

Implementatie van BelRAI

Stap voor stap dichterbij een nieuw uniform inschalingsinstrument voor onze zorg

Koenraad Pauwelyn — Beleidscel gezondheid, welzijn en participatie

Samenvatting

Eind jaren 80, begin jaren 90 van de vorige eeuw, werd in de Verenigde Staten een nieuwe zorgzwaarteschaal ontwikkeld binnen de ouderenzorg, het Resident Assessment Instrument of kortweg RAI. Sinds de introductie ervan in de jaren '90, namen reeds heel wat andere landen wereldwijd deze zorgzwaarteschaal over. Een instrument dat de zorgnoden van zorgbehoevenden zo goed mogelijk in kaart brengt, wordt binnen het zorgbeleid vaak als essentieel beschouwd om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Ook in België werd de keuze gemaakt om met RAI, later omgedoopt tot BelRAI, te gaan werken. In dit artikel blikken we terug op de weg die we hebben afgelegd en de moeilijkheden die we daarbij ondervonden hebben. Vervolgens wordt ook vooruitgekeken op de ingebruikname van het instrument in verschillende sectoren en wat we hiervan mogen verwachten.

Sleutelwoorden: BelRAI, InterRAI, zorgkwaliteit, zorgplanning, ouderenzorg, thuiszorg, analyse

1. Inleiding

De naam BelRAI doet ondertussen bij iedereen die van ver of dichtbij bij de zorgsector betrokken is een belletje rinkelen. Maar ondanks het feit dat de naam al jaren over de tongen gaat en opduikt in beleidsteksten, lijkt het voor veel mensen vaak nog een abstract iets dat in volle ontwikkeling is en waar er nog veel vraagtekens rond bestaan. Vandaag zijn er in België meerdere inschalingsinstrumenten in gebruik, denk aan de KATZ-schaal, de medisch-sociale schaal en de BEL-profielschaal. BelRAI moet een einde maken aan deze versnippering en als zorgzwaarte inschalingsinstrument het standaardinstrument worden in België.

Maar BelRAI beoogt meer te zijn dan zomaar het zoveelste inschalingsinstrument. Het moet de kwaliteit van zorgplanning en van de zorg op zich gaan verhogen. Door het spreken van eenzelfde taal kan het de samenwerking tussen diverse actoren bevorderen en zo geïntegreerde zorg ondersteunen. Daarnaast kan het instrument op termijn ook ingezet worden voor de financiering van de betrokken sectoren. Of het die rol ook kan waarmaken en waar we vandaag staan in dat proces, daar gaan we hier dieper op in. Maar eerst staan we nog eens stil bij waar het allemaal begon en de weg die we intussen hebben afgelegd.

2. Oorsprong

2.1. Een éénduidig, uniform inschalingsinstrument

De naam BelRAI is de Belgische variant van de internationaal ontwikkelde InterRAI-suite, een verzameling van instrumenten om de zorgbehoefte van mensen op verschillende domeinen in te schalen. RAI staat voor *Resident Assessment Instrument* en werd in de Verenigde Staten ontwikkeld eind de jaren 80, begin jaren 90 van de vorige eeuw. Het maakte deel uit van één van de aanbevelingen van de Nationale Academie voor Wetenschappen binnen de Verenigde Staten die op vraag van het Congres onderzoek voerde naar het optimaliseren en verbeteren van de kwaliteit van zorg en leven binnen de woonzorgcentra. Het ontwikkelen van één, uniform inschalingsinstrument voor alle bewoners werd als essentieel beschouwd om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het instrument moest de basis vormen voor zorgplanning op maat van elke bewoner met als doel de dagdagelijkse fysieke capaciteiten en levens-

kwaliteit maximaal te optimaliseren (Murphy, Morris, Fries, & Zimmerman, 1995).

Het Congres volgde de aanbevelingen en een 'RAI-development'-team werd op poten gezet voor het uitwerken van het inschalingsinstrument. Volgende doelstellingen werden daarbij vooropgesteld (Hawes, et al., 1997):

- het instrument moet de persoon in zijn geheel beoordelen (mentaal + fysiek);
- het moet de basis vormen voor zorg- en revalidatieplanning;
- het moet de uitwisseling en samenwerking tussen verschillende actoren faciliteren en optimaliseren;
- het moet bruikbaar zijn voor het aanwezig personeel in woonzorgcentra;
- het moet betrouwbaar en consistent over gebruikers heen zijn.

Op deze manier moest de RAI-schaal zich gaan onderscheiden van bestaande inschalingsinstrumenten die zich op beperkte aspecten focusten en een einde maken aan de versnippering. Meer dan 80 bestaande schalen uit de geriatrische zorg werden onderzocht en vergeleken. Op basis van de sterktes en tekortkomingen van deze schalen werden de domeinen geselecteerd waar de nieuwe schaal op zou gaan focussen om aan de vooropgestelde doelstellingen te voldoen. Dit leidde tot de ontwikkeling van een *Minimum Data Set (MDS)*, een verzameling van alle noodzakelijke gegevens om tot een duidelijk beeld te komen van de functionele mogelijkheden van een bewoner. Aan de *MDS* werden vervolgens *Resident Assessment Protocols (RAP's)* gekoppeld, een meer diepgaande bevraging wanneer uit een onderdeel van de *MDS* blijkt dat er zich problemen voordoen bij een bewoner. Op basis van de vaststellingen van deze diepgaandere bevraging of *RAP's* worden dan de concrete zorgnaden geïdentificeerd en wordt een zorgplan opgesteld.

2.2. Eerste resultaten en evaluatie van RAI

De nieuwe regelgeving voor het gebruik van RAI als inschalingsinstrument werd in de Verenigde Staten van kracht in het voorjaar van 1991. Woonzorgcentra werden verplicht om bij opname van een nieuwe bewoner een inschaling met RAI uit te voeren voor het opmaken van een zorgplan. Nadien volgt er jaarlijks een herinschaling of bij elke gebeurtenis die een grondige impact heeft op de toestand van een bewoner. Na enkele jaren werd vanuit de *Health Care Financing Administration* een evaluatie gevraagd van

het nieuwe instrument. Verschillende onderzoeken stelden verbeteringen vast op meerdere niveaus ten opzichte van de periode voor ingebruikname van RAI (Hawes, et al., 1997):

- duidelijkere, correctere informatie in de medische dossiers van bewoners;
- duidelijkere zorgplanning die beter inspeelt op de individuele zorgbehoeften van bewoners;
- algemene verbetering in verschillende processen die de kwaliteit van zorg en leven van bewoners verbeteren zoals een betere betrokkenheid van de bewoner en de familie in de zorgplanning, hogere participatie in activiteiten, daling van het aantal verpleegkundige tussenkomsten;
- sterk verminderde daling in achteruitgang in functies van Algemene Dagelijks Levensverrichting (ADL);
- sterke daling in het aantal ziekenhuisopnames van bewoners zonder stijging van de sterftecijfers.

Deze resultaten werden later ook bevestigd in andere landen waar RAI geïntroduceerd werd. Zo werd in Nederland van 2006 tot 2007 een grootschalig onderzoek gevoerd naar de effecten van geïntegreerde zorg op basis van RAI ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Op 30 van de 32 vooropgestelde kwaliteitsindicatoren werd een hogere score vastgesteld, op 11 indicatoren een significant hogere score. De verbetering in zorgkwaliteit werd in grote mate toegewezen aan de opleiding en het gebruik van RAI door het zorgend personeel en de monitoring op basis van RAI (Boorsma, et al., 2011).

Studies met een objectieve, meetbare impact op een experimentele groep en controlegroep zijn in deze context vrij moeilijk te organiseren. De Nederlandse studie vond plaats in 10 woonzorgcentra en telde 340 deelnemers. Het gaat om een erg kwetsbare doelgroep die vaak beperkt is in cognitieve functies. Mede daardoor was de tijdsperiode van het onderzoek ook eerder beperkt, namelijk zes maanden. Het belang van goed ontwikkelde inschalingsinstrumenten voor kwaliteit van zorg wordt echter algemeen erkend en de positieve impact van RAI wordt door betrokken actoren steeds onderschreven.

2.3. Van RAI naar InterRAI

De ontwikkeling van RAI in de Verenigde Staten kwam al vrij snel onder de aandacht van zorgprofessionals en academici uit andere landen. Ook vanuit Europa was er interesse en al snel verenigden academici en zorgprofessionals zich in het internationaal samenwerkingsverband InterRAI. Tot de eerste Europese landen die toetraden tot InterRAI behoorden Zweden, Italië, Denemarken, Nederland, Frankrijk, Spanje, Duitsland, Noorwegen, Finland en Tsjechië (Hawes, et al., 1997). België zou pas later volgen (zie verder).

Naast de uitbreiding van het aantal deelnemende landen, volgde ook al snel de uitbreiding naar andere sectoren. Na de residentiële ouderenzorg volgden aangepaste instrumenten voor de thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg, enz. Vanaf 2005 volgde ook een geïntegreerde InterRAI-suite om gegevensdeling tussen de verschillende instrumenten en actoren te optimaliseren.

Vandaag staat de teller van aangesloten landen bij InterRAI reeds op 35. Het is een non-profit organisatie aangestuurd door een *Board of Directors* die internationaal is samengesteld en waar voor België Prof. Dr. Anja Declercq in zetelt. Verder zijn er netwerken en comités waarin de verschillende instrumenten van InterRAI en taken binnen de organisatie worden beheerd. Personen die nationaal werk verrichten rond de implementatie van InterRAI kunnen zich ook aansluiten als *Fellow*¹.

3. Implementatie in België

3.1. Vergelijkende studies inschalingsinstrumenten

3.1.1. Interface project

In de jaren '90 sloten reeds verschillende Europese landen zich aan bij InterRAI, België was daar toen nog niet bij. Begin jaren 2000 werd een studie opgestart door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid naar "De organisatie en financiering van een grensoverschrijdend zorgaanbod in de ouderenzorg", onder de titel "Het Interface-project". De studie had drie doelstellingen (Buntinx, et al., 2003):

¹ Voor meer informatie zie: <https://interrai.org/>.

- het selecteren van instrumenten om de zorgbehoefte van ouderen te meten en te registreren;
- nagaan in welke mate deze geselecteerde instrumenten de zorgbehoefte meten;
- testen in welke mate deze instrumenten haalbaar zijn in de dagelijkse praktijk in de thuiszorg, rusthuizen, dagverzorgingscentra en geriatrische diensten in algemene ziekenhuizen.

De studie werd uitgevoerd door de KU Leuven en de ULB en resulteerde in 2003 in een eindrapport. De algemene conclusies van dit rapport spraken zich niet uit in de één of de andere richting. Door enkele moeilijkheden tijdens de uitvoering van het onderzoek werden, vooral langs Vlaamse kant, te weinig personen betrokken om tot definitieve conclusies te komen.

Wanneer we kijken naar de bevindingen over de geselecteerde instrumenten, vinden we echter wel dezelfde positieve ervaringen met RAI terug zoals ze ook uit eerder internationaal onderzoek bleken (zie hoger). Sommige bevindingen zijn nagenoeg identiek als deze uit de eerste evaluaties in de Verenigde Staten. Er wordt gesproken van vele voordelen door het uitgebreide karakter van de beoordeelde aspecten, het opnemen van eerder niet-gedetecteerde problemen, het beter begrijpen van de patiënt, een betere organisatie van zorg, de interactie tussen verzorgenden, residenten en familie, enz. Eén van de belangrijkste negatieve aspecten was de ruimere tijdsinvestering om het instrument in te vullen. Dit werd echter gerelativeerd en vooral toegewezen aan de beperkte vertrouwdsheid met en kennis over RAI op dat ogenblik. Eens vertrouwd met het instrument weegt het nadeel van de extra tijdsinvestering niet op tegen de bijkomende informatie die verkregen wordt.

Gelijktijdig met deze positieve bevindingen, kreeg het Franse inschalingsinstrument PAS (Pathos, Aggir, Socios) gelijkaardige positieve feedback in deze studie. Dit instrument werd als ongeveer even compleet omschreven als RAI, gebaseerd op de bevindingen van de gebruikers. Dit heeft er onder meer toe geleid dat de keuze voor RAI in ons land toen nog niet werd gemaakt.

3.1.2. Qualidem I en II

De Interface-studie bouwde voor een deel verder op het Qualidem I onderzoek rond dementie en liep parallel met de vervolgstudie, Qualidem II. Op 11 september 1998 lanceerde het Rijksinstituut voor Ziekte en -Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een oproep tot onderzoek in het Belgisch Staatsblad voor een studie rond dementie. De Universiteit van Luik en de KU Leuven bundelden de krachten in de feitelijke vereniging Qualidem om in te tekenen op de aanbesteding en kregen de studie toegewezen (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylieff, Qualidem I Eindrapport, 2002). De grote lijnen van het onderzoek werden als volgt samengevat:

- inventarisatie van bestaande informatie, onder andere door middel van literatuuronderzoek;
- ontwikkeling van aanbevelingen voor kwalitatieve zorg;
- uittesten van de geselecteerde instrumenten en procedures in een veldonderzoek.

Het eindrapport telt twaalf hoofdstukken en honderden bladzijden. Eén hoofdstuk richt zich specifiek op zorgbehoefte en de bestaande inschalingsinstrumenten. De besluiten van het onderzoek zijn in hoofdzaak echter beschrijvend, zonder een expliciete keuze te maken tussen de instrumenten. De RAI-schaal wordt beschreven als instrument dat zowel in thuiszorg als residentieel een belangrijk aantal zorgproblemen kan identificeren en op die manier een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg.

Het vervolgonderzoek, Qualidem II, was plots een heel stuk duidelijker in haar bevindingen en omschrijft RAI als het meest geschikte en enige instrument dat een duidelijke meerwaarde biedt in kader van individuele zorgplanning, zodra meer gedetailleerde informatie nodig is (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylieff, Qualidem II: Eindrapport, 2005). De bevindingen in het rapport zijn dan ook algemeen heel positief en spreken over een beter begrip van de zorgvraag, de belangrijke meerwaarde voor de teamvergadering, het vermijden van blinde vlekken, het aanzetten van zorgverleners om dieper na te denken over de bewoner, etc. Het verschil in meerwaarde ten opzichte van het bestaande zorgzwaarte instrument, de KATZ-schaal, werd het duidelijkst in complexere situaties².

2 De KATZ-schaal is sinds de jaren '60 in vele landen de standaard voor het meten van basisfuncties van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en werd ontwikkeld door de Amerikaanse onderzoeker Sidney Katz. Katz werkte later ook mee aan de aanbevelingen voor de *Nursing Home Reform Act* van 1987 die mee de basis vormde voor het ontwikkelen van RAI.

Waar de Qualidem I en Interface rapporten dus nog eerder voorzichtig waren in het formuleren van aanbevelingen rond de keuze van een nieuw, diepgaander inschalings-instrument, werd er sinds 2005 in het Qualidem II rapport geen enkel voorbehoud meer gemaakt over de keuze voor RAI als toekomstig inschalingsinstrument.

3.2. Start BelRAI

3.2.1. Implementatieprojecten

Na het afronden van het studiewerk in 2005 werden door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid de eerste BelRAI-implementatieprojecten opgestart. In een eerste fase lag de focus van deze implementatieprojecten op het vertalen van de InterRAI-instrumenten naar de Belgische context en landstalen, het ontwikkelen van een webapplicatie om te kunnen testen in de praktijk en het vormgeven van de opleidingstrajecten (Declercq, et al., 2008).

De snelle vooruitgang die geboekt werd in de eerste implementatieprojecten rond de ontwikkeling van de webapplicatie en BelRAI-instrumenten, zette zich de jaren nadien niet om tot een ingebruikname van één van de instrumenten in de praktijk. Meerdere factoren speelden hierbij een rol, zoals het nog niet aanwezig zijn in alle voorzieningen van een computer met internetaansluiting of het gebrek aan concrete antwoorden op het kostenplaatje van BelRAI. Politiek werd namelijk de vraag gesteld welke meerkost het gebruik van BelRAI met zich meebrengt. Het antwoord hierop werd echter niet geformuleerd. Niet alleen wegens moeilijkheden tijdens de projecten, maar ook omdat het antwoord inhoudelijk niet eenduidig is. Uit de ervaringen in Canada en de Verenigde Staten was namelijk al gebleken dat het gebruik van (Bel)RAI niet enkel kosten, maar ook besparingen met zich meebrengt door het wegvallen van bepaalde taken als gevolg van de efficiënte zorgplanning.

Hierboven blijkt dus dat het doel van de implementatieprojecten dan ook tweeledig was. Enerzijds werden snel concrete stappen gezet richting de implementatie met de ontwikkeling van instrumenten en het vormgeven van opleidingen. Anderzijds was er ook een focus op budgettaire haalbaarheid en de meerwaarde in sectoren zoals de thuiszorg. De vragen hierrond bleven grotendeels onbeantwoord. Beleidsmatig creëerde dit een spreidstand, waardoor het politieke engagement om effectief met BelRAI aan de slag te gaan uitbleef.

3.2.2. Zesde staatshervorming

Het einde van de implementatieprojecten viel ongeveer samen met het begin van een nieuwe politieke realiteit in het Belgisch zorglandschap. In het najaar van 2011 werd na 540 dagen onderhandelen een akkoord gevonden over een zesde staatshervorming, het zogenaamde Vlinderakkoord. Dit had belangrijke implicaties voor het BelRAI-traject gezien de bevoegdheid voor meerdere betrokken sectoren die voorheen een federale bevoegdheid waren, overgeheveld werd naar de gemeenschappen zoals de financiering van de woonzorgcentra, langdurige revalidatie en geestelijke gezondheidszorg (Hannes, 2014).

Op die manier werd de federale coördinatie een stuk minder vanzelfsprekend en verschoof het gewicht rond de ontwikkeling van BelRAI voor een groot deel naar de gemeenschappen, zeker wat de beleidsmatige keuzes rond implementatie in de sectoren betreft. Die implementatie in de verschillende gemeenschappen zal dan ook al snel op een verschillend tempo gebeuren zoals verder wordt besproken.

3.2.3. Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener

Na de implementatieprojecten werd het tijd om op basis van de bevindingen het vervolgetraject in te zetten. Op beleidsmatig vlak werd op alle niveaus het belang van BelRAI bevestigd. In het actieplan e-gezondheid 2013-2018, goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC), was de invoering van BelRAI één van de twintig actiepunten (FOD Volksgezondheid, 2013). In de beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2013-2014 werd de keuze van de Vlaamse Regering opgenomen om BelRAI te gebruiken als uniek inschalingsinstrument voor alle actoren in de woonzorg en voor de toenmalige Vlaamse Zorgverzekering (Vandeurzen, 2013).

Eén van de belangrijkste bevindingen uit de implementatieprojecten was de vaststelling dat voor veel (licht) zorgbehoevenden een volledige inschaling uitvoeren met BelRAI vaak niet nodig en te tijdsintensief bleek. Vooral in de thuiszorg speelde deze balans een belangrijke factor. Voor de woonzorgcentra werd het belang van een volledige BelRAI niet in vraag gesteld en werd de balans als het meest in evenwicht beoordeeld. Er moest dus een evenwicht gevonden worden tussen de nodige tijdsinvestering om een volledige BelRAI af te nemen en de uiteindelijke meerwaarde hiervan voor cliënt, organisatie en overheid (Vermeulen, Van Eeno, Vanneste, & Declercq, 2015).

Op die manier werd de verdere implementatie van BelRAI afhankelijk gemaakt van de ontwikkeling van een Screener, een korter instrument waaruit kan blijken of er al dan niet nood is aan een volledige BelRAI-beoordeling. Daarnaast zou de Screener ook gaan dienen voor de rechtentoeakening in kader van de Vlaamse zorgbudgetten. In het eindrapport rond de ontwikkeling van de Screener werden reeds voorstellen geformuleerd rond afkappunten die dan het recht op de toenmalige zorgverzekering konden openen (Vermeulen, Van Eeno, Vanneste, & Declercq, 2015).

3.2.4. Interfederale afspraken

Zoals hoger vermeld schudde de zesde staatshervorming de kaarten voor de implementatie van BelRAI grondig door elkaar. De verhoudingen tussen het federale beleidsniveau en de deelstaten liggen een stuk anders, waardoor het zoeken was naar een nieuwe manier van samenwerken om de rollen van alle actoren te definiëren en opnieuw vast te leggen.

Die afspraken kwamen er in de vorm van een protocolakkoord BelRAI tussen de bevoegde ministers van alle regio's op 26 maart 2018 (Protocolakkoord BelRAI, 2018). Ook hierin wordt het belang van BelRAI voor de kwaliteit van zorg in ons land onderstreept en gaan alle regio's het engagement aan om het studiewerk naar de implementatie voor elk van hun bevoegdheidsdomeinen voort te zetten. Verder worden het behoud van de federale centrale database en de rol van de Belgische staat als contractuele partner in de relatie met InterRAI bevestigd.

Op het einde van het document worden de concrete initiatieven nog eens opgesomd die elke regio binnen zijn domeinen wenst te nemen in het kader van BelRAI. En hoewel door elke partij de intentie bevestigd wordt om BelRAI te introduceren binnen hun domeinen, blijkt uit de stand van zaken die hier en daar wordt gegeven toch al dat dit voor elke regio op een ander tempo zal gebeuren.

3.3. Waar staan we vandaag?

3.3.1. BelRAI Screener sinds 2021 in gebruik

De BelRAI Screener is het eerste RAI instrument dat in België actief in gebruik genomen werd. Het instrument wordt

sinds 1 juni 2021 in Vlaanderen als inschalingsinstrument gebruikt voor de rechtentoeakening binnen het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden (de vroegere zorgverzekering). Hoewel dit een belangrijke stap is in het implementatieproces en dus verwacht werd dat dit positief onthaald zou worden, draaide dit in de praktijk echter anders uit. De introductie van de BelRAI Screener zorgde al snel voor teurgestelde zorggebruikers omdat het aantal weigeringen en afscoringen een stuk hoger lag dan voorheen het geval was.

De onvrede op het terrein luidde dan ook de start in van maandenlange parlementaire discussies over het afkappunt voor de toekenning en de gevolgen voor de gebruikers die hun zorgbudget hierdoor verloren of geweigerd zagen³. Na enkele maanden van bijkomend onderzoek, hoorzittingen en verder beraad, werd het afkappunt in april 2022 uiteindelijk bijgesteld, waardoor meer mensen geholpen werden. Voor de personen die tussen juni 2021 en april 2022 onterecht werden afgescoord, werden compenserende maatregelen voorzien⁴.

De moeizame start van de Screener gaf voor veel mensen een negatieve bijklank aan het BelRAI-verhaal, terwijl de problematiek in wezen niets te zien heeft met de waarde van de BelRAI-instrumenten. Het bepalen van een afkappunt voor rechtentoeakening is een louter beleidsmatige keuze die niet voortvloeit uit de instrumenten zelf. Wanneer een oud inschalingsinstrument, hier de BEL-profielschaal, wordt vervangen door een volledig nieuw instrument is het geen evidentie om de lat exact even hoog te leggen voor beide instrumenten. Evaluatie en bijsturing nadien zijn dus moeilijk uit te sluiten. Hier werd de lat iets te hoog gelegd bij introductie van de BelRAI Screener waardoor bijsturing nodig was.

3.3.2. BelRAI LTCF en BelRAI HC vanaf 2023

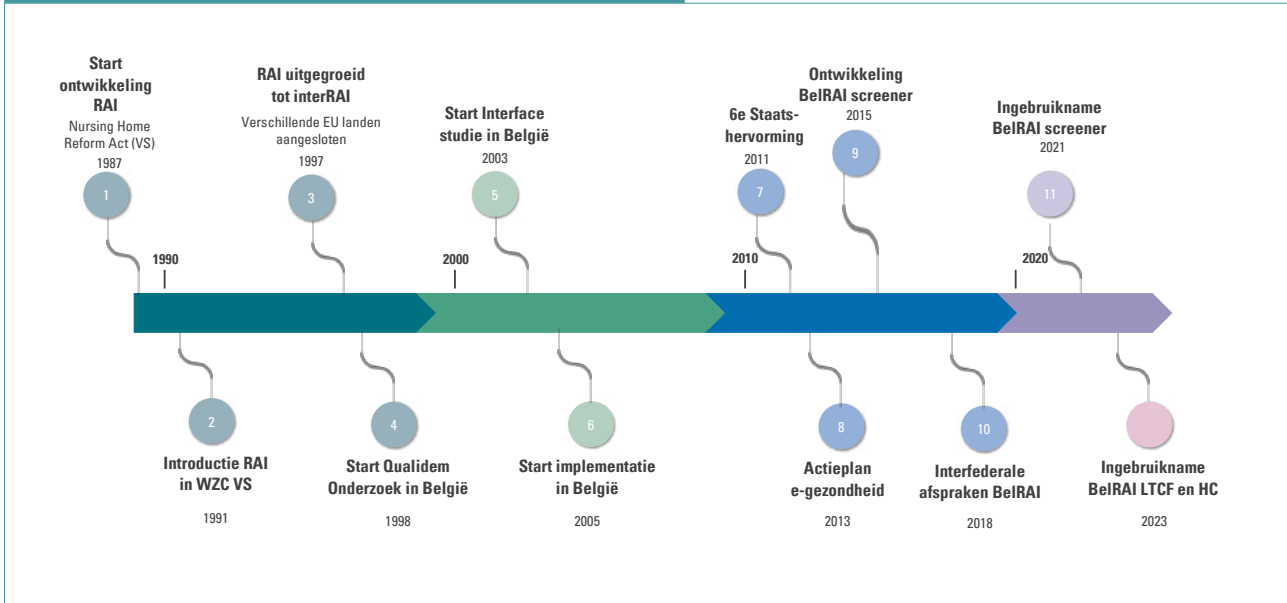
BelRAI Long Term Care Facilities in woonzorgcentra

De BelRAI Screener dient enkel als gebruiksvriendelijk instrument in het kader van rechtentoeakening en als indicator om te zien of een volwaardige BelRAI-inschaling nodig is, waardoor het niet als volwaardig instrument wordt beschouwd. De BelRAI-instrumenten kregen een centrale rol in het nieuwe Vlaamse Woonzorgdecreet en de uitvoeringsbesluiten. In Vlaanderen wil men vanaf 1 juni 2023 verplicht gaan werken met BelRAI *Long Term Care Fa-*

3 Vraag en Antwoord, Vlaams Parlement. 2021-2022, Vraag. nr. 19, 1 oktober 2021 (C. ROUSSEAU).

4 Verslag Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2021-2022, 2428.

Figuur 1: Tijdslijn ontwikkeling (Bel)RAI



cilities (BelRAI LTCF) in de woonzorgcentra⁵, waardoor dit het eerste volwaardige BelRAI-instrument is dat in België in gebruik zal genomen worden. Dat is de huidige versie van de oorspronkelijke RAI-schaal die ontwikkeld werd voor bewoners van woonzorgcentra. Het instrument zal gebruikt worden voor de zorgplanning en het ondersteunen van kwaliteitsbeleid via kwaliteitsindicatoren.

BelRAI Home Care in de thuiszorg

Ook voor de thuiszorg wordt binnenkort een eigen BelRAI-instrument in gebruik genomen, de BelRAI Home Care (BelRAI HC). Vandaag loopt in Vlaanderen reeds een pi-

lootproject en wordt er net als voor de BelRAI LTCF gemikt op introductie op 1 juni 2023⁶. Ook hier is de primaire functie zorgplanning en kwaliteitsmonitoring.

3.3.3. Intrede BelRAI in andere sectoren

De InterRAI-suite kent inmiddels een waaier aan instrumenten voor diverse sectoren, gaande van palliatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg tot revalidatie en meer (zie Tabel 1). Een groot deel van die instrumenten werd reeds vertaald en aangepast aan de Belgische context. De ontwikkeling van een instrument en de implementatie ervan

Tabel 1: Overzicht BelRAI-instrumenten per sector (bron: www.belrai-kennisportaal.be)

Sector	BelRAI-instrument
Thuiszorg	BelRAI Screener
	BelRAI Home Care
Kinderen – jeugdzorg	BelRAI Screener voor kinderen
Residentiële ouderenzorg	BelRAI LTCF
Geestelijke Gezondheidszorg	BelRAI Mental Health
	BelRAI Community Mental Health
Revalidatie	BelRAI Revalidatie (in ontwikkeling)
Palliatieve zorg	BelRAI Palliative Screener
	BelRAI Palliative Care
Ziekenhuizen	BelRAI Acute Care

5 <https://belrai-kennisportaal.be/belrai-long-term-care-facilities>.

6 <https://zorg-en-gezondheid.be/beleid/ezorgzaam-vlaanderen/belrai>.

in een sector zijn echter twee verschillende dingen. Na de ontwikkeling volgen vaak eerst nog pilootprojecten en ander voorbereidend werk vooraleer het instrument effectief in gebruik genomen kan worden. Enkel de drie hoger vermelde instrumenten zijn vandaag al in gebruik in Vlaanderen of kennen een concrete datum voor ingebruikname.

4. Terugblik op het afgelegde traject: gemiste kansen?

4.1. Nationaal onderzoek versus bestaande studies en praktijkervaringen

De vaststelling dat schalen als de KATZ-schaal niet langer voldeden om complexe zorgnoden in kaart te brengen werd in de Verenigde Staten eind de jaren '80 gemaakt en zat ook in de bevindingen van het Qualidem onderzoek in België. De oproep voor de start van het Qualidem onderzoek van het RIZIV dateert van 11 september 1998, zeven jaar na de eerste ingebruikname van RAI in de Verenigde Staten en op een ogenblik dat verschillende Europese (buur)landen begonnen in te tekenen op het InterRAI-verhaal. De eerste evaluaties van de RAI-schaal waren toen reeds gemaakt in de Verenigde Staten en de positieve resultaten begonnen zich (inter)nationaal te verspreiden in medische en academische kringen. Het verschil met de vaststellingen in de Verenigde Staten en deze in België zit in het gevolg dat eraan gegeven werd. In de Verenigde Staten werd een apart onderzoekstraject opgestart dat zou leiden tot de ontwikkeling van RAI. In België bleef in een eerste fase het onderzoek naar een nieuw inschalingsinstrument een onderdeel van de studie rond dementie (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, Qualidem I Eindrapport, 2002).

Met het Interface project begin jaren 2000 in België kwam er wel een apart onderzoekstraject waar de focus lag op het meten van de zorgbehoefte in de ouderenzorg. Zowel het Qualidem onderzoek als het Interface project waren erg diepgaande en grondige studies. Ze investeerden in de opleiding van professionals in het gebruik van de verschillende instrumenten, om deze vervolgens uit te testen in de praktijk. Ondanks de inspanningen, gingen Qualidem I en Interface uiteindelijk niet verder dan een uitgebreide inventarisatie van de instrumenten, zonder zich al definitief uit te spreken over de keuze voor één instrument.

In het eindrapport van Qualidem II in 2005 werd uiteindelijk de keuze voor RAI als meest geschikt instrument wel duidelijk gemaakt. De bevindingen in dat rapport liggen, net als de positieve bevindingen in de voorgaande studies, volledig in lijn met bevindingen die gemaakt werden in de evaluatiestudies rond RAI in de Verenigde Staten halweg de jaren '90. Ergens kan je je dus de vraag stellen of we hier in België dat onderzoek voor een groot deel vanaf nul opnieuw moesten doen, of konden vertrouwen op de internationale data. In de Verenigde Staten werden jaarlijks namelijk naar schatting drie miljoen indicatiestellingen met RAI uitgevoerd in de woonzorgcentra (Murphy, Morris, Fries, & Zimmerman, 1995). Er was dus reeds heel wat kennis en ervaring voor handen die, ondanks de andere context, kon gebruikt worden om beleidskeuzes te maken in België.

4.2. Zorgbehoefte meten, zorgplanning en kwaliteit van zorg versus financiering

In de jaren '90 stelde men in België vast dat traditionele schalen als de KATZ-schaal te oppervlakkig waren om complexere zorgsituaties te beoordelen. In eerste instantie werd in België dan ook gekeken naar het vervangen van de KATZ-schaal door een nieuw instrument. De zoektocht naar een instrument met meerwaarde bij complexe zorgsituaties is waar het ook voor RAI allemaal begon. Eén constante in alle studies en ervaringen met RAI is de meerwaarde ervan in de woonzorgcentra, vermits we hier nagenoeg altijd met complexe zorgsituaties te maken hebben. En hoewel RAI inhoudelijk zijn meerwaarde aantoonde, was de vervanging van de KATZ-schaal complexer dan dat. De KATZ-schaal wordt tot vandaag namelijk nog steeds gebruikt als basis voor de financiering van de woonzorgcentra. Het vervangen van de KATZ-schaal door BelRAI betekent dan ook het volledig herzien van de financiering en onderzoeken hoe (Bel)RAI hiertoe kan ingezet worden.

In Vlaanderen wordt vanaf juni 2023 BelRAI LTCF in gebruik genomen in de woonzorgcentra. Die zal naast de KATZ-schaal gebruikt worden en geen link hebben met de financiering. BelRAI LTCF zal dus in een eerste fase enkel gebruikt worden in kader van zorgplanning en -kwaliteit, pas in een latere fase wordt de financiering eraan gekoppeld. Het loskoppelen van zorgplanning en -kwaliteit van de financiering zorgt ervoor dat de implementatie een pak sneller kan gebeuren en bewoners, familie, zorgpersoneel, voorzieningen en beleidsmakers al beroep kunnen doen op de voordelen die BelRAI LTCF te bieden heeft. Het invullen

van een KATZ-schaal kan in principe simultaan gebeuren met het afnemen van de BelRAI LTCF en hoeft dus ook niet noodzakelijk in dubbel werk te resulteren.

Het is jammer dat diezelfde redenering niet gemaakt is eind jaren '90, begin jaren 2000. De vraag naar een diepgaander instrument bestond al enige tijd en de voordelen ervan op vlak van zorgplanning en -kwaliteit waren toen reeds voldoende gekend. Het invoeren van een nieuw instrument zonder meteen ook de financiering te herzien had er voor kunnen zorgen dat we heel wat eerder aan de slag konden met RAI in de ouderenzorg.

4.3. Zesde staatshervorming: stilstand en vooruitgang

De zesde staatshervorming en de lange regeringsonderhandelingen die eraan vooraf gingen, hebben voor de nodige vertraging gezorgd in het implementatieproces. De onderhandelingsfase en nadien de overdracht van de verschillende bevoegdheden zorgden voor een beleidsmatige stilstand waarin weinig of geen ambities werden uitgesproken over de toekomst van BelRAI binnen de betrokken sectoren. Het vacuüm dat zo een tijdlang gecreëerd werd rond de verdere implementatie zou pas vanaf 2013 terug plaatsmaken voor hernieuwde ambities in de vorm van het actieplan e-gezondheid en beleidsbrieven, die de start van de ontwikkeling van de BelRAI Screener inluidden (zie hoger).

Tegelijkertijd zorgde de herschikking van bevoegdheden voor kansen voor de regio's om in dit verhaal zelf de eigen ambities te bepalen en accenten te leggen, wat ook vrij snel gebeurde. De keerzijde van deze medaille is echter dat niet elke regio hierin even ambitieus is of op een ander tempo gaat werken. In die zin is het jammer dat de implementatie in bepaalde sectoren, zeker in de residentiële ouderenzorg, niet rond is geraakt voor de staatshervorming. Zo had elke regio vanuit eenzelfde basis kunnen vertrekken en verder werken.

4.4. Een BelRAI kennisinstituut

Eén van de aanbevelingen in het Qualidem II eindrapport was de oprichting van een expertise- en analysecentrum voor de datacollectie en verwerking, opleiding, verdere ontwikkeling, enz. (Buntinx, De Lepeleire, Fontaine, & Ylief, Qualidem II: Eindrapport, 2005). Ook andere landen waar RAI gebruikt wordt, zoals Canada, werken met een

kennisinstituut voor de ontwikkeling en het gebruik van de instrumenten.

In België werd lange tijd in de eerste plaats beroep gedaan op de academische wereld voor de keuze van een nieuw instrument en later de ontwikkeling van de BelRAI-instrumenten. Dat heeft erg veel en grondig studiewerk opgeleverd, maar de aanbeveling uit Qualidem II leert dat het studiewerk op een bepaald ogenblik stopt en er ook heel wat taken zijn die niet alleen door academici kunnen worden opgenomen. Een bevoegd kennisinstituut had in een beginfase al kunnen ondersteunen bij pilootprojecten, het ontwikkelen en vormgeven van de opleidingen, adviseren van beleid in het kader van de implementatie en het operationeel vormgeven ervan. In een latere fase zouden de taken dan op structurele wijze kunnen opgenomen worden. Dat hoefde overigens zeker niet grootschalig te zijn en kon ondergebracht worden in bestaande agentschappen of overheidsdiensten. In Vlaanderen werd deze rol intussen toevertrouwd aan het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD) dat vandaag onder meer instaat voor de opleidingen en ondersteuning van de implementatie in de sectoren van de Vlaamse sociale bescherming. Op federaal vlak speelt de FOD volksgezondheid hier vandaag ook nog een rol in.

5. Meerwaarde van BelRAI-instrumenten

5.1. Waarom we nog steeds enthousiast mogen zijn over de implementatie van BelRAI

Vanaf 2023 worden twee volwaardige BelRAI-instrumenten in gebruik genomen in Vlaanderen, namelijk de BelRAI LTCF in de woonzorgcentra en de BelRAI HC in de thuiszorg. Ondanks het lange traject er naartoe is dit nog steeds iets om enthousiast over te zijn. RAI werd ontwikkeld om meerwaarde te creëren ten opzichte van traditionele zorgzwaarteschalen en zo betere antwoorden te kunnen bieden op de zorgvragen van personen met complexe zorgsituaties. Die meerwaarde is nadien door vele (inter)nationale studies en ervaringen onderschreven en bevestigd. BelRAI gaat op een uitgebreidere manier de zorgnoden van mensen in kaart brengen om nadien via *Clinical Assessment Protocol's* (CAP's) probleemsituaties aan te duiden die kunnen dienen als basis voor het opstellen van een zorgplan. Zowel het identificeren van zorgnoden als de ondersteuning bij de opmaak van een zorgplan zijn twee domeinen waarop (Bel)RAI

in elke studie hoog scoort. Daarnaast bevatten (Bel)RAI-instrumenten ook kwaliteitsindicatoren die het mogelijk maken om de kwaliteit van zorg te monitoren door na te gaan of de antwoorden die geboden worden op de zorgvragen, ook effectief tot de gewenste resultaten leiden.

De stappen die we zetten met BelRAI op vlak van het identificeren van zorgnoden, zorgplanning en -kwaliteit kunnen voor alle betrokken actoren een grote meerwaarde betekenen. Het zorgpersoneel zal een beter begrip krijgen van de situatie van de zorggebruiker en op een gerichtere manier de juiste zorg kunnen toedienen. Familie en mantelzorgers kunnen betrokken worden in de zorgplanning op basis van de BelRAI CAP's. Voorzieningen en overheden zullen de resultaten van toegediende zorg kunnen monitoren op basis van de kwaliteitsindicatoren. Geïntegreerde zorg zal in de praktijk een pak haalbaarder worden door het delen van beschikbare informatie en het spreken van een gemeenschappelijke taal tussen de verschillende actoren. En *last but not least*, zorggebruikers zullen betere zorg op maat ontvangen, zeker wanneer die doelgericht is.

5.2. Beloopscenari'o's op basis van *Big Data*

Het gebruik van BelRAI-instrumenten biedt ook naar de toekomst toe verdere perspectieven. In de InterRAI database worden miljoenen geanonimiseerde gegevens bewaard. Deze gegevens kunnen op meerdere manieren gebruikt worden om zorgsituaties beter te gaan beoordelen. Zo lopen er testprojecten waarbij na een beoordeling het profiel van de gebruiker vergeleken wordt met dat van personen met hetzelfde profiel uit de database⁷. Voor de gebruiker kan op die manier een beter geïnformeerde beslissing genomen worden rond de juiste zorgvorm. Als in een thuiszorgsituatie bijvoorbeeld blijkt dat 80% van de personen met een gelijkaardig profiel na zes maanden opgenomen werden in een woonzorgcentrum kan dit voor de gebruiker en familie de ruimte geven om hierover na te denken en de stap voor te bereiden. Ook voor overheden biedt dit mogelijkheden naar bijvoorbeeld planning van capaciteit.

Uit de data kan ook geleerd worden. Zo kunnen gelijkaardige zorgsituaties naast elkaar gelegd worden en gekeken worden in welke mate de *outcome* in die situaties verschillend was naar gelang de behandeling die werd gekozen. Op die manier kan dan geleerd worden welke antwoorden op zorgvragen de beste *outcome* genereren (Dash, et al.,

2018), al blijft het uiterst belangrijk om steeds op maat van de situatie van de persoon met een zorgnood te werken en *big data* vooral als ondersteuning te zien.

6. Conclusie

Op de vooravond van ingebruikname van de eerste volwaardige BelRAI-instrumenten in ons land, blikken we terug op de lange en soms moeilijke weg die BelRAI al heeft afgelegd. Dat mag ook niet verbazen gezien de impact en de centrale rol die zorgzwaarte-instrumenten hebben in de financiering en dagdagelijkse praktijk in de zorgsector in België.

Vooraf voor de residentiële ouderenzorg is het echter jammer dat de keuze voor het gebruik van (Bel)RAI niet eerder werd genomen. RAI werd ontwikkeld op maat van die sector. De meerwaarde ervan werd in geen enkele studie in vraag gesteld en kreeg al snel na haar introductie in de Verenigde Staten internationale weerklank. Een snellere keuze voor RAI in de woonzorgcentra zou de implementatie ervan nog voor de zesde staatshervorming mogelijk gemaakt hebben. Het had de kans geboden om vandaag al in alle regio's aan de slag te zijn met BelRAI in de woonzorgcentra. Dat zou ons heel wat kennis en ervaring gegeven hebben voor de verdere ontwikkeling en uitrol in andere sectoren en had de kwaliteit van zorg voor alle bewoners binnen de Belgische woonzorgcentra ten goede gekomen. Een federaal kennisinstituut had die kennis en ervaring kunnen bundelen en de regio's bij de verdere implementatie in andere sectoren ondersteunen. Nu zijn de regio's in de eerste plaats op zichzelf aangewezen, met een versnipperde situatie als resultaat.

Dat neemt niet weg dat we tegelijkertijd trots mogen zijn op waar we vandaag staan. Heel wat mensen en organisaties hebben heel veel werk geleverd om te komen tot dit punt en op korte en middellange termijn staat de implementatie van meerdere instrumenten voor de deur. Het valt af te wachten hoe die implementatie zich zal verhouden ten opzichte van andere problematieken zoals personeelstekorten en stijgende woon- en leefkosten. De tijd zal leren of we binnen enkele jaren kunnen terugblikken op een vlotte implementatie en positieve ervaringen bij zowel de zorgprofessionals, -organisaties en personen met complexe zorgnoden. We hopen alvast van wel.

⁷ <https://www.nedrai.org/interrai-community-2/>.

Bibliografie

- Boorsma, M., Frijters, D., Knol, D., Ribbe, M., Nijpels, G., & van Hout, H. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 183(11), 1-9.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Fontaine, O., & Ylief, M. (2002). *Qualidem I Eindrapport*. Leuven - Luik: Qualidem 2002.
- Buntinx, F., De Lepeleire, J., Fontaine, O., & Ylief, M. (2005). *Qualidem II: Eindrapport*. Leuven - Luik: Qualidem 2005.
- Buntinx, F., Falez, F., Swine, C., Ylief, M., Closon, M.-C., & De Lepeleire, J. (2003). *Interface: Rapport 2003*. Leuven - Brussel: Interface 2003.
- Dash, D., Heckman, G., Boscart, M., Costa, A., Killingbeck, J., & d'Avernas, J. (2018). Using powerful data from the interRAI MDS to support care and a learning health system: a case study from long-term care. *Healthcare management forum / Canadian College of Health Service Executives*, 31(4), 153-159.
- Declercq, A., Gosset, C., Paepen, B., Mello, J., Vanneste, D., Detroyer, E.,... e.a. (2008). *Actieproject BelRAI II: Haalbaarheid van de RAI-Methode in België*. Leuven: Actieproject BelRAI II.
- FOD Volksgezondheid;. (2013). *Het actieplan e-gezondheid 2013-2018*. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.
- Hannes, P. (2014). Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidssector. *CM-Informatie*, 255, 28-38.
- Hawes, C., Morris, J., Phillips, C., Fries, B., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26, 19-25.
- Murphy, K., Morris, J., Fries, B., & Zimmerman, D. (1995). The Resident Assessment Instrument: Implications for Quality, Reimbursement, and Research. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 19(4), 43-46.
- Protocolakkoord BelRAI. (2018, maart 26). Brussel: Interministeriële conferentie Volksgezondheid.
- Vandeuren, J. (2013). *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Beleidsprioriteiten 2013-2014*. Brussel: Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vermeulen, B., Van Eeno, L., Vanneste, D., & Declercq, A. (2015). *Naar een getrapte gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven : KU Leuven Lucas.

