties die deelnemen aan het BelRAI-project van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Sommige delen zijn zeker ook nuttig voor bijvoorbeeld Protocol 3-projecten, maar de inclusiecriteria zijn **niet** van toepassing op Protocol 3-projecten.

I. Probleem

Het hoofddoel van BelRAI is het creëren van kwalitatieve zorg en het streven naar een zo hoog mogelijk kwaliteit van leven voor de ouderen. Om een BelRAI-beoordeling tot een goed einde te brengen, is multidisciplinair samenwerken een belangrijk vereiste. Een BelRAI-beoordeling komt maar tot zijn recht mits inbreng en toetsing van de verschillende disciplines. Werken met de BelRAI kan hierdoor als gevolg hebben dat verschillende disciplines beter gaan samenwerken. Toch is het optimaliseren van het multidisciplinair samenwerken op zich geen hoofddoel van BelRAI.

Om kwalitatieve zorg en kwaliteit van leven voor de ouderen te realiseren of optimaliseren, heeft iedere thuiszorgorganisatie een belangrijke bijdrage in het BelRAI-project. Toch is het voor heel wat thuiszorgorganisaties onduidelijk hoe ze hun steentje kunnen bijdragen aan BelRAI.

Een groot probleem dat ondervonden wordt, is de multidisciplinaire aanpak die BelRAI vereist. Er bestaat zeker samenwerking in de thuiszorg. Er wordt echter niet continu als 'team' samengewerkt, doordat de verschillende thuiszorgorganisaties elkaar niet dagelijks zien op de werkvloer. Middelen en tijd ontbreken om rond elke cliënt samen te werken. Of en hoe intens er multidisciplinair wordt samengewerkt, wordt momenteel vooral bepaald door de zorgbehoefte en de draagkracht van de cliënten en hun mantelzorger(s).

De thuisorganisaties die deelnemen aan het BelRAI-project 2010-2011 zijn:

1. Wit-Gele Kruis
2. Christelijke Mutualiteit
3. OCMW
4. Solidariteit voor het Gezin
5. Familiezorg
6. Familiehulp
7. Bond Moyson

Algemeen wordt aangehaald dat in het BelRAI-project zelfstandige zorgverleners, zoals de zelfstandige thuisverpleging en de kinesitherapeuten, een vergeten groep zijn.

De samenwerking van de huisartsen is momenteel miniem, wat als een belangrijk struikelblok wordt gezien om de BelRAI goed en volledig in te vullen. Zo worden voornamelijk de secties ziektebeelden (sectie I), behandelingen en procedures (sectie N) en geneesmiddelen (sectie M) niet of onvolledig ingevuld als de huisarts niet meewerkt. Het gevolg hiervan is dat er bepaalde Clinical Assessment Protocols (CAPs) niet worden berekend, waardoor een belangrijke meerwaarde van BelRAI verloren gaat.

II. Doel

Met dit document willen we een leidraad bieden aan de thuiszorgorganisaties om:

1. De samenwerking tussen de verschillende thuiszorgorganisaties in het kader van het BelRAI-project beter op elkaar af te stemmen;
2. Hun eigen rol in het BelRAI-verhaal waardevol te maken;
3. Mogelijke samenwerkingsniveaus met de huisarts in beeld brengen.

Het oplossen van de problematiek rond de zelfstandige zorgverleners behoort niet tot het doel van dit document.

III. Situering

Frequentie in zorg

De zorgverleners uit de thuiszorgorganisaties kunnen in 2 grote groepen verdeeld worden: de zorgverleners die **frequent** in het huis van de cliënt aanwezig zijn; en de zorgverleners die **periodisch** in het huis van de cliënt komen.

a) Zorgverleners die **frequent** in het huis van de cliënt aanwezig zijn.

Hier gaat het voornamelijk over thuisverpleegkundigen, -zorgkundigen en verzorgenden van de gezinszorg. Zij kunnen kortstondige of langere bezoeken brengen. De zorgverleners die frequent in het huis van de cliënt aanwezig zijn, zullen de BelRAI voornamelijk invullen a.d.h.v. hun **observaties**. De BelRAI-items kunnen de observaties bijsturen.

b) Zorgverleners die **periodisch** in het huis van de cliënt komen.

Met periodisch wordt bedoeld dat de zorgverlener wekelijks, veertiendaags, maandelijks, ... in het huis van de cliënt komt. De frequentie kan wijzigen doorheen de tijd en in functie van de noden van de cliënt en/of omgeving.

Zorgverleners die periodisch in het huis van de cliënt komen, zijn o.a. de huisarts, verpleegkundige die 2-wekelijks een inenting toedienen, zorgkundige die wekelijks helpen bij de hygiënische verzorging, maatschappelijk werkers, enz. De drie belangrijkste redenen, waarom een maatschappelijk werker in het huis van de cliënt komt, zijn: als begeleider van de cliënt en/of mantelzorg met als doel de opvolging van de thuiszorg, als zorgbemiddelaar van de cliënt of in functie van een éénmalige opdracht als indicatiesteller. De sociaal verpleegkundigen binnen een dienstencentrum, die de detectiefunctie opneemt, kan ook in deze groep ingedeeld worden.

De zorgverleners die periodisch in het huis van de cliënt komen, kennen de cliënten via observaties doorheen de tijd. Bijkomend voeren maatschappelijk werkers en sociaal verpleegkundigen van het dienstencentrum gerichte **interviews** om hun gegevens te verzamelen.

Teamvergaderingen

Binnen de thuiszorg zijn er heel wat teamvergaderingen op allerlei niveaus. Overleg tussen verschillende organisaties vindt vooral plaats op het moment dat er nood aan is. Een overleg kan ook telefonisch plaatsvinden.

De volgende soorten teamvergaderingen kunnen onderscheiden worden:

- Binnen 1 organisatie (Vb. zorgverleners van het WGK die onder elkaar vergaderen, Diensten voor Gezinszorg en aanvullende thuiszorg die de zorg wekelijks afstemmen en aanpassen, ...);
- Tussen verpleegkundigen en huisarts;
- Systematisch overleg tussen de verschillende organisaties rond gemeenschappelijke cliënten;

- Multidisciplinair Team / Overleg(MDT/MDO): over en met een cliënt met een complexe situatie of probleemsituatie. Hier wordt ook een zorgenplan opgemaakt en een zorgbemiddelaar aangeduid.
- ...

IV. Leidraad taakverdeling binnen BelRAI

Rekening houdend met de verschillen in 'zorgfrequentie' en de verschillende soorten van 'teamvergadering', kunnen de cliënten via verschillende poorten in de BelRAI geïncorporeerd worden. Afhankelijk van de 'ingangspoort', kunnen de taken van de zorgverleners, binnen de BelRAI, verschillend zijn. Belangrijke taken binnen de BelRAI zijn:

1. Het aanbrengen van potentiële cliënten.
2. Een nieuwe cliënt toevoegen in de BelRAI-webapplicatie voor de eigen organisatie.
3. De secties invullen.
4. De resultaten bespreken.
5. Een transfer binnen BelRAI regelen.

1. Het aanbrengen van potentiële cliënten

Elke zorgverlener kan, vanuit zijn eigen organisatie en daaraan verbonden opdrachten, een nieuwe cliënt aanbrengen voor BelRAI.

De inclusiecriteria voor het BelRAI-project zijn:

- Cliënt geeft vrijwillig toestemming a.d.h.v. het Informed consent **EN**
- Cliënt is 65 jaar of ouder **EN**
- De cliënt heeft een totaalscore ≥ 9 op EDMONTON Schaal voor meten van Kwetsbaarheid
 - Indien de cliënt niet kan antwoorden op de vragen van de EDMONTON Schaal voor meten van Kwetsbaarheid, dient deze ook opgenomen te worden in de BelRAI
 - Indien score < 9 , moet deze cliënt NIET opgenomen worden in BelRAI.
- **OF** de cliënt heeft een score > 35 heeft op de BELSchaal (zie bijlage)
- **Elke** BelRAI-client doorverwezen vanuit het ziekenhuis of kortverblijf, **ongeacht** Edmonton of Bel score, ook opnemen in BelRAI!

2. Een nieuwe BelRAI-client voor uw organisatie

Het is mogelijk dat u een potentiële cliënt hebt voor het BelRAI-project, vb. via het ziekenhuis, via de huisarts, via uw detectiefunctie, via een vraag van de cliënt en/of mantelzorger Elke zorgverlener, uit om het even welke organisatie, heeft dan als eerste taak, **na te gaan of de cliënt al in BelRAI zit**.

a) Cliënt zit nog **niet** in BelRAI

- Stel het 'Informed Consent' voor aan de cliënt. Als hij getekend heeft, kan de cliënt opgenomen worden in het BelRAI-project.
- Kijk na welke organisaties / zorgverleners er betrokken zijn bij de zorg van uw cliënt. Vb. kinesitherapeut – huisarts - gezinszorg – thuisverpleegkundige – maatschappelijk werker-ergotherapeut.
- Kijk na wie van de betrokken organisaties / zorgverleners deelneemt aan het BelRAI-project.

- Contacteer de betrokken zorgverleners en spreek af wie welke taken opneemt i.f.v. de BelRAI:
 - Wie is cliëntbeheerder (CB);
 - Wie is beoordelingsverantwoordelijke;
 - Wie vult welke secties in;
 - Datum van de start van de beoordeling (vb. afhankelijk van de verpleegkundige die gepland staat en/of de datum dat de maatschappelijk werker op bezoek gaat bij de cliënt).

*b) Cliënt zit **wel** in BelRAI, maar er is nog **geen CB** in de thuiszorg*

- Kijk na welke organisaties / zorgverleners er betrokken zijn bij de zorg van uw cliënt. Vb. kinesitherapeut – huisarts - gezinszorg – thuisverpleegkundige – maatschappelijk werker – ergotherapeut.
- Kijk na wie van de betrokken organisaties / zorgverleners deelneemt aan het BelRAI-project.
- Contacteer de betrokken zorgverleners en spreek af wie welke taken opneemt i.f.v. de BelRAI:
 - Wie is cliëntbeheerder;
 - Contacteer de eerste CB van de cliënt om aan te geven dat de thuiszorgorganisatie nu ook betrokken is bij de cliënt + geef aan wie CB is in de thuiszorg. Zo kan de eerste CB, een CB voor de thuiszorg aanmaken.
 - Wie is beoordelingsverantwoordelijke;
 - Wie vult welke secties in;
 - Datum van de start van de beoordeling (vb. afhankelijk van de verpleegkundige die gepland staat en/of de datum dat de maatschappelijk werker op bezoek gaat bij de cliënt).

*c) Cliënt zit **wel** in BelRAI en heeft al **een CB** in de thuiszorg*

- Contacteer de CB van de cliënt om aan te geven dat uw organisatie ook betrokken is bij de cliënt en vraag om toegang te krijgen tot de cliënt (via individuele toegang of indien nodig via toevoeging van de cliënt aan uw organisatie).
- Afhankelijk van de situatie kan een nieuwe beoordeling opgestart worden. Spreek af:
 - Wie is beoordelingsverantwoordelijke;
 - Wie vult welke secties in;
 - Datum van de start van de beoordeling (vb. afhankelijk van de verpleegkundige die gepland staat en/of de datum dat de maatschappelijke werker op bezoek gaat bij de cliënt).

3. Invullen secties

Bepaalde secties kunnen door alle zorgverleners ingevuld worden. Sommige secties worden beter ingevuld door zorgverleners die frequent in het huis van de cliënt aanwezig zijn. Het invullen van die secties heeft niet zozeer te maken met deskundigheid, maar eerder met de frequentie van het zien van de cliënt. Zo zijn verschillende vragen in de BelRAI **gericht op de laatste drie dagen**. Het grote voordeel van een zorgverlener die frequent aan huis komt, is juist dat hij de cliënt **gedurende drie dagen observeert** vooraleer hij de BelRAI invult. Een zorgverlener die periodisch aan huis komt, ziet

de cliënt niet gedurende drie dagen op een rij maar eerder tijdens een **momentopname**. Ook hun observaties zijn een belangrijke meerwaarde om die secties **ook** in te vullen.

Over- of onderschatting blijft een mogelijk probleem. De cliënt kan zich beter of slechter voordoen of de zorgverleners kunnen dezelfde situatie op een verschillende manier interpreteren. Het is aan de beoordelingsverantwoordelijke om bij verschillende interpretaties of tegenstrijdige antwoorden de zorgverleners te contacteren met als doel een definitief antwoord te noteren.

Hier een opsomming van de secties met daarnaast de zorgverleners die het meest aangewezen zijn om ze in te vullen, **rekening houden met de frequentie waarmee ze de cliënt zien**.

- a) Sectie A: persoonlijke gegevens: alle zorgverleners
- b) Sectie B: intake en voorgeschiedenis: alle zorgverleners
- c) Sectie C: cognitie: alle zorgverleners. Met hierbij de opmerking dat het wel mogelijk is dat tijdens een momentopname de situatie over- of onderschat kan worden. De cliënt kan bijvoorbeeld heel zenuwachtig zijn voor een interview.
- d) Sectie D: communicatie en gezichtvermogen: alle zorgverleners. Met hierbij de opmerking dat het wel mogelijk is dat tijdens een momentopname de situatie over- of onderschat kan worden. De cliënt kan bijvoorbeeld heel zenuwachtig zijn voor een interview.
- e) Sectie E: stemming en gedrag: alle zorgverleners. Vraag 1 en 2 van sectie E worden immers rechtstreeks aan de cliënt gesteld.
- f) Sectie F: psychosociaal welzijn: alle zorgverleners. Deze vragen worden rechtstreeks aan cliënt, omgeving en/of directe zorgverleners gesteld.
- g) Sectie G: algemeen dagelijks functioneren: voornamelijk de zorgverleners die frequent in het huis van de cliënt aanwezig zijn (3-dagen observatie). Het is zeker een meerwaarde als zorgverleners, die periodisch aan huis komen bij de cliënt, de sectie **ook** invullen.
- h) Sectie H: continëntie: zeker laten invullen door de zorgverlener die de hygiënische verzorging opneemt.
- i) Sectie I: ziektebeelden: in de beste omstandigheden zou deze sectie door de huisarts moeten ingevuld worden. Andere zorgverleners kunnen zeker een eerste aanzet doen, maar een mondeling of schriftelijk akkoord van de huisarts moet gevraagd worden.
- j) Sectie J: gezondheidstoestand: voornamelijk de zorgverleners die frequent in het huis komen van de cliënt. Het is zeker een meerwaarde als zorgverleners, die periodisch aan huis komen bij de cliënt, de sectie **ook** invullen.
- k) Sectie K: toestand van mond en voeding: alle zorgverleners.
- l) Sectie L: toestand van de huid: voornamelijk de zorgverleners die frequent in het huis komen van de cliënt. Het is zeker een meerwaarde als zorgverleners, die periodisch aan huis komen bij de cliënt, de sectie **ook** invullen.
- m) Sectie M: geneesmiddelen: De zorgverleners die de bevoegdheid hebben om met medicatie om te gaan. Ook hier is het wel belangrijk dat de huisarts een mondeling of schriftelijk akkoord geeft.
- n) Sectie N: behandelingen en procedures: alle zorgverleners. Maar de zorgverleners die de werkelijke zorgen geven, zouden zeker deze sectie moeten invullen.
- o) Sectie O: verantwoordelijkheid: alle zorgverleners
- p) Sectie P: mantelzorg en steun: alle zorgverleners

- q) Sectie Q: beoordeling van de omgeving: voornamelijk de zorgverleners die frequent in het huis komen van de cliënt. Het is zeker een meerwaarde als zorgverleners, die periodisch aan huis komen bij de cliënt, de sectie **ook** invullen.
- r) Sectie R: ontslag mogelijkheden en algemene toestand: voornamelijk de zorgverleners die frequent in het huis komen van de cliënt. Het is zeker een meerwaarde als zorgverleners die periodisch aan huis komen bij de cliënt de sectie **ook** invullen.

Bij het invullen van de secties op de BelRAI-webapplicatie is het niet altijd duidelijk in welke mate de huisarts moet betrokken worden. De huisarts moet in eerste instantie een akkoord geven om de sectie I (ziektebeelden), de sectie M (geneesmiddelen) en de sectie N (behandelingen en procedures) van de cliënt in te vullen op BelRAI. Na het akkoord is de samenwerking mogelijk op twee niveaus:

- De huisarts logt in op BelRAI en vult de secties zelf in.
- De zorgverlener vraagt de nodige informatie en de huisarts geeft mondeling en/of schriftelijk akkoord om de antwoorden in te vullen.

4. Resultaten bespreken

De resultaten die worden gegenereerd door BelRAI, kunnen worden besproken op een teamvergadering. Afhankelijk van de soort teamvergadering, geven bepaalde resultaten al dan niet een meerwaarde. Het is belangrijk dat op een teamvergadering de resultaten van een recente beoordeling besproken wordt. Daarom is het eveneens van belang om de planning van een (her)beoordeling en een teamvergadering op elkaar af te stemmen.

- Teamvergaderingen binnen 1 organisatie:
 - Tussen zorgverleners van een organisatie voor thuisverpleging: hier kunnen alle resultaten een belangrijke meerwaarde zijn. De CAP's geven duidelijk aan waar de belangrijke risico's zitten. De zorgacties, verbonden aan die risico's, zijn belangrijk om mee op te nemen in het zorgplan.
 - Tussen zorgverleners binnen een dienst voor gezinszorg: de zorgschalen zoals ADL-, IADL-, communicatie-, depressieschaal, enz. kunnen een belangrijke meerwaarde geven om een goed beeld over de cliënt te vormen. Deze zorgschalen kunnen helpen bij het bepalen van de zorgzwaarte.
 - Tussen zorgverleners van OCMW / mutualiteit: ook hier zullen voornamelijk de zorgschalen een meerwaarde geven. ADL- en IADLschaal, de MAPLESchaal, die de behoefte voor een opname in een instelling weergeeft, de CHESs schaal, die het risico op gezondheidachteruitgang weergeeft, enz.
 - ...
- Teamvergadering tussen verpleegkundigen en huisarts. Alle resultaten geven een belangrijke meerwaarde op deze teamvergaderingen. De CAP's geven duidelijk aan waar de belangrijke risico's zitten. De zorgacties, verbonden aan die risico's, zijn belangrijk om mee op te nemen in het zorgplan.
- Systematisch overleg tussen de verschillende organisaties rond gemeenschappelijke cliënten. Alle resultaten geven een meerwaarde. Als het specifiek gaat over de opvolging van de gemeenschappelijke cliënten, is het ook belangrijk om de statistieken te bekijken.
- Multidisciplinair Team / Overleg (MDT/MDO): In deze teamvergadering is het zeker belangrijk om naar alle resultaten te kijken. Op die wijze wordt de hele cliënt in beeld gebracht wat ook het

doel is van een MDT. Een BelRAI geeft zeer relevante basisinformatie voor de opmaak van een zorgenplan.

- ...

5. Een transfer binnen het BelRAI-project

Bij de transfer naar het ziekenhuis / kortverblijf / woonzorgcentrum, is het belangrijk om de 'transferverantwoordelijke' van het ziekenhuis / kort verblijf / woonzorgcentrum te contacteren met de vraag wie cliëntbeheerder wordt.

Bij de transfer vanuit het ziekenhuis / kortverblijf / woonzorgcentrum is het heel belangrijk dat **elke cliënt**, doorverwezen vanuit het ziekenhuis of kort verblijf, **ongeacht** Edmonton of Bel score, opgenomen wordt in de BelRAI. De 'transferverantwoordelijke' van de thuiszorg wordt gecontacteerd door het ziekenhuis om na te gaan wie cliëntbeheerder wordt.

Voor meer informatie over de transfer zie schema 'transfer' op de wiki-site (<http://wiki.belrai.org/>).